

# De „macht” van de huisarts

DRS. H. VAN DER VOORT

De meeste huisartsen zijn niet zo dol op agogen, maar er zijn uitzonderingen. Hans van der Voort – wetenschappelijk hoofdmedewerker bij het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit – is zo'n uitzondering. Tijdens de plenaire bijeenkomst van het jubileumcongres van het NHG op 27 november 1981 hield hij de volgende voordracht.

## *Dames en Heren,*

Aan de laatste vier sprekers van deze vrijdagochtend is gevraagd zich – ieder vanuit de eigen setting – kritisch uit te laten over de huisarts. Aan mij heeft de congrescommissie gevraagd zulks vanuit de geleding van de gedragswetenschappers te doen.

Toen ik van deze vraag hoorde, reageerde ik dadelijk buitengewoon enthousiast. Zelden, zo dacht ik, hebben twee zaken zó goed bij elkaar gepast als mijn neurotische behoefte om dingen door te prikken en de masochistische behoefte van huisartsen om er van langs te krijgen! Ik zou het ze wel eens even zeggen: zo'n kans krijg je tenslotte niet iedere dag. En: over *mácht* zou ik het gaan hebben, want de *macht* van de huisartsen is veel te groot in de ogen van veel gedragswetenschappers. De *macht* aan de patiënt (en een beetje aan de agogen natuurlijk...).

Maar naarmate ik mij meer in het verwijt van die te grote *macht* verdiepte, verdween geleidelijk mijn enthousiasme voor het kritiek leveren en raakte ik gepuzzeld.

## **Veel *macht*, zeggen ze...**

De huisarts heeft veel *macht*, zeggen ze... Als we *macht* definiëren als „de mogelijkheid hebben om het doen en laten van anderen te beïnvloeden”, dan zit er wel iets in die stelling: de huisarts heeft veel *macht*. Eigenlijke *macht*, die logisch en natuurlijk voortvloeit uit zijn functie, kennis en kunde, en oneigenlijke *macht*, hem gegeven door het systeem van de gezondheidszorg, door de patiënten en door zichzelf. Nu is het opvallend dat je, zolang de

*macht* eigenlijk is, als zij intrinsiek hóórt bij de functie van de huisarts, in plaats van *macht* bijna steeds ook *kracht* kunt zetten:

– zo is het de *macht*, maar ook de *kracht* van de huisarts, dat hij of zij in een aantal gevallen door een vroege signalering een ziekteverloop gunstig kan beïnvloeden;

– of zo is het de *macht*, maar tevens de *kracht* van de huisarts, dat hij in een aantal gevallen door een juiste diagnose en een goede therapie patiënten kan helpen genezen.

Maar zodra is de *vanzelfsprekendheid* van de *macht* maar aan de kleinste twijfel onderhevig of het wordt moeilijker om *macht* en *kracht* door elkaar te gebruiken:

– de huisarts heeft *macht*, wanneer hij als een Cerberus de poort bewaakt die leidt naar de intramurale Onderwereld, maar lang niet iedereen zal dat ook zijn *kracht* noemen;

– en de huisarts heeft *macht* als hij als een strenge doch het goed menende moeder de patiënten weghoudt bij het farmacologische snoeptrommeltje; zij echter die vrije toegang tot medicijnen voorstaan, zullen het niet tevens zijn *kracht* vinden;

– de huisarts heeft ook *macht* als hij iemands ziek thuisblijven autoriseert door de beslissing daarover door de patiënt zelf van deze over te nemen; maar het koor dat het ook nog steeds zijn *kracht* vindt, wordt kleiner en kleiner; – het is zelfs de *macht* van de huisarts om hetgeen de patiënt inbrengt en wenst geheel te negeren, om vervolgens uitsluitend zijn eigen spoor te volgen; nog slechts weinigen zullen hier van zijn *kracht* spreken.

De huisartsen zijn dus nogal wat machtig, ging ik al filosoferend inzien. Maar – zo puzzelde ik voort – hoe komt het dan dat zij mij tijdens mijn meer dan elfjarige samenwerking met hen zelden of nooit als *machtig* voorkomen?

– of is het soms *machtig* als de huisarts niet durft toe te geven aan zijn behoefte om na de achtste patiënt even koffie te gaan drinken, omdat hij dan langs de wachtkamer moet en de patiënten dus kunnen zien dat de dokter niet doorwerkt?

– is het dan misschien *machtig*, dat hij tegen assistente en collegae verontwaardigd praat over specialistische wandaden, maar als hij de betrokkene aan de lijn heeft, een toon aanslaat die je alleen nog hoort van een kind dat bij Sinterklaas op schoot zit?

– hij lijkt ook al niet al te *machtig* als hij elke keer opnieuw dat hij te laat aan tafel verschijnt, zuchtend het spoed- en tijdeisende karakter van zijn jongste missie als excuus aanvoert;

– noch lijkt het van *macht* te getuigen, wanneer hij met grote tegenzin toch een soort ongedekte cheque uitschrijft als tegoedbon voor tien behandelingen van de fysiotherapeut;

– of wanneer hij iemand met een dichtgeplakte enveloppe en een puntgave rug aan de intramurale zorg toevertrouwt, hem aldus helpend de eerste schrede te zetten op het pad der medicalisering, zodat er weer iemand is toegevoegd aan het leger van mensen die niets anders meer aan hun hoofd hebben dan hun lijf.

Nee, ik ervaar de huisarts in veel gevallen juist helemaal niet als iemand die *macht* heeft – het woord *macht* in de titel staat niet voor niets tussen aanhalingstekens +, maar eerder als iemand die zich *machteloos*, *onmachtig* voelt. En – wellicht niet al te verwonderlijk – die gevoelens zijn vaak het sterkst bij die huisartsen die wij via onze eigen subjectieve criteria de „betere” huisartsen noemen.

## **Een gevoel van *machteloosheid***

Hoe komt het nu, dat enerzijds vrij snel is duidelijk te maken dat de huisarts *macht* heeft, terwijl hij zich anderzijds in zoveel gevallen *machteloos* *voelt*?

Om te beginnen moeten we vaststellen, dat het gevoel van *machteloosheid* niet *vanzelfsprekend* voortvloeit uit het moeilijke of onmogelijke van allerlei situaties. Het gevoel van *machteloosheid* is een gevolg van het verschil dat er bestaat tussen hetgeen je vindt dat je zou moeten doen, of zou moeten kun-

nen enerzijds en datgene waartoe je feitelijk in staat bent anderzijds. Als een charmante dame langs de nachtelijke snelweg u vraagt haar te helpen haar gekantelde Volvo-stationcar weer recht te zetten, ligt het niet aan de situatie dat u zich machteloos voelt, maar aan uw idee dat u daartoe in staat zou moeten zijn.

Hoe meer je meent als hulpverlener te moeten kunnen, of hoe sterker je je verantwoordelijk voelt voor het oplossen van de problemen, kwalen en wan-toestanden van anderen, des te groter is de kans op het gevoel van machteloosheid. En je machteloos voelen is gevaarlijk: het lijkt je te ontslaan van de noodzaak actief te zijn en pogingen te doen om zaken te veranderen; machteloosheid verlamt. In ons geval leidt het tot een soort doemdenken in de eerste lijn. Maar je bent als huisarts toch vaak machteloos, zult u zeggen, en dan is het toch ook logisch dat je je machteloos voelt?

Dat is natuurlijk waar, maar toch blijkt het nuttig eens nader naar enkele oorzaken van de gevoelens van machteloosheid te kijken. Nuttig, omdat verschillende oorzaken aanleiding geven tot verschillende manieren om van dat verlamdende gevoel af te komen. Ik noem enkele oorzaken:

- In de eerste plaats is er een veelheid van situaties die wij misstanden of onrecht noemen, en waarop wij direct geen invloed kunnen uitoefenen. U noch ik kan de hongers- of woningnood oplossen; u noch ik kan de mensen afdoende behoeden voor discriminatie, achterstelling of werkeloosheid. Een gevoel van machteloosheid is in dergelijk gevallen maar moeilijk te bestrijden. Onzichtbare en ondoorzichtige machten en factoren lijken ons en het leven te besturen. De huisarts zou echter in veel gevallen toch belangrijk werk kunnen doen wanneer hij wat meer tot acties geneigd zou zijn, en in elk geval kan hij een (indirecte) bijdrage leveren door gericht en met zorg te stemmen. De feitelijke politieke keuze van veel medici wijst overigens nu niet direct in de richting van het helpen wegnemen van maatschappelijke misstanden...

- Een volgende bron van het gevoel van machteloosheid is te vinden in de feitelijkheid van het leven. Mensen hebben verdriet, krijgen ziekten, gaan dood. Dokters maken net als iedereen fouten. Het zijn allemaal zaken die bij het leven horen. Of men zich door dit soort zaken machteloos gaat voelen, hangt in hoge mate af van het vermogen

of juist het onvermogen om het leven te nemen zoals het is. Zolang de geneeskundige het gevoel blijft koesteren, dat hij of zij de loop van het leven wezenlijk kan beïnvloeden, ligt hier een voedingsbodem voor het zich machteloos voelen, die vermijdbaar is. Men kan meeleven met mensen, die het moeilijk hebben; men kan alles doen om vermijdbare fouten te voorkomen, maar het leven zal doorgaan het negatieve aan het positieve te koppelen. Daar staan wij niet machteloos tegenover, want daarover horen wij geen macht te willen bezitten...

### **Andermans verwachtingen en eigen angst**

Over de volgende twee bronnen van het gevoel van machteloosheid wil ik wat uitgebreider met u spreken, omdat zij van vitaal belang zijn voor een ombuiging naar een vitalere en meer dynamische hulpverlening: het betreft allereerst de machteloosheid als gevolg van het niet kunnen beantwoorden aan de verwachtingen van anderen en vervolgens de machteloosheid bij de hulpverlener die voortvloeit uit diens eigen angst.

- Allereerst dan de onmachtgevoelens ten gevolge van het ervaren van allerlei verwachtingen waaraan men meent te moeten voldoen. Er is mijns inziens geen bepalender factor in de arts-patiënt-contacten dan het totaal van verwachtingen dat arts en patiënt ten opzichte van elkaar hebben of denken te hebben. Een methodischer aanpak door de huisarts kan hier zeker enig soelaas bieden, maar het is nog steeds opvallend hoeveel van het gedrag van de huisarts (en overigens ook van de patiënt) bepaald wordt door de opvattingen over hetgeen de ander van hem verwacht. Het tragische is dat in veel gevallen door de huisarts wordt gereageerd op verwachtingen bij de patiënten die in feite helemaal niet blijken te bestaan, zoals recentelijk weer eens is gebleken uit een nog niet afgerond onderzoek aan ons instituut.

De huisarts heeft een bepaald beeld van de verwachtingen van bepaalde (soorten of groepen) patiënten. De Turk zal wel een maagfoto willen, die bepaalde mevrouw naar de fysiotherapeut en die lapzwans zal wel weer thuis willen blijven. Het methodisch werken zet de huisarts ertoe aan na te gaan of zijn beelden van de verwachtingen bij de patiënt wel kloppen. Zolang hij dit nog niet stelselmatig doet, zal iedere dag opnieuw in talloze spreekkamers toch

een soort rollenspel opgevoerd blijven worden.

Maar het nagaan van het bestaan van de verwachtingen en het sonderen van de aard van die verwachtingen is nog slechts een eerste stap. Want zodra deze verwachtingen door de patiënt zijn uitgesproken, staat de huisarts voor het probleem dat hij het in veel gevallen moeilijk of zelfs té moeilijk vindt om niet automatisch pogingen te gaan doen eraan te beantwoorden.

- En van hieruit komen we op mijn tweede belangrijke oorzaak van de onmacht van de huisarts, namelijk zijn eigen angst. Op het gebied van de angst voel ik mij, dames en heren, een soort expert. Dit niet alleen, of zozeer, omdat ik in mijn werk veel met angst te maken heb, maar veel meer omdat ik zelf voor zo ontzettend veel dingen bang ben. Toen ik de laatste hand legde aan de woorden die u nu hoort, heb ik allerlei acute ziekten overwogen om er alsnog onderuit te komen. Tegelijkertijd echter heeft de angst voor de afgang die dat voor mij zou betekenen, mij daarvan doen afzien.

De huisarts heeft veel activiteiten te verrichten die moeilijk zijn, en verkeert in veel situaties waarin hij zich onveilig voelt. Neem alleen maar de als het geruis van een snelweg altijd aanwezige zorg of angst iets te missen of over het hoofd te zien. Maar de grootste angst van de huisarts ligt naar mijn stellige overtuiging en ervaring in het algemeen niet in de situaties waarvoor hij komt te staan of waarin hij wordt geplaatst. De grootste angst is die voor hetgeen er in hem zelf aan positieve en negatieve gevoelens leeft. Ik ben machteloos, of: ik kan het niet, is in zeer veel gevallen synoniem met ik durf het niet. Er is niets te kunnen aan het opbellen van een specialist om hem te vragen waarom hij niet op je vraag heeft gereageerd, maar het is wel eng of beangstigend. Er is niets te kunnen aan het de vrije loop laten van je tranen bij een tragisch sterfgeval, maar het is wel zeer verwarrend. En er is niets te kunnen, wanneer je als huisarts een ontombare behoefte krijgt om een bepaalde patiënt nu eens met haar of zijn in jouw ogen hinderlijke gedrag te confronteren, maar het is wel bedreigend. Wat een huisarts concreet te bieden heeft in een arts-patiënt consult, hangt maar voor een gedeelte af van hetgeen hij medisch-technisch en sociaal-psychologisch te bieden heeft. Het hangt vooral af van hetgeen hij als persoon aankan en als persoon wil en durft te laten gebeuren.

In dit verband is het belangrijk even te kijken naar het begrip „veiligheid”. Ieder mens heeft een voldoende mate van veiligheid nodig om goed te kunnen functioneren. Naar mijn mening echter wordt met name in de hulpverlening in veel gevallen op een foutieve wijze naar die veiligheid gestreefd. Men probeert in veel gevallen de veiligheid te creëren door de spanningsbronnen zoveel mogelijk uit te schakelen. Maar echte veiligheid ontstaat vrijwel nooit door het spannende, het beangstigende weg te nemen, maar door een andere opstelling te ontwikkelen ten opzichte van de angst, die inherent is aan het leven van alledag en aan het met elkaar omgaan. Wie de spanning wegneemt, creëert geen veiligheid, maar saaiheid en leegheid. Werkelijke veiligheid ontstaat dan, wanneer men de spanning en de lading (die onvermijdelijk ontstaat wanneer mensen niet als rollenspelers maar als echte mensen met elkaar omgaan) als opwinding, als dynamiek kan ervaren. Wie van zijn of haar home-team een dynamisch team wil maken, zal primair de tolerantie voor intermenselijke spanning moeten verhogen. Wie dynamisch met de patiënten wil omgaan, staat voor dezelfde opgave.

In relatie tot ons thema macht en/of kracht is de tolerantie voor, of liever nog de behoefte aan intermenselijke spanning en opwinding, zowel in het positieve als in het negatieve, van steeds groeiend belang. In vroeger jaren behoefde de huisarts niet zoveel angst te ervaren in zijn contacten binnen de gezondheidszorg. De patiënten keken tegen hem op en hij op zijn beurt keek tegen de specialisten op. Die informele rollen waren duidelijk en gaven niet al te veel aanleiding tot onverwachte situaties. De huisarts van nu is echter op een punt aangekomen waarop hij kan kiezen voor een vlak en niet al te risicovol huisarts zijn, óf voor een professioneel leven waarin uitdaging, spanning, opwinding en werkelijke geïnvolveerdheid een wezenlijk element zijn. Wie zich achter de titel van het congres heeft geschaard, mag mijns inziens met de keuze geen moeite hebben.

### Zelfrespect

Wanneer men in het verleden sprak over de arts-patiënt relatie, ging het in het algemeen om elementen als (wederzijds) begrip, inleven, aansluiten bij de ander en kunnen luisteren. Recentelijk is daar aan toegevoegd het in staat en bereid zijn om samen te werken met de patiënt: arts en patiënt bezien samen

wat de hulpvraag is, welke aanpak de beste lijkt, en gaan samen na of een en ander voor beiden acceptabel is. Daarbij wordt er voor een werkelijk dynamische arts-patiënt ontmoeting waaraan de patiënt meer overhoudt dan dat hij weer „de oude” wordt, nog altijd één element mijns inziens ten onrechte niet met name genoemd:

Veel patiënten hebben klachten die direct of indirect voortvloeien uit hun onvermogen (of onwil) hun eigen momentane situatie volledig tot zich te laten doordringen (hoe begrijpelijk dat voor veel mensen in moeilijke omstandigheden ook is). Uit de morgen nader te presenteren enquêtegegevens blijkt, dat 40 procent van de huisartsen meent, dat dat onvermogen bij meer dan een kwart van de praktijk een feit is. De levenssituaties van deze patiënten brengen gevoelens en emoties met zich mee, die zij – bewust of onbewust – wegduwen. Zij zijn dus in zekere mate defensief. (Nogmaals: in veel gevallen is dat maar al te begrijpelijk en in niet weinig gevallen zelfs verstandig.) Bij de huisarts gekomen presenteert een dergelijke patiënt zich dan voornamelijk met de defensieve kant van zijn of haar persoon. Hij of zij vraagt – expliciet of impliciet – om een vorm van hulp en medewerking waardoor het verdringen van wat er aan feitelijke gevoelens en emoties op de achtergrond ligt onverlet wordt gelaten. Een goede arts/hulpverlener zal dan proberen een relatie te leggen met de wezenlijke persoon achter de defensie. Hij heeft weliswaar geholpen de hulpvraag te verhelderen, maar vindt mogelijk vervolgens dat hij de gestelde hulpvraag niet mag, kan of wil honoreren, omdat hij meent, dat de patiënt daarmee niet gebaat is. Uit de eerder genoemde enquête blijkt, dat 65 procent van de huisartsen van mening is, dat een wezenlijk deel van hun dagelijkse energie gaat zitten in het op andere gedachten brengen van patiënten. Maar uit analyses van spreekuurbanden is bepaald geen bevestiging voor dit hoge getal te vinden. Blijkbaar voelen veel huisartsen wel de druk van: de patiënt wil iets dat ik niet wil of niet goed vind, maar in de praktijk van alledag blijkt hij vaker toe te geven of mee te gaan dan hij zelf denkt.

Mijns inziens, dames en heren, heeft dat te maken met de angst van de dokter voor de spanning, die het oproept wanneer bij de patiënt *frustreert*: de patiënt immers voelt zich – zeker in eerste instantie – allerminst begrepen, laat staan geholpen. Wanneer nu de huisarts de spanning of opwinding die zijn (mild)

frustrerende gedrag teweegbrengt zelf niet kan verdragen, zal hij dit gedrag niet langer vertonen en daarmee veel van de dynamiek aan het consult ontnemen. En, ik zeg het nog eens met nadruk, over die dynamiek, over de hoop dat er iets wezenlijks gebeurt in de hulpverlening, wordt veel te weinig gesproken. Men wil allerlei zaken bijschaven, nascholen, aanleren, etcetera, en dat is natuurlijk ook nodig. Maar wat winnen we met de toename van allerlei inzichten en vaardigheden, wanneer de hulpverlener er niet op uit is wezenlijke veranderingen op individueel, sociaal en maatschappelijk gebied te helpen in gang zetten?

Naar mijn overtuiging is het feit dat de hulpverlening in zoveel gevallen nog zo'n gezapig rollenspel-karakter draagt, voor een deel te wijten aan het gebrek aan zelfrespect van de huisarts. Te veel probeert hij zijn zelfbewustzijn of identiteit te ontlenen aan wat anderen van hem vinden. Wanneer de tweede lijn en wanneer steeds meer patiënten de huisarts niet werkelijk voor vol aanzien, heeft deze dat in grote mate aan zichzelf te wijten. Zelfrespect ontleent men aan het positieve oordeel dat men zelf heeft over hetgeen men kan en te bieden heeft. De huisarts van nu is te veel bezig met wat anderen van hem vinden en wat anderen van hem willen. En op die reacties van anderen reageert hij dan geschrokken, gevleid of te kort gedaan; en naar aanleiding daarvan voelt hij zich weer meer of minder geaccepteerd, meer of minder machteloos.

### Van binnenuit ervaren kracht

Dames en Heren, weer zijn er vijftwintig jaar voorbij. Vanaf nu is er behoefte aan huisartsen die hun identiteit niet langer ontlenen aan hen door anderen toegekende of minzaam toegeworpen macht of status. Maar aan huisartsen, die hun identiteit ontlenen aan een van binnenuit ervaren kracht. Een kracht die is samengesteld uit een sterke behoefte om wezenlijke veranderingen te bewerkstelligen én uit een duidelijk besef van hetgeen men te bieden heeft en hoort te bieden.

Laat de veilige rol van de underdog varen! Heb de moed desnoods confrontaties en conflicten aan te gaan door u als huisarts duidelijk te profileren. Duidelijk op micro-niveau in de spreekkamer. Dat wil zeggen aan de kant van de patiënt, wanneer deze u echt nodig heeft, maar diametraal tegenover hem wanneer hij u alleen gebruikt.

Duidelijk op meso-niveau in uw eigen

werkgebied: samen met de andere werkers in de eerste lijn en de tweede lijn wanneer dezen zich geïnvolveerd opstellen, maar er diametraal tegenover wanneer behoudzucht hun daden bepaalt.

Duidelijk tenslotte ook op macro-niveau, door als beroepsgroep te laten horen hoe ú een goede gezondheidszorg ziet.

U als huisarts heeft volgens mij de meest belovende plaats in de gezondheidszorg. U staat als geen ander op het raakvlak van lichaam en geest, én op het raakvlak van individu en maatschappij. U heeft de beste kans de mensen terug te voeren naar hun eigen dagelijkse leven, waarin zij de steun vinden om met de eigen problemen te kunnen omgaan. Dáár, huisarts, ligt uw kracht en dáár ligt ook uw eigenlijke macht. En díé waar te maken, daar, huisarts, sta je voor!

*Ik dank u voor uw aandacht.*

## Nota Bene

De schaarse mogelijkheden tot deeltijdarbeid in de opleidings- en werksituatie van artsen bevestigen de overheersende positie van mannen daarin en versterken de traditionele rolverdeling tussen man en vrouw in onze samenleving. (Stelling bij: R. Faber-Nijholt. Breech presentation and neurological morbidity. *Diss. Groningen*, 1981.)

Boeken kunnen na tien jaar worden weggegooid en tijdschriften na vijf jaar omdat ze hun nut hebben gehad en verdwijnen in een planmatige vergetelheid waaraan ook onze gloeilampen, auto's of schoenen zijn onderworpen.

De centrale Engelse medische bibliotheek stelde vast dat negen van de tien aanvragers een tijdschrift en geen boek zochten, bijna altijd in de Engelse taal en in meer dan de helft afkomstig uit de basisvakken.

Onze maatschappelijke en psychische omgeving wordt veeleer als ziekmakend gezien dan bacteriën, regelmechanismen of stofwisselingsstoornissen, die van binnenuit komen.

(Uit: A. J. Dunning. Broeder Ezel. Over het onvermogen in de geneeskunde. *Meulenhoff/Bunge, Utrecht*, 1981.)

# Werken en niet kunnen werken

## 1. De rol van de huisarts

J. A. KNOTTNERUS EN J. C. A. SOMMERS\*

Door het NHG-congres van 1980 werd in brede kring de aandacht gevestigd op de betrokkenheid van de huisarts bij de problematiek van werken en niet-werken en van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Mede gezien de huidige economische en sociale ontwikkelingen valt te verwachten dat het belang van dit aspect van de taak van de huisarts in de nabije toekomst alleen maar zal toenemen. In een drietal artikelen benaderen de auteurs dit onderwerp vanuit drie verschillende gezichtspunten. In deze eerste aflevering een bespreking van de literatuur en de conclusies die daaruit te trekken zijn voor het functioneren van de huisarts.

### Inleiding

De problematiek van arbeid en gezondheid, ziekte en arbeidsongeschiktheid kreeg in de huisartsenwereld speciale aandacht door het NHG-congres *Laat de dokter maar schuiven*, in november 1980. Op dat congres werd, dankzij een serie oefeningen, velen duidelijk dat zij tekort schoten op punten als:

- hun kennis over de relatie arbeid-gezondheid;
- hun kennis over de specifieke eisen die diverse beroepen stellen aan de werkers;
- hun kennis van problemen van eigen patiënten op het terrein van arbeid en sociale zekerheid;
- hun vaardigheid om deze problemen te signaleren en te herkennen, met het oog op mede daarop gerichte hulpverlening.

De ervaringen van de werkgroep *Maatschappelijk functioneren van de huisarts*, die op het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit\*\* een leerprogramma sociale zekerheid verzorgt, bevestigen dit beeld: huisartsen in opleiding blijken een hen vrijwel onbekend terrein te betreden.

Het is natuurlijk de vraag in hoeverre de taken en mogelijkheden van de huisarts

zich uitstrekken tot dit gebied. Het rapport *Taken van de huisarts* zegt hierover onder meer: „Het geven van werkadviezen is een hoofdtaak van de huisarts. Het is een taak van de huisarts bij de adviezen die hij aan de patiënt uitbrengt de relatie tussen diens gezondheidstoestand, zijn (resterende ) werkcapaciteit en zijn werkomstandigheden te betrekken. „Het lijkt er echter op dat deze passage niet gedragen wordt door de realiteit.

Een nadere bezinning op de rol die de huisarts hier zou kunnen spelen, wordt extra belangrijk als we kijken naar de maatschappelijke ontwikkelingen. Een groeiend deel van de Nederlandse beroepsbevolking komt tijdelijk of blijvend buiten het arbeidsproces terecht, grotendeels om redenen van gezondheid of gezondheidsbeleving. In 1968 was gemiddeld één op de zestien werkende mensen „afwezig wegens ziekte“ en was 4,3 procent van hen arbeidsongeschikt in de zin van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Het werkloosheidspercentage was 2,2 procent. In 1977 was het ziekteverzuim 10,0 procent en was 10,1 procent van de werknemers arbeidsongeschikt verklaard. De werkloosheid steeg tot ruim 5 procent (*Sociaal en cultureel rapport*). In totaal was dat 1,3 miljoen mensen, meer dan een kwart van de beroepsbevolking.

De afgelopen jaren is dit aandeel nog groter geworden. Een en ander gaat gepaard met veel welzijnsnood en de

\* Beide auteurs zijn huisarts te Amsterdam; de tweede auteur is tevens medewerker preventie aan de afdeling geestelijke hygiëne van de GG & GD van Amsterdam.

\*\* De werkgroep bestaat uit A. J. Fabrick, J. A. Knottnerus en G. J. Schichthart, allen huisarts te Amsterdam.