

*Is scheiding tussen behandeling en controle wel juist?**

DOOR DR. J. JONGH, COÖRDINATOR VAN DE COMMISSIE ARBEIDSGENEESKUNDIG ONDERZOEK TNO

Wanneer men waarneemt, dat er de laatste tijd een grotere belangstelling bestaat voor het probleem van het ziekteverzuim en alles wat daarmee samenhangt, dan is dit te verklaren door het feit, dat zowel bij het bedrijfsleven als bij de overheid verontrusting is ontstaan door de sinds de oorlog steeds stijgende ziektecijfers. Tot nu toe is niemand er in geslaagd precies aan te geven welke factoren in onze sterk verander(en)de samenleving hiervoor in het bijzonder verantwoordelijk zijn. Ziek worden en verzuimen heeft immers een geheel andere inhoud gekregen dan het vroeger had en het geschiedt onder geheel andere maatschappelijke, sociale en economische omstandigheden dan weleer.

In het rapport „Ziekteverzuim, Arbeidsschaarste en Personeelsbeleid”, onlangs uitgebracht door de Prof. Mr. B. M. Teldersstichting, wordt hierover in de conclusies gezegd, dat de stijging van het ziekteverzuim na de oorlog voor een deel inherent is aan de doelstellingen der sociale en economische politiek; een politiek, waarbij volledige werkgelegenheid, economische groei en een systeem van uitgebreide sociale voorzieningen op de voorgrond stonden. Voor zover dit het geval is, is de stijging een maatschappelijk offer, dat wij aanvaardden, omdat er bewust gewilde voordelen tegenover staan.

Stellig is dit nog te simplistisch gesteld, alhoewel ook deze omschrijving reeds een ruime inhoud heeft. Mijns inziens is onze gehele houding ten opzichte van ons werk en tegenover onze werkgever sterk veranderd. Zij moge niet direct slechter worden genoemd, maar zij is stellig onafhankelijker geworden met alle gevolgen van dien. De waardering van onze verplichtingen tegenover ons werk is gerelativeerd en het verantwoordelijkheidsgevoel tegenover de collectiviteit is verminderd.

Deze veranderingen zijn stellig niet beperkt tot de kring van de arbeiders alleen. Bijna nergens tilt men erg zwaar aan een paar uurtjes verzuim of een dagje (meer) ziekengeld.

Verderop zegt het rapport van de Teldersstichting, dat de grote maatschappelijke veranderingen, die zich na de oorlog hebben voltrokken, niet hebben nagelaten hun stempel te drukken op de verhoudingen binnen de onderneming. Kan men de arbeider meer het gevoel geven dat het belang van het bedrijf, waarin hij werkt, ook zijn belang

is? Dit laatste vertalend op het terrein van het ziekteverzuim zou willen zeggen: „Kan men de werknemer laten beleven dat elk onnodig ziekteverzuim gelijk staat aan diefstal ten nadele van de onderneming, respectievelijk van zijn collega's, en hem op grond van deze beleving laten handelen?” Stellig is dit, zeker in deze vorm, een vrome wens, niet meer passend in onze huidige verhoudingen. Mogelijk nog te optimistisch stelt het genoemde rapport, dat op lange termijn een oplossing zal moeten worden gezocht in een personeelsbeleid, waarbij de werknemer actief en creatief bij de onderneming wordt betrokken. Dit moge wellicht idealistisch worden gesteld, maar het biedt voorlopig bijzonder weinig perspectief, temeer waar de technische en massale ontwikkeling in onze industrie eerder in een geheel andere richting gaat.

Niettemin moet worden geconstateerd dat, wat er ook moge zijn veranderd in onze samenleving, de ziektewet nog steeds eist, dat de voorwaarde tot het ontvangen van ziekengeld niet alleen de aanwezigheid van ziekte is, maar van een ziekte die tot staken van het werk noopt. Het zij echter hierbij aangetekend, dat men de laatste voorwaarde nog maar weinig in de oordeelsvorming betreft. De medische belangstelling voor dit laatste is ook gering en het wetenschappelijke onderzoek is zeer beperkt van omvang.

In al deze beschouwingen blijft echter de vraag essentieel of men de stijging van het ziekteverzuim moet beschouwen als een normaal integrerend onderdeel van maatschappelijk veranderde omstandigheden of als een onverwacht, maar ook ongewild en derhalve te bestrijden, schadelijk gevolg. Mijn indruk is dat velen het op dit laatste houden, maar tot hun teleurstelling moeten ondervinden dat, gezien de intrinsieke banden tussen ziekteverzuim en maatschappelijke verhoudingen, de bestrijding moeilijk is en veelal slechts een symptomatisch karakter kan hebben, waardoor het resultaat, zo dit bestaat, gering of slechts van tijdelijke aard is.

Over de economische betekenis van het ziekteverzuim is stellig het laatste woord niet gezegd. Ik behoor niet tot degenen die zeggen, dat dit verlies niet bestaat, omdat het door anderen, die wel aanwezig zijn, wordt opgevangen, waardoor de totale produktie toch gelijk blijft. Dit zou immers betekenen, dat latente produktiemogelijkheden niet zouden worden gebruikt. Ook is mogelijk dat de bedrijfsleiding zoveel arbeidskracht in reserve

* Voordracht, gehouden op de Achtste Artsendag te Apeldoorn, 3 september 1966.

houdt, dat de afwezigheid kan worden opgevangen, hetgeen echter zou betekenen, dat men bij een te verwachten stijgend ziekteverzuim steeds grotere reserves zou moeten aanhouden.

Deze beschouwing, en dit geldt ook voor de vele andere beschouwingen welke over dit probleem ten beste zijn gegeven, moge misschien de kwantitatieve schatting van het produktieverlies relativeren, men moet toch wel aannemen, dat niet-werken produktieverlies ten gevolge heeft. En aangezien produktie een noodzakelijke voorwaarde is voor ons bestaan respectievelijk om onze welstand in stand te houden, zo mogelijk nog te verbeteren, is niet-werken respectievelijk niet-produceren alleen aanvaardbaar, indien dit is geïndiceerd op grond van algemeen aanvaarde normen, waarvan de bescherming van de gezondheid van individu en gemeenschap er één is. Men zij zich ervan bewust, dat er nog veel meer zijn.

Philipsen wijst in zijn artikel over „Rusten en doorwerken bij ziekte” op de behoefte van de werknemers tot uitbreiding van deze normen. Dit genoemde normeren van de gezondheidsbelangen van individu en samenleving is een moeilijke kwestie. Mijns inziens wordt hier een maatschappelijke vraag gesteld, die ons als medici in hoge mate raakt. Dit geldt niet alleen de sociaal-geneeskundigen, maar evenzeer de klinici. Te veel heeft men in medische kringen om deze vragen heengedraaid en aan anderen verantwoordelijkheid overgedragen, met als gevolg dat wij, door een gebrek aan activiteit op dit gebied, eerder medewerken aan onnodig ziekteverzuim dan dat wij dit bestrijden.

In het bovenstaande is voldoende getuigd van mijn opvatting van de moeilijkheden, welke men zal ondervinden als men de toegeworpen handschoen zou opnemen. Men denke slechts aan de consequenties die voortvloeien uit de bestudering van deze problemen indien men zich realiseert hoe het begrip ziekte is gerelativeerd door de World Health Organization. Men komt stellig op dit gebied niet zo heel veel verder als men met het meermalen genoemde rapport van de Teldersstichting deze definitie een ontboezeming noemt. Hiermede sluit men de ogen voor een ontwikkeling in de opvattingen der geneeskunde, die een realiteit is. Wij komen tenslotte tot de concrete vraag wat wij als medici — en dan doel ik hier vooral op de behandelende sector — met dit alles hebben te maken.

In de eerste plaats meen ik dat, waar het totale ziekteverzuim de som is van alle individuele ziekteverzuimen en de arts individuen behandelt, iedere arts bij elk ziektegeval wordt geconfronteerd met het probleem van al of niet (bed)-rust respectievelijk werken of niet-werken. Een hoger ziekteverzuim geeft indirect en direct een hogere medische consumptie, hetgeen voor niet-artsen deels latent blijft door het abonnementstarief der huisartsen. Er is dus een relatie met de belasting van het gehele medische apparaat.

In de tweede plaats geven de rechten, verleend door de ziektewet, (en hetgeen daarnaast wordt uitgekeerd) mogelijkheden tot een goede geneeskundige behandeling zonder directe financiële zorgen voor de patiënt. Is het, als wij dit goed beseffen, dan nog langer verantwoord ons bij voortdoring op het standpunt te stellen dat de behandelende medische stand zich van de directe verantwoordelijkheid van het individuele ziekteverzuim moest abstraheren, omdat men geen bemoeienissen wenst te hebben met de rechten op uitkeringen, die hiervan de consequentie vormen?

Men kan stellen dat de arts slechts is geroepen het individu dat zijn hulp inroept volgens beste weten bij te staan. Theoretisch moge men hiermede vrede hebben, maar heeft men zodoende niet in de praktijk een zeer integrerend deel van de therapie, te weten de indicatie tot rusten of niet, aan anderen overgelaten? Soms is rust zelfs de enige geïndiceerde therapie. Betekent dit delegeren aan anderen eigenlijk niet een uitholling van de eigen taak? Voor mij staat vast, dat een aantal der behandelende artsen, toch ook leden van een dienstverlenende sector in ons maatschappelijk bestel en mede verantwoordelijkheid dragend voor een goede gang van zaken in onze samenleving, zich in de praktijk hebben geabstraheerd van een deel van hun verantwoordelijkheid, hetgeen quia ad absurdum heeft geleid tot een volstrekt negatieve houding met kwalijke maatschappelijke gevolgen.

Wat let de behandelende artsen bij het adviseren van patiënten, in hun advies een oordeel over het al of niet staken van de arbeid respectievelijk over het al dan niet hervatten daarvan op te nemen? Ik meen, dat eigenlijk geen patiënt een negatieve houding in dit opzicht begrijpt, maar deze slechts aanvaardt op grond van de categorische axiomatische weigering van steeds meer behandelende artsen. Trouwens ieder, die bij ziekte zijn salaris normaal krijgt uitgekeerd en daarvoor niet direct wordt gecontroleerd, zal meestal al of niet gevraagd advies van zijn behandelende geneesheer krijgen over de vraag of staking van de arbeid of voortzetting van deze staking medisch noodzakelijk of gewenst is. Waarom wordt dat advies dan niet altijd, ook ongevraagd, aan iedere patiënt gegeven?

Mijns inziens berust dit zich onttrekken aan een gedeelte van de verantwoordelijkheid voor de behandeling op een verkeerd uitleggen van opvattingen, die hierover in het verleden zijn ten beste gegeven. In „Medische ethiek en gedragsleer” staat immers te lezen, dat het wel degelijk op de weg van de behandelende arts ligt de patiënt te adviseren het werk te hervatten. Tevoren is zelfs gesteld, dat de hervatting van de arbeid veelal de kroon op het werk is.

Samenvattend zou ik willen stellen, dat het nodig is, dat de Nederlandse artsenwereld zich beraadt over de vraag of haar opvatting over behandeling en controle, of juist gezegd over de scheiding hiervan, nog past in de huidige maat-

schappelijke verhoudingen. Met name dient de vraag te worden gesteld of de praktische consequenties van een destijds ingenomen standpunt nog houdbaar zijn en niet hebben geleid tot ook door de artsen ongewilde gevolgen. Het is niet waarschijnlijk dat door de effectuering van deze gedachten het ziekteverzuim zal dalen, zeker niet direct. Wel heb ik de hoop dat op den duur de indicaties tot rust, respectievelijk werken, duidelijker zullen worden gesteld. Een voorwaarde hier toe is natuurlijk dat de problemen die hierbij rijzen, in het onderwijs uitdrukkelijk zullen worden betrokken, waardoor mede het wetenschappelijke onderzoek op dit gebied zal worden bevorderd. Dat hierin de kennis van de arbeid met al zijn facetten (inclusief onder andere problemen over belasting en belastbaarheid) zal moeten worden betrokken is duidelijk.

Men zij zich ervan bewust dat men hier heeft te doen met een facet van de geneeskunde, zo men wil sociale geneeskunde, waaraan, althans in ons land, nog nauwelijks aandacht is geschonken, zodat een activering op dit gebied moeilijk zal zijn te bewerkstelligen. Waar wij ons hier dus bewegen op een grotendeels onontgonnen gebied zal behoedzaamheid noodzakelijk zijn; maar wat zou de behandelende arts beletten om op dit gebied hulp te zoeken bij de bedrijfsarts, die steeds zodanig bij de dagelijkse beroepsbezigheden is betrokken, dat hij hiervan praktisch behoorlijk op de hoogte is? Zou zulks niet in het bijzonder zijn geïndiceerd als wij na een lange ziekteduur van een patiënt moeilijkheden vrezen bij de reïntegratie in het arbeidsproces? In dit verband moge worden verwezen naar het academisch proefschrift van *Van Norren*.

Naar mijn mening ligt aan deze gedachtengang meer ten grondslag dan alleen maar maatschappelijke en economische overwegingen, die in het bovenstaande sterk zijn geaccentueerd. De artsenstand kan hieraan misschien nog voorbijgaan, daar hij zich op het standpunt kan stellen, dat zijn taak uitsluitend bestaat uit individuele hulpverleningen, maar dat is in deze tijd nauwelijks meer houdbaar. Van meer essentiële betekenis is de verandering, die bezig is zich in de opvattingen der geneeskunde te voltrekken, waarbij de begrippen van gezondheid en ziekte niet meer worden gezien als absolute begrippen, die gemeten zouden kunnen worden aan het geïsoleerde individu. Veeleer dienen deze begrippen immers te worden geïnterpreteerd in relatie tot het levens- en werksmilieu, hoe moeilijk dit ook moge zijn.

Wij komen hiermede op een terrein, waarvan de gedetailleerde kennis schaars is. Geïntegreerd en incidenteel is deze kennis in het medisch denken reeds opgenomen, maar mede omdat de ontwikkeling der geneeskunde in zeer belangrijke mate wordt bepaald door de intramurale klinische geneeskunde gaat deze ontwikkeling traag. Impliciet is zij in de geneeskunde reeds geruime tijd ver-

werkt, maar in de praktijk komt zij nog onvoldoende tot haar recht. Een systematische bezinning op een antwoord op de vragen waar het hier om gaat zal het onderzoek moeten bevorderen. Een en ander zal het geven van exacte antwoorden bevorderen en derhalve bijdragen tot een meer verantwoorde indicatiestelling. Hierin dienen derhalve overwegingen ten aanzien van de mens en van het totaal van zijn levensomstandigheden te worden betrokken. Dit moge thans misschien een te hoog gestelde eis zijn, zij is niettemin een richting aanwijzende factor voor de toekomstige ontwikkeling der geneeskunde. Het hangt er nu maar van af of men deze wegen doelbewust wil inslaan en derhalve de ontwikkeling in deze richting wil stimuleren. Voor mij staat vast, dat te zijner tijd de maatschappelijke veranderingen vanzelf tot deze wijzigingen zullen leiden. Men kan deze gedachtengang beschouwen als een hersenschim of — en dat is mijn opvatting — als een in de huidige praktijk voorlopig nog niet te verwezenlijken wensdroom. Dit mag geen bezwaar vormen deze opvattingen hier te ontvouwen.

De praktijk van vandaag eist een doeltreffende controle. Deze effectiviteit zal men niet moeten zoeken in een medische eerstedagscontrole en dergelijke, hetgeen in de huidige omstandigheden nauwelijks meer aanvaardbaar of effectief kan zijn. Veel meer is te verwachten van een goede samenwerking tussen behandelend en controlerend geneesheer. Men zal het verzuim moeten trachten te evalueren door onderzoek van de verzuimer en van de omstandigheden waaronder zulks plaats vindt. Een en ander vormt een belangrijke taak van de bedrijfsarts.

Slechts door een goede coöperatie is resultaat mogelijk, waarbij ik dan vooral denk aan positieve maatregelen. Tot deze laatste behoren niet invoering van carenzdagen enzovoort en evenmin de invoering van loontoeslagen bij aanwezigheid, die bij intrekking tijdens ziekte als loonkorting zullen worden beschouwd. Onze studies op dit gebied behoren vooral te worden gericht op het individuele ziekteverzuim en de omstandigheden waaronder zulks plaats vindt. De arts behoort bij dit onderzoek een belangrijke plaats in te nemen. Men dient hierbij goed te beseffen dat het totale verzuim de som is van alle individuele verzuimen en de beste kenner van dit individuele verzuim is toch de behandelende arts, met name de huisarts. Derhalve beveel ik een meer actieve belangstelling van de behandelende sector en met name van de huisartsen van harte aan.

Philipsen, H. (1966) *Medisch Contact* 21, 643.

Medische ethiek en gedragsleer (1959). Uitgave van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Derde druk, blz. 180.

Norren, C. van (1966). *Werkhervatting na langdurig ziekteverzuim*. Academisch proefschrift. N.V. Uitgeversmaatschappij Centra - Eindhoven.