

kelijkheid. De rollen van helper en hulpvrager wisselen immers voortdurend.

Gezamenlijk moet het probleem worden onderzocht en geëxploreerd. Het is een gezamenlijke taak en de behoeften aan hulp en de impulsen tot het geven van hulp moeten worden gewekt en bepaald door het probleem en de gemeenschappelijke taak. Men moet dus als helper, wanneer de groei van de hulpvrager vooropstaat, geen model aanbieden voor de oplossing, maar gezamenlijk trachten het probleem te diagnostiseren en te definiëren. Er moeten alternatieve oplossingen worden gezocht en deze moeten op hun realiteitswaarde worden getoetst. Dit vereist wederzijdse openheid en spontaniteit. Het is noodzakelijk dat men elkaar ruimte biedt, elkaar niet bevooroordeelt en beoordeelt, doch gelegenheid biedt zijn eigen vrijheid en verantwoordelijkheid te behouden. Het is gewenst elkaar de mogelijkheid te bieden uitgesproken meningen te hernemen en elkaar niet vast te leggen op eens ingenomen standpunten.

Groei is alleen mogelijk door persoonlijke meningen en inzichten steeds weer op hun werkelijkheidswaarde te toetsen. Indien de meningen niet meer beantwoorden aan relevante criteria moeten zij worden herzien. Wil het hulpverleningsproces de mens mogelijkheid bieden tot groei en effectief leren dan wordt als een van de meest fundamentele voorwaarden het verkrijgen van „feedback” gezien. Om te helpen is het nodig over adequate

gegevens te beschikken betreffende gevoelens en percepties van elkaar. Men moet van elkaar weten hoe men de dingen ziet, ervaart en beleeft. De aard van de helpende relatie moet dan ook niet worden bepaald door de helper maar door de gezamenlijke taak namelijk het oplossen van het probleem. Op deze wijze helpen kan wederzijdse leerervaring bieden en stimuleren tot persoonlijke groei en ontwikkeling zowel van hulpvrager als helper.

Werkelijke hulp creëert krachten of maakt krachten vrij in de mens, die zijn groei als mens bevorderen en hem in staat stellen zichzelf te helpen. Het hulpverleningsproces zal in effectieve hulp resulteren wanneer helper en hulpvrager het oplossen van de gestelde problemen kunnen zien en beleven als een gezamenlijk avontuur, waarin in wederzijdse afhankelijkheid tot elkaar, in vrijheid, openheid en vertrouwen de ruimte kan worden gecreëerd tot gemeenschappelijke verkenning en diagnostisering van het probleem, tot het zoeken naar alternatieve oplossingen en de consequenties daarvan en tot toetsing van die oplossingen aan de reële mogelijkheden van de hulpvrager, die de gekozen oplossing immers zelf moet verwerkelijken.

Gibb, J. R. (1964) *Is help helpful?* Newark, Delaware.

Henkins, D. H. (1956) *The helping relationship in supervision and consultation.* Adult Education Association, Washington.

Zuithoff, D. (1963) *Een terreinverkenning ten behoeve van de sociale psychiatrie.* Van Loghum Slaterus, Arnhem.

*De rol van het maatschappelijk functioneren in diagnose en therapie van de huisarts**

DOOR DR. H. H. W. HOGERZEIL, ARTS TE EINDHOVEN

Inleiding. De huisarts wordt op de rol van het maatschappelijk functioneren in diagnose en therapie geattendeerd omdat hij dicht bij de patiënt leeft. Hij leeft in de letterlijke betekenis van het woord met de patiënt en zijn gezin mee. Bij de patiënt groeit hierdoor een vertrouwen in de arts dat veel meer op zijn persoon dan op zijn deskundigheid is georiënteerd; bij de huisarts groeit het besef dat zijn medische deskundigheid de basis moet vormen waarop dit vertrouwen in zijn persoon kan blijven bestaan (*Winkler Prins*).

Om de genoemde deskundigheid te handhaven moet de huisarts een open oog hebben voor al hetgeen in de sociale maatschappij waarin de patiënt verkeert en in de medische maatschappij waarin de arts verkeert, gebeurt.** Hierdoor heeft de huisarts een intermediaire functie. *De Vries* noemt het terrein van de huisarts dan ook een typisch interactiegebied. De huisarts is niet meer de

centrale figuur in de volksgezondheidszorg — die periode is gelukkig voorbij — maar hij staat tussen de patiënt en de verschillende vormen van menselijke verzorging in. Hij brengt voor zijn patiënt de verschillende wetenschappen en disciplines in onderling verband en hij coördineert deze. Hij attendeert zijn patiënt niet alleen op de mogelijkheden welke de maatschappelijke werkster biedt, maar hij tracht hem evenzeer op het juiste moment naar de ziekenhuisspecialist te verwijzen. Hij ontmoet de patiënt in de eenzaamheid van het ziekbed maar hij moet er ook rekening mee houden dat de patiënt

* Inleiding gehouden op het Symposium over „Huisarts en Arbeidsverzuim”, georganiseerd door de Commissie ter voorbereiding van Artsencursussen, 3 september 1966 te Apeldoorn.

**Vergelijk de publikaties van: *Buma, Dijkhuis, Van Es, Fox, Huygen, Lahr, Vickers* en *De Vries*.

de invloed ondergaat van het fysieke of sociale macro-milieu (*Doeleman* en *Zielhuis*).

Het uitoefenen van deze merkwaardige intermediaire functie vergt van de huisarts een kritische waardering van de mogelijkheden van anderen zonder dat hij daarbij in hun bevoegdheden treedt; het vergt eveneens, dat hij zich voortdurend aanpast aan de nieuwe vormen van menselijke verzorging welke vanuit andere disciplines worden ontwikkeld. Deze taak vergt behalve een wetenschappelijke instelling, een bereidheid nieuwe wegen te gaan en anderen te attenderen op nieuwe methoden die noodzakelijk moeten worden ontwikkeld om een goede geneeskundige zorg te kunnen blijven geven.

Vormen van functioneren van de (huis)-arts. Wij kunnen verschillende soorten van functioneren onderscheiden.

In het curatieve functioneren richt de huisarts zich in een directe persoonlijke zorg op het individu en zijn gezin. Hij staat als een beschermer vóór zijn patiënt die hij beschouwt als te zijn getroffen of bezocht door iets wat geheel buiten diens persoon omgaat. Ziekte is een onpersoonlijk gebeuren, de zieke is de homo patiens, de dokter is de man die in een persoonlijke relatie tegen het onpersoonlijke helpt. Situatie en maatschappij vormen de achtergrond, de magisch, sociaal of religieus geënsceeneerde wereld, waartegen zich dit alles afspeelt.

De hierboven geschetste toestand is veranderd door het in werking treden van het psychosomatisch functioneren. De situatie waarin de patiënt leeft, het kader waarin hij is geplaatst, zijn directe omgeving en leefmilieu, al deze factoren zijn in de diagnostiek een belangrijke rol gaan spelen: de zieke als persoon, de zieke als persoonlijke ziekte (Van der Horst, Weissäcker, Jores); de ziekte als specifiek somatisch antwoord op een psychisch agens (Alexander, Groen, Bastiaanse); de dokter als een persoonlijke dokter (*Huygen, Buma*); „the doctor as a drug” (Balint), deden hun intrede. De huisarts heeft zich mede dank zij de psychosomatische studiegroepen en vele voortreffelijke Nederlandse dissertaties en publikaties (Van Lidt de Jeurde, *Cornelissen, Brouwer, Metz, Jongh, Brühl, Kuypers*) een benaderingswijze eigen gemaakt, waardoor hij zoals *Buytendijk* het uitdrukt oog heeft gekregen voor het feit dat „in het leven van de mens het geestelijke zinspelend verschijnt, maar ook als blinde noodzaak werkzaam is”. Zo werd in de diagnostiek de invloed van het milieu en de persoonlijke psychosomatische reactie hierop erkend; in de therapie bleef men zich echter bepalen tot de patiënt zelf, zoals heel duidelijk in de „client-centred” therapie van *Rogers* werd gedemonstreerd. De therapie richt zich op de persoon, niet op de situatie.

In de vorm van het situatieve functioneren komt hierop een aanvulling. De huisarts begrijpt dat hij er met een alleen op de patiënt gerichte therapie niet komt. De maatschappelijke werkster doet haar

intrede in zijn denken, in het begin alleen als materiële hulp-verschafster, maar nu gelukkig steeds meer als deskundige in de situatieve therapie. Er zijn thans een aantal experimenten aan de gang over de samenwerking tussen huisarts en maatschappelijk werkster, onder andere bij *Brühl* in Amsterdam, in *Apeldoorn* en aan de universiteit in *Nijmegen* en *Groningen*. In „huisarts en wetenschap” verschijnen steeds meer publikaties over dit onderwerp. Nieuw is hierbij dat de situatie van de mens niet alleen diagnostisch maar ook actief-therapeutisch wordt benaderd. Hierdoor komt weer een manier van geneeskundig handelen aan de orde die in de zuiver curatieve periode reeds noodzakelijk was gebleken. Bij de bestrijding van infectie- en deficiëntie-ziekten had men namelijk reeds geleerd het ziekmakend agens zowel binnen als buiten de patiënt te bestrijden. Zo wordt bij malaria hospitalisatie en anofelesbestrijding toegepast, bij beri-beri bestaat de therapie uit vitamine B toediening en verandering van voedingsgewoonten. Naar analogie hiervan vormt de sociaal gerichte therapie de natuurlijke aanvulling op de diagnostisch gerichte psychosomatiek.

Het maatschappelijke functioneren vormt de volgende stap op de weg welke de huisarts heeft ingeslagen naar een geïntegreerde diagnostiek en therapie. Tot nu toe had hij weinig aandacht besteed aan de invloeden welke de mens vanuit de maatschappij ondervindt, aan de fysieke invloed van klimaat en leefmilieu, aan de mentale invloed van wetenschap, kunst en cultuur en aan de sociale invloed van economie en politiek. Nu evenwel is gebleken dat wij een aantal klachten, symptomen en gedragspatronen niet kunnen diagnostiseren en behandelen zonder voor bovengenoemde invloeden begrip te hebben, volgt de arts, zoals ook vroeger is gebeurd, de weg welke de patiënt hem wijst. Om deze weg te volgen moet hij eerst zichzelf laten voorlichten en vervolgens zelf een onderzoek instellen om na te gaan welke klachten wel en welke niet door maatschappij en maatschappij-structuur kunnen worden veroorzaakt. Tenslotte moet hij een en ander ook aan zijn patiënt kunnen duidelijk maken. Zowel hijzelf als zijn patiënt moeten leren hoe zij de positieve krachten der fysische, sociale en mentale factoren voor de therapie kunnen benutten en hoe zij de negatieve krachten moeten bestrijden.

Een interessante verwikkeling wordt hierbij gevormd door het feit dat de patiënt zelf mede de maatschappij vormt, waarvan hij de schadelijke invloeden zowel zelf ondergaat als zelf moet helpen bestrijden. Deze interdependentie is evenals bij de psychosomatiek en de sociale therapie, verbonden aan de invoering in de geneeskunde van persoonsgebonden factoren; een denkwijze, welke de curatieve geneeskunde, die zich richt op de onpersoonlijke ziekten, niet kent.

Vormen van functioneren en bijbehorende deskundigheid. De vraag of de (huis-)arts zelf de des-

kundigheid bezit of moet bezitten om in al deze wijzen van functioneren actief als deskundige op te treden, moge hier onbesproken blijven. Essentieel is of hij de deskundigheid bezit te kunnen vaststellen in welke context de klacht en het symptoom van zijn patiënt thuis hoort en of hij weet op welk moment en aan wie hij hulp moet vragen. Daarnaast geldt, met name voor de huisarts die met de patiënt meeleeft, dat hij telkens weer bedacht moet zijn op veranderingen in het klachtenpatroon van zijn patiënt die het noodzakelijk kunnen maken nieuwe wegen te gaan. Nu de aandacht van de huisarts wordt gericht op het arbeidsverzuim, is het dus een belangrijke vraag of een dergelijk moment zich thans voordoet.

Het is zeker niet toevallig dat Medisch Contact een aantal artikelen publiceerde over „Rust en Arbeid in de Geneeskunde”, dat er een artsen-cursus werd georganiseerd over „Huisarts en Arbeidsverzuim”, dat het Philips Gezondheidscentrum in oktober (1966) twee wetenschappelijke studiedagen wijdde aan het verzuim, dat *Gadourek* een boek schreef over „Absences and well-being of workers” en dat de CARGO hierover een onderzoek publiceerde.

Verzuim, arbeidsverzuim, ziekte. Wat is verzuim? Is arbeidsverzuim gelijk te stellen met ziekte? *Ekker* heeft aangetoond dat ieder bedrijf zijn eigen verzuimpatroon heeft. Een bedrijf dat thans een relatief hoog verzuim heeft, vertoont dit vroeger ook al en zal het in de toekomst vermoedelijk eveneens vertonen. Het bleek dat dit verschijnsel onafhankelijk is van leeftijd, diagnose of verzuimgrootte. Hieruit moet men concluderen dat het verschil in omvang van het verzuim in de verschillende bedrijven niet alleen op medische factoren berust, maar ook door andere mechanismen wordt veroorzaakt.

Wij konden zelf aantonen (*Hogerzeil*) dat over een periode van ruim vijftien jaar de frequentie van het totale verzuim bij mannen toenam van 62 in 1950 tot 158 in 1965 per 100 werknemers per jaar, dus met een factor 2,5. In dezelfde periode nam de verzuimfrequentie tengevolge van de „traditionele” diagnoses* toe van 30,5 in 1950 tot 43,8 in 1965, dus met een factor 1,4. Hieruit blijkt dat de frequentie van verzuim door traditionele ziekten veel minder toeneemt dan de frequentie van het totale verzuim. Indien de traditionele diagnoses in de hieronder genoemde drie groepen worden gesplitst blijkt het volgende:

Subjectieve diagnoses. Dit zijn dus diagnoses die alleen door subjectieve interpretatie van arts en

* In de groep traditionele diagnoses werden alle diagnoses van het „Manual of International Classification of Diseases Injuries and Causes of Death (I.C.D.)” samengevat, uitgezonderd de acute respiratoire ziekten. Subjectieve diagnoses: I.C.D. V; Subjectieve/objectieve diagnoses: I.C.D. IX, XIII en XVII; objectieve diagnoses: I.C.D.: I, II, III, IV, VI, VII, VIII b, X, XII, XIV.

Tabel 1. Verzuimfrequentie door traditionele diagnoses exclusief acute respiratoire ziekten.

* Jaar	1950	1955	1960	1965
Traditionele diagnoses	30,5	33,8	39,4	43,8
Subjectief	3,9	4,3	6,5	7,8
Subjectief/objectief	16,4	18,8	22,7	25,4
Objectief	10,2	10,7	10,2	10,6
Rest	31,7	36,9	62,8	115,1
Totaal	62,2	70,7	102,2	158,9

Tabel 2. Relatieve verzuimfrequentie door traditionele diagnoses exclusief acute respiratoire ziekten.

Jaar	1950	1955	1960	1965
Traditionele diagnoses	49,9	47,9	38,5	27,5
Rest	50,1	52,1	61,5	72,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

patiënt kunnen worden gesteld. In deze groep steeg de verzuimfrequentie per 100 werknemers per jaar van 3,9 in 1950 tot 7,8 in 1965 dus met een factor 2,0.

Subjectief/objectieve diagnoses. Deze diagnoses vereisen een subjectieve interpretatie van de objectieve afwijking. In deze groep was er een stijging van 16,4 in 1950 tot 25,4 in 1965 dus met een factor 1,5.

Objectieve diagnoses. Dergelijke diagnoses kunnen worden gesteld zonder subjectieve interpretatie van arts of patiënt. In deze groep blijft de verzuimfrequentie exact gelijk, de factor is 1,0.

Een en ander wordt toegelicht in de tabellen 1 en 2.

In het laatste deel van deze zelfde periode blijkt de frequentie van het kortdurend verzuim (K.D.V.), dat wil zeggen het verzuim met een duur van een tot drie dagen, enorm te zijn toegenomen en wel van 7,8 in 1955 tot 54,4 in 1965, dus met een factor 7,0. In 1965 werd bij mannen 34 procent en bij vrouwen 46 procent van het totale verzuim veroorzaakt door het K.D.V. (tabel 3 en 4).

Ter verdere illustratie van het bovenstaande vergelijkelijke men vervolgens de figuren 1 tot en met 4. *Figuur 1* en *2* betreffen het Philips personeel te Eindhoven; de *figuren 3* en *4* personeel geregistreerd door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (N.I.P.G.).

In het K.D.V. speelt, met name in het ééndagsverzuim, ziekte in traditionele zin een onbelangrijke rol. Men kan daarom hierbij beter spreken van verzuimen te arbeiden dan van ziekte. Het besprokene maakt duidelijk dat arbeidsverzuim en ziekte niet hetzelfde zijn. Verzuim ontstaat tengevolge van tenminste twee geheel verschillende oorzaken: arbeidsverzuim, als negatie van het

Tabel 3. Verzuimfrequentie door Kort Durend Verzuim (K.D.V.)

Jaar	1950	1955	1960	1965
K.D.V.	—	7,8	9,4	54,4
Rest	—	62,9	92,8	104,5
Totaal	—	70,7	102,2	158,9

Tabel 4. Relatieve verzuimfrequentie door Kort Durend Verzuim (K.D.V.)

Jaar	1950	1955	1960	1965
K.D.V.	—	11,3	9,2	34,2
Rest	—	88,7	90,8	65,8
Totaal	—	100,0	100,0	100,0

arbeiten of van de arbeidssituatie en ziekte in de traditionele zin, die arbeiten onmogelijk maakt.

De werknemer mag krachtens de Sociale Verzekeringswetten alleen verzuimen indien hij door ziekte niet kan werken. Deze formulering heeft tot gevolg gehad, dat arbeidsverzuim en ziekte aan elkaar zijn gelijkgesteld. Ten eerste is hierdoor het begrip arbeid aan loondienst gekoppeld, terwijl het begrip arbeid evenzeer thuis hoort bij de huisvrouw, het vrije beroep, de student en de gepensioneerde. In de tweede plaats hebben hierdoor verzuimer, arts en Sociale Verzekerings Wetgeving (S.V.W.) — overigens te goeder trouw — arbeidsverzuim en ziekte onder één noemer gebracht, waardoor verzuim medische sanctionering noodzakelijk maakt. Hierdoor wordt de huisarts veelvuldig met arbeidsverzuim geconfronteerd, terwijl hij meent voor ziekte te zijn geroepen. Deze gang van zaken heeft een frustrerende invloed op de huisarts. Het veroorzaakt bovendien een inefficiënt gebruik van de dure arbeidskrachten welke de huisartsen nu eenmaal zijn en het vertolkt een gebrek aan geneeskundig beleid ten aanzien van de structurering van huisartsen in de volksgezondheidszorg. Het zal grote inspanning kosten dit beeld met de hierbij behorende opvattingen te veranderen. Een differentiatie van het verzuim naar de categorische verschillende begrippen arbeidsverzuim en ziekte kan een eerste maar principiële stap in de goede richting betekenen.

Vraagstellingen. Hoewel het bovenstaande zwart-wit is gesteld ligt het niet in de bedoeling iemand of enigerlei instantie een verwijt te maken voor een situatie welke wij allen gezamenlijk hebben veroorzaakt. Het is wel in het belang van patiënt en verzuimer, van arts en maatschappij, objectief en zonder vooroordeel na te gaan wat er nu dient te gebeuren. Hierbij kunnen de volgende vraagstellingen van dienst zijn.

Behoort de genezing en de bestrijding van het arbeidsverzuim niet eerder tot het terrein van het

personeelsbeleid en „management” in uitgebreide zin, met inspraak van medicus, psycholoog, socioloog en bedrijfsmaatschappelijk werkster, dan tot het terrein van de huisarts?

Is het in verband hiermede geïndiceerd er van af te zien de werknemer te verplichten zijn huisarts de eerste of tweede verzuimdag te raadplegen maar de indicatie hiervoor wederom aan de werknemer over te laten? Indien dit op praktische uitvoeringsproblemen stuit, is het dan niet gewenst een conferentie te beleggen van huisartsen en deskundigen uit het personeelsbeleid en de sociale verzekeringswetgeving om hiervoor een wetenschappelijk gefundeerde en organisatorisch verantwoorde oplossing te vinden?

Dient het contact tussen bedrijfs- en huisarts over arbeid en arbeidssituatie te worden verbeterd?

Is het gewenst, dat de huisarts arbeid en arbeidssituatie meer dan tot nu toe gebruikelijk is, verdisconteert in diagnose en therapie? Is het in verband hiermede gewenst hieraan in opleiding en nascholing gerichte aandacht te besteden?

Is het gewenst als routine in de ziekteverzuimdiagnose-statistiek onderscheid te maken tussen het kortdurend verzuim (1 tot 3 dagen) — waarbij veelal geen diagnose-codering mogelijk is — en verzuimen van langere duur waarbij dit wel mogelijk is?

De beantwoording van deze vragen is naar mijn mening belangrijk voor een verdere ontwikkeling van volksgezondheidszorg en medische wetenschap. Het is namelijk niet toevallig dat de huisarts zich op dit moment de vraag stelt naar de functie van de arbeid en de arbeidssituatie voor de mens en voor zijn patiënt. Deze vraag komt voort uit de ontwikkeling welke geneeskunde en wetenschap doormaken naar een geïntegreerde diagnostiek en therapie. Bij de rol van het preventieve, curatieve, psychosomatische en situatieve functioneren sluit zich het maatschappelijk functioneren logisch aan. Wij zullen daarom nu trachten na te gaan wat de betekenis is van arbeid en arbeidssituatie.

Arbeid als menselijke functie. Kwant beschrijft arbeid als „het verrichten van een bezigheid die binnen het kader van een samenleving verricht moet worden”. Misschien kan men als volgt redden. Ieder levend wezen moet arbeid verrichten om zichzelf en zijn soort in stand te houden. Bij vele levende wezens bestaat deze arbeid uit eten en voortplanten. De mens echter moet bovendien ervoor zorgen zijn kennis aan zijn kinderen over te dragen door onderwijs en educatie. De mens is ook „geest in stof”, zoals *Baggen* het formuleert. Hij is deel van een cultuur welke hij tezamen met anderen vorm, inhoud en doel geeft. *Teilhard de Chardin* spreekt over een „bovenmensheid, waarvan we nog niet meer dan één ding kunnen zeggen, namelijk dat ze er slechts toe zal komen zich te vormen als wij in onszelf ten einde toe ontwikkelen de uitzonderlijk machtige organisatie-energieën die

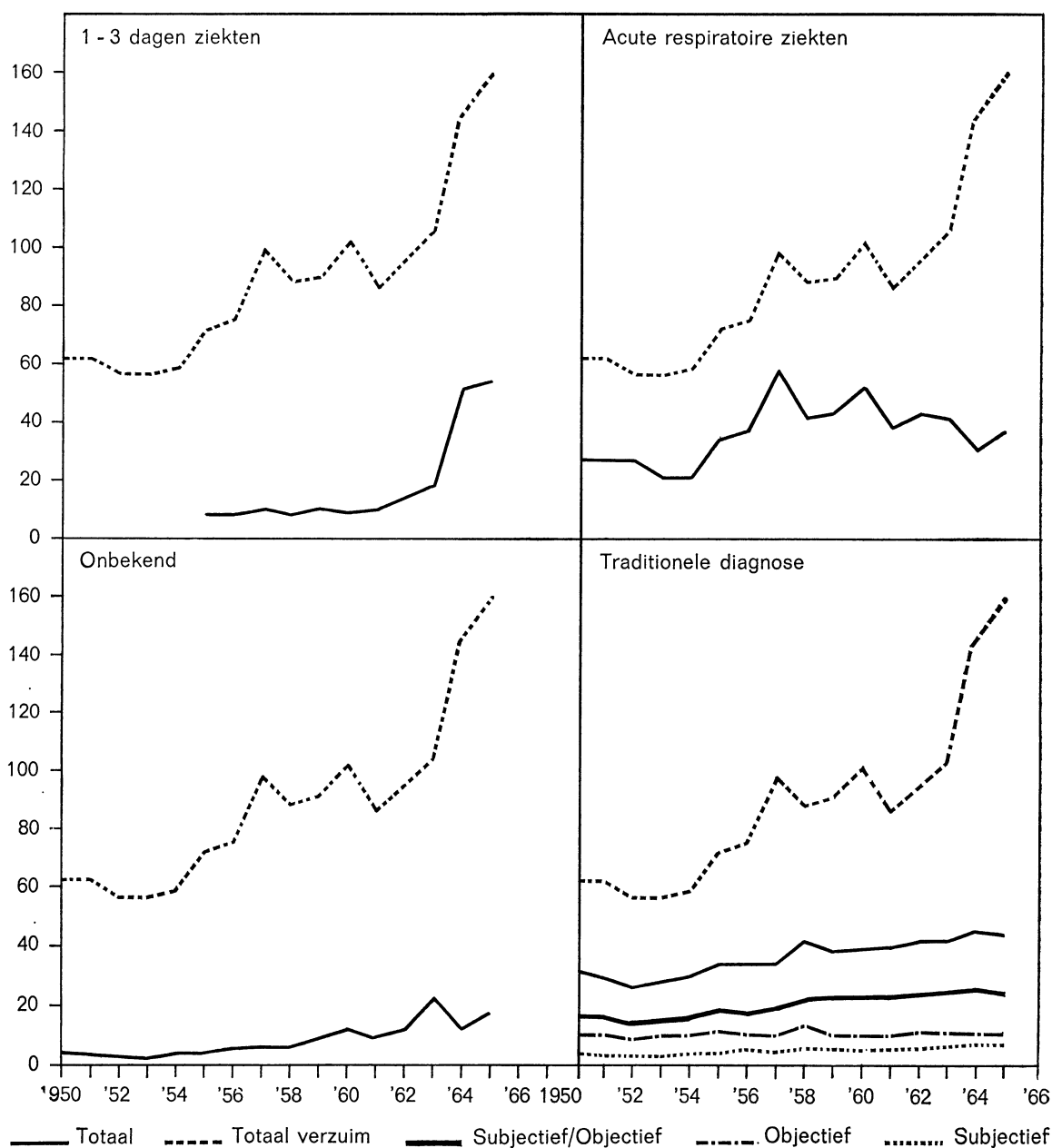
ontketend worden door een intermenselijke sympathie en de krachten van de godsdienst”.

Dit alles is naar mijn mening arbeid „het verrichten van een bezigheid die binnen het kader van een samenleving verricht moet worden”. Zo behoort arbeid bij het vitale bestaan, bij de uitbeelding van het zelf en bij het vormgeven en doen groeien van een cultuur. Indien men het bovenstaande als begrippencomplex voor arbeid aanneemt, wijst arbeidsverzuim — verzuimen te arbeiden — op een negatie van het accepteren van een van deze factoren dan wel van de combinatie hiervan, of op een negatie van de wijze waarop de maatschappij waarin men leeft, dan wel de eigen specifieke situa-

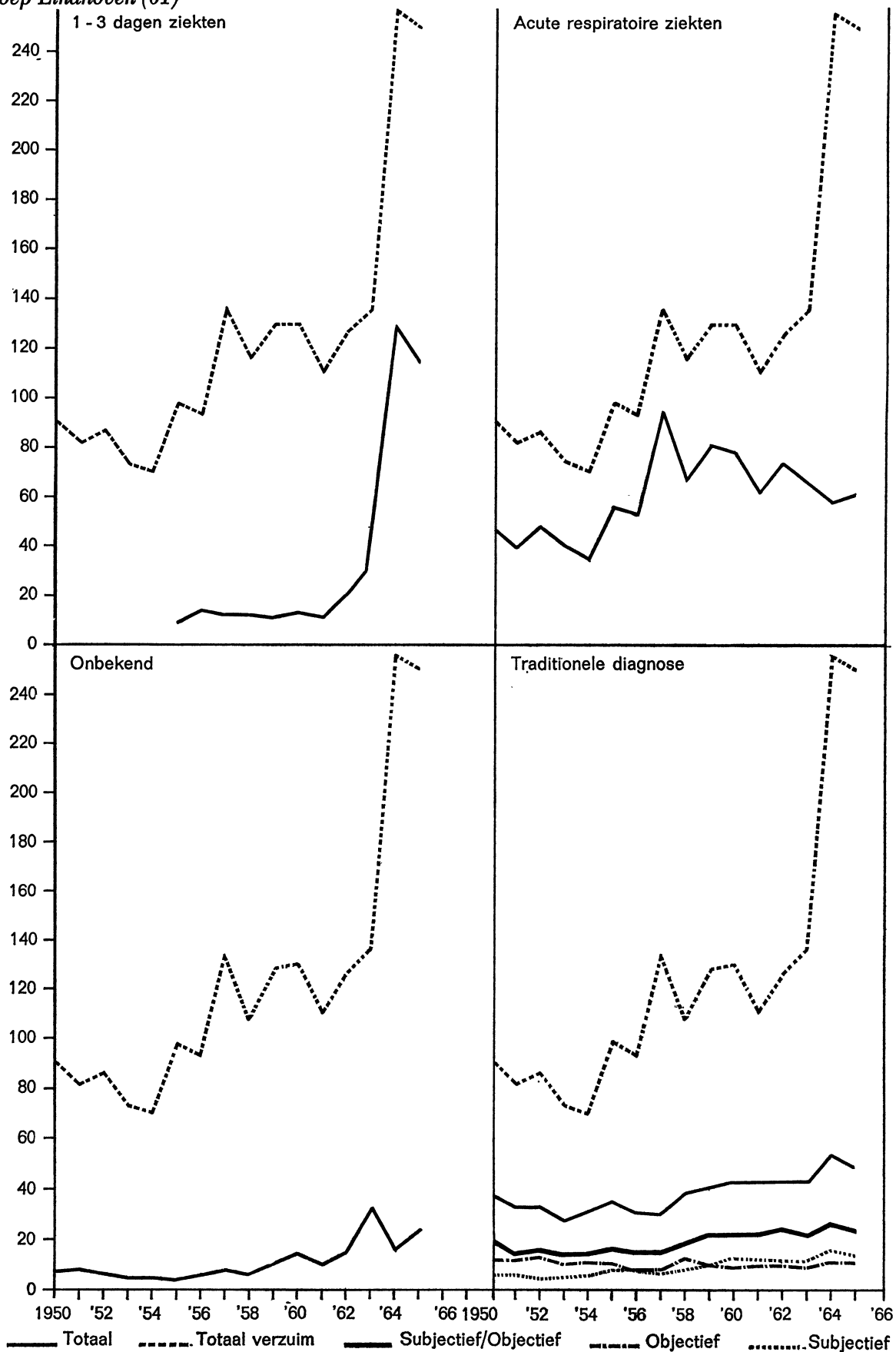
tie waarin men verkeert, arbeidsbeleving aan individu of groep mogelijk maakt. Arbeidsverzuim kan hierdoor een bijzonder ernstige zaak zijn. Het kan een stoornis signaleren in het gedragspatroon van een individu of van een populatie dan wel een stoornis in de wijze waarop de maatschappij een adequaat gedragspatroon mogelijk maakt.

Huisarts en maatschappelijk functioneren. De huisarts moet zich van de mogelijkheid van een gestoord gedragspatroon bij zijn patiënt bewust zijn; hij moet zich er ook van bewust zijn dat de oorzaak hiervan kan liggen in een gestoorde arbeidssituatie of maatschappij-structuur. Hier bestaat een duidelijke

Figuur 1. Morbiditeitsfrequentie per jaar van macro-diagnosegroepen per 100 mannelijke werknemers van de groep Eindhoven (01)



Figuur 2. Morbiditeitsfrequentie per jaar van macro-diagnosegroepen per 100 vrouwelijke werknemers van de groep Eindhoven (01)



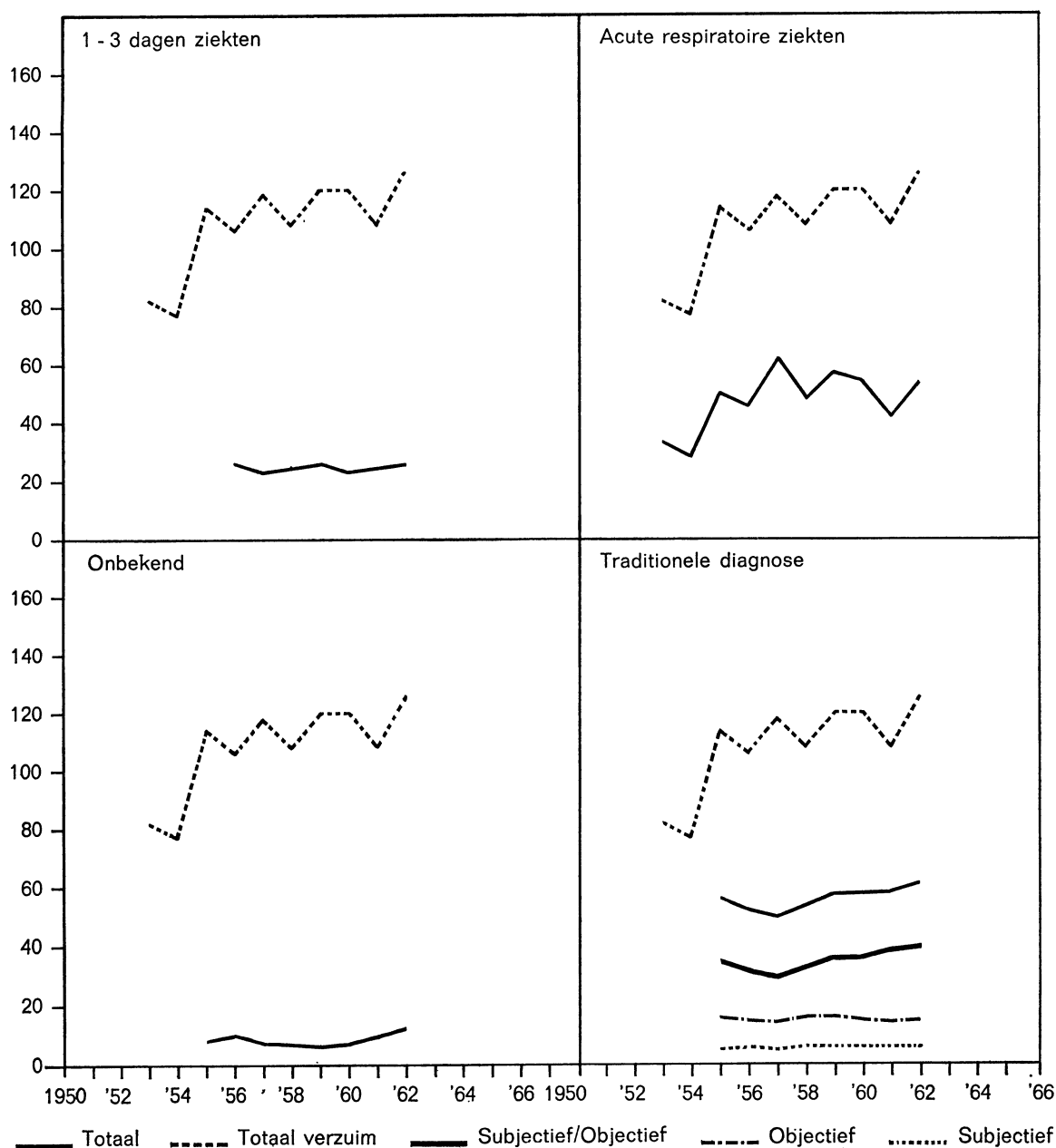
lijke overeenkomst met psychosomatiek en situatieve invloed.

Het bovenstaande is beslist niet in tegenspraak met het onderscheid dat in het voorafgaande werd gemaakt tussen verzuimen te arbeiden en ziekte. Zoals er een onderscheid is tussen neurose of echte psychosomatische klachten en een voorbijgaande ontstemming of incidentele somatische reactie, zo is er ook een verschil tussen verzuimen te arbeiden als uiting van een pathologische menselijke existentie en verzuimen om een dag te gaan vissen of een kamer te witten. In het geval van een pathologisch reactiepatroon wordt het een geneeskundige aangelegenheid, waarbij een grote mate van weten-

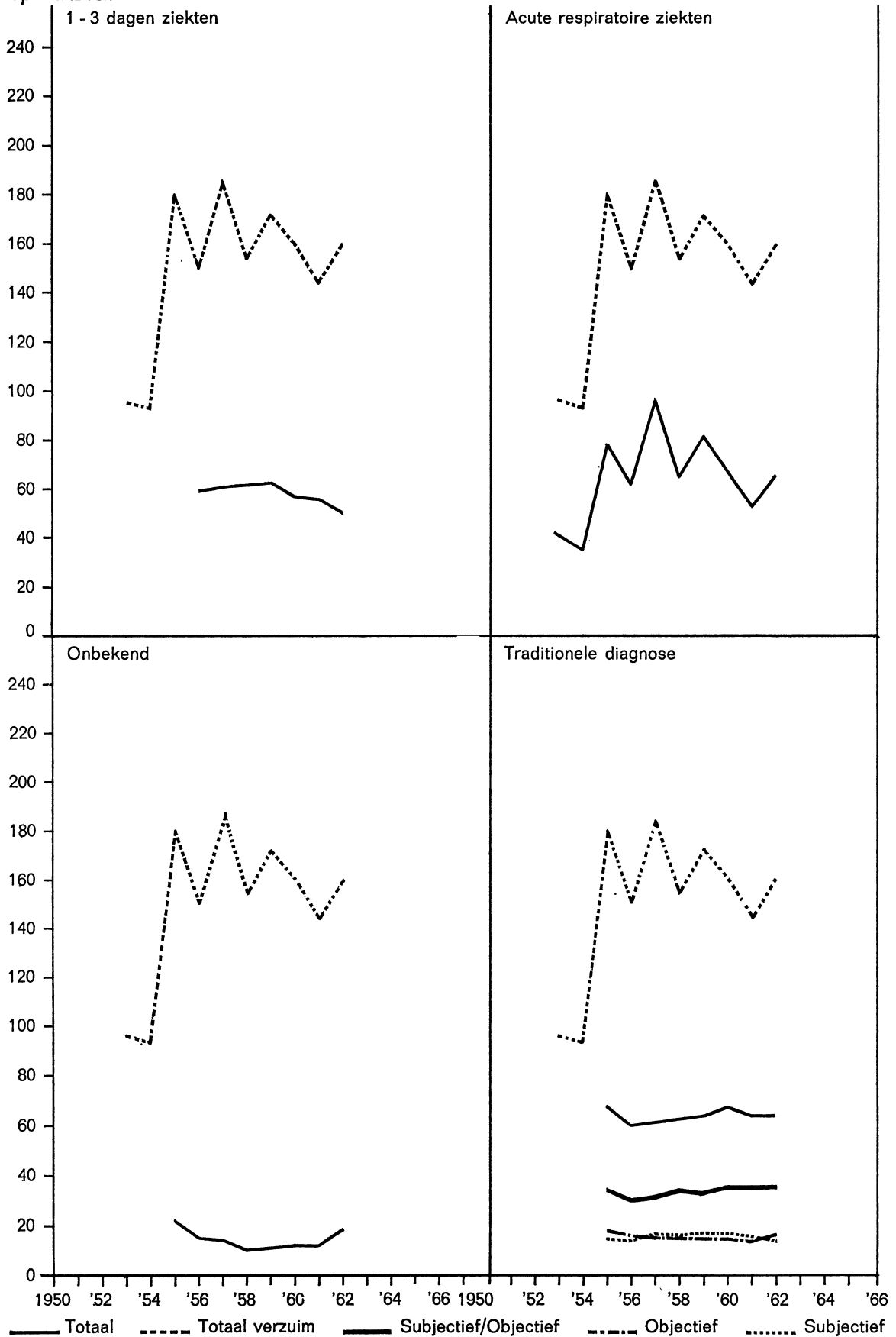
schap voorwaarde is om de behandeling tot een goed einde te brengen. De huisarts zal zich hierbij zijn intermediaire functie en eigen grenzen moeten herinneren en contact moeten opnemen met bedrijfsarts, personeelchefs, bedrijfsmaatschappelijk werkster, bedrijfspsycholoog en eventueel met andere deskundigen, afhankelijk van lokale mogelijkheden en gewoonten. Geïntegreerde diagnostiek en therapie en multi-disciplinair overleg zijn absolute voorwaarden om hier resultaat te behalen.

Wij hebben in Eindhoven sinds een jaar een multi-disciplinaire gespreksgroep met bovengenoemde functionarissen. Ons aller ervaring is dat het bijzonder moeilijk is een goede koers te varen,

Figuur 3. Morbiditeitsfrequentie per jaar van macro-diagnosegroepen per 100 mannelijke werknemers van de groep N.I.P.G.



Figuur 4. Morbiditeitsfrequentie per jaar van macro-diagnosegroepen per 100 vrouwelijke werknemers van de groep N.I.P.G.



maar ook dat veel menselijke ellende soms achter pathologisch verzuimen te arbeiden kan schuilgaan. Pathologisch verzuim kan ook een verkeerde arbeidssituatie signaleren. Hierbij is de huisarts dan slechts zijdelings betrokken. Het komt mij voor, dat de huisarts niet in staat is een therapeutisch oordeel te geven over schadelijke arbeidssituaties of maatschappijstructuren. Dat neemt niet weg, dat hij er aan moet denken wanneer een mentaal en fysiek gezond mens pathologisch gaat reageren op zijn arbeid.

Nog een enkel woord over de zieke mens en arbeidshervatting. Indien arbeid, als boven gesteld, behoort tot het normaal menselijk functioneren — hoort tot het normaal menselijk functioneren — men zou in analogie met ons thema kunnen zeggen: behoort tot het maatschappelijk functioneren van de mens — dient arbeid en arbeidshervatting een plaats te hebben in de „planning” van de therapie. Arbeid als vorm van maatschappelijke reïntegratie (Van Norren) heeft zowel mentaal als fysiek een revaliderende werking en dient door de behandelende geneesheer te worden bevorderd. Juist zoals de medische revalidatie zo vroeg mogelijk moet beginnen, dient ook de arbeidshervatting dan wel het overleg inzake aangepaste arbeid van het begin af door de behandelende geneesheer in zijn therapie te worden betrokken. Doet men dit niet, dan dreigt — juist zoals bij de verzuimde revalidatie — atrofie en verstarring; in dit verband: maatschappelijke desintegratie. Er ontstaat angst de vroegere of nieuwe arbeidsfunctie te hervatten, vereenzaming, apathie en de onmogelijkheid zelf een volwaardige plaats in de maatschappij in te nemen. De belangrijkste taak van de huisarts blijft nog altijd om in een persoonlijke continue relatie met zijn patiënt een multi-disciplinaire diagnostiek en therapie te integreren. Hiervoor is het maatschappelijk kunnen functioneren van de huisarts mede een voorwaarde.

Baggen, J. L. (1966) *Medisch Contact* 33, 721.

- Brouwer, W. (1962) Ervaringen met psychosociaal-anamnestisch onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk. D. Hoekstra en Zoon, Emmeloord.
- Brühl, K. G. (1960) *huisarts en wetenschap* 3, 454.
- Buma, J. T. (1950) *De huisarts en zijn patiënt*. Albert de Lange, Amsterdam.
- Buytendijk, F. J. J. (1965) *Prolegomena van een anthropologische fysiologie*. Het Spectrum, Utrecht, Antwerpen.
- Cornelissen, R. L. (1956) *Persoonlijheidsstructuur en emotionele conflictsituaties bij vrouwelijke patiënten met cholelithiasis*. Academisch Proefschrift Amsterdam.
- Doeleman, F. (1963) *T. Soc. Geneesk.* 41, 557, 591, 619, 661 en 679.
- Dijkhuis, N. J. P. M. (1965) *T. Soc. Geneesk.* 43, 726.
- Ekker, W. (1966) *T. Soc. Geneesk.* 44, 485.
- Es, J. C. van (1962) *Medisch Contact* 17, 440.
- Es, J. C. van (1963) *huisarts en wetenschap* 6, 277.
- Es, J. C. van (1965) *huisarts en wetenschap* 8, 294.
- Es, J. C. van en F. J. A. Huygen (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 121.
- Fox, T. F. (1960) *Lancet* I, 743.
- Gadourek, I. (1965) *Absences and well-being of workers*. Van Gorcum, Assen.
- Hogerzeil, H. H. W. (1966) *T. Soc. Geneesk.* 44, 77.
- Hogerzeil, H. H. W. *Sturen met statistiek*. Statistica Neerlandica (nog niet gepubliceerd).
- Huygen, F. J. A. (1959) *huisarts en wetenschap* 2, 187.
- Huygen, F. J. A. (1963) *huisarts en wetenschap* 6, 314 en 347.
- Huygen, F. J. A. (1965) *huisarts en wetenschap* 8, 429.
- Jongh, J. (1966) *Medisch Contact* 33, 335.
- Kuypers, C. A. (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 42.
- Kwant, R. C. (1964) *Filosofie van de arbeid*. De Ned. Boekhandel, Antwerpen.
- Lahr, J. H. F. (1961) *Medisch Contact* 16, 201.
- Metz, W. (1964) *Het verschijnsel pijn. Methode en mensbeeld der geneeskunde*. De Erven F. Bohn N.V., Haarlem.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy*, Houghton, Boston.
- Teilhard de Chardin, P. (1965) *Het verschijnen van de mens op aarde*. Het Spectrum, Utrecht, Antwerpen.
- Vickers, G. (1965) *Lancet* I, 1022.
- Vries, A. E. N. de (1966) *huisarts en wetenschap* 9, 233.
- Winkler Prins, J. (1966) *Huisarts en patiënt. Een empirisch-sociologisch onderzoek naar het verband tussen maatschappelijke bindingen van patiënten en hun beeld over de huisarts*. Academisch Proefschrift, Amsterdam.
- Zielhuis, R. L. (1965) *T. Soc. Geneesk.* 43, 366 en 445.