

## Een verloren geval\*

DOOR A. VAN OOSTEROM, BEDRIJFSARTS NEDERLANDSE SPOORWEGEN

Een verloren geval, zoals in de titel bedoeld, is patiënt Z, een thans 40-jarige man. Lichamelijk is hij eigenlijk niet als „ziek” te beschouwen; geestelijk is hij niet „gestoord” te noemen. Toch zal hij mogelijk nooit meer met werken de kost verdienen. Het meest waarschijnlijke is, dat hij blijvend als „invalide” zal te boek staan.

Laat ik het geval van de heer Z wat uitvoeriger voorleggen, om daarna te komen tot een discussie over het „verschijnsel” van gevallen, soortgelijk aan dat van de heer Z.

In 1960 kwam de heer Z bij de N.S. in dienst nadat hij vóór die tijd in de landbouw, in de bouw en als fabrieksarbeider had gewerkt. Bij de sollicitantenkeuring werd een geringe, niet-gefixeerde scoliose genoteerd, alsmede een lichte nervositeit. Hij ging op het perron werken bij het laden en lossen van de treinen. Tot 1963 verzuimde hij niet, daarna had hij enkele kortdurende normale verzuimen. Hij stond bekend als een gewone spoorman, die zijn werk goed deed. Toen hij zich op Nieuwjaarsdag 1966 ziek meldde, kon niemand nog voorzien dat hiermede zijn afkeuring voor alle werkzaamheden werd ingeluid, zoals deze enkele jaren later werd uitgesproken.

Die Nieuwjaarsdag 1966 was patiënt vrij; hij had juist thee gedronken en hij zou even naar de kippen gaan kijken, toen hij flauwviel. Volgens zijn verhaal was hij een minuut of tien bewusteloos, er waren geen trekkingen, tongbeet en/of incontinentie. Na afloop was hij wat suf, hij had gedurende enkele uren hoofdpijn. Iets dergelijks had hij ook in 1965 al eens gehad; hij had toen betrekkelijk weinig aandacht eraan geschonken. De aanvallen zouden zijn voorafgegaan door hartjagen. Uiteraard was nader onderzoek nodig.

Via de huisarts ging patiënt naar de internist; deze vond enkele aanwijzingen voor een dysfunctie van de schildklier; hij besloot patiënt te laten terugkomen voor een stofwisselingsonderzoek. Dit vond plaats in februari 1966; het bleek geheel normaal te zijn. De internist verwees hem naar de neuroloog. Hier kwam de patiënt in mei 1966. Voorts moet worden opgemerkt dat patiënt in maart een intercurrente ziekte had doorgemaakt van enkele weken. De neuroloog dacht in de richting van een vasovegetatieve labiliteit; hij bestelde de patiënt terug voor een elektro-encefalogram. Ook dit bleek normaal te zijn.

In juni 1966 zag de internist de heer Z opnieuw en hij maakte nog eens een electrocardiogram. Men kwam er nog niet goed uit en er werd besloten patiënt klinisch te observeren. In september 1966 werd hij voor een aantal weken opgenomen. Ook deze observatie leverde weinig concrete afwijkingen op en de internist besloot patiënt toch maar als lijdend aan hyperthyreoïdie te behandelen. Na ontslag adviseerde hij hem eerst maar eens vier weken wat rond te lopen om te zien hoe het verder ging. De situatie veranderde niet veel. De heer Z bleef last houden van aanvallen van hartjagen, waarbij hij duizelig werd en dreigde flauw te vallen. Inmiddels was het november 1966 geworden.

Na overleg tussen de bedrijfsarts ter plaatse en de afde-

ling bedrijfsgeneeskunde N.S. te Utrecht, werd begin december 1966 besloten de heer Z te Utrecht te keuren. De bedrijfsarts zou bij de behandelende specialisten hun rapporten opvragen, waarna patiënt te Utrecht zou worden opgeroepen.

Dit gebeurde in januari 1967, maar de heer Z berichtte dat hij wegens ziekte, namelijk rugklachten, niet in staat was te komen. Nadat de bedrijfsarts patiënt thuis had bezocht en contact had opgenomen met de huisarts, werd hij opnieuw opgeroepen, waarna hij in Utrecht verscheen. Het was inmiddels februari 1967 geworden.

Patiënt vertelde het reeds uit de specialisteengegevens bekende verhaal. Hem is verteld dat gelukkig geen duidelijke afwijkingen waren gevonden en dat het een kwestie van „zenuwen” was. De heer Z wilde dit wel aannemen, maar hij zei: „Er moet toch wat zijn; ik ben toch niet voor niets al zo lang bij verschillende specialisten in behandeling en zelfs opgenomen geweest in het ziekenhuis en ik heb nog steeds last van die aanvallen”. Het bleek dat patiënt erg bang was dat hij het aan het hart had. Deze angst werd nog versterkt, doordat hij tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis enkele sterfgevallen had meegemaakt van vrij jonge mensen met een hartlijden. Patiënt maakte zich veel zorgen hoe het nu verder moest gaan met zijn baan, met zijn vrouw en zijn vijf nog jonge kinderen. Wat die baan betreft, de laatste jaren deed hij dienst op een rustige overwegpost, waar het hem goed beviel.

De anamnese, bij de keuring verkregen, leerde ons dat de aanvallen ook wel in rust voorkwamen, dat zij steeds werden voorafgegaan door hijgen en dat zij soms gepaard gingen met tintelingen in de extremiteiten. Een hyperventilatiesyndroom leek aannemelijk. Getracht werd patiënt gerust te stellen wat het hart betreft. In maart 1967 kwam hij opnieuw naar Utrecht voor een follow-up gesprek. De klachten bleken onveranderd te bestaan. Patiënt had zich verzoend met de gedachte te zullen worden afgekeurd. Wij besloten hem te verwijzen naar onze consulent-zenuwarts en naar de consulent klinisch-psycholoog. In april 1967 zagen beiden hem. In de maandelijkse bespreking in mei 1967 werd het geval van de heer Z met hen besproken.

De conclusie en samenvatting van de zenuwarts luidden als volgt: „Psychiatrisch zie ik geen duidelijke aanknopingspunten tussen het debuut van de aanvallen en een al dan niet verdrongen problematiek. De anamnese pleit tegen epilepsie. Indien een EEG is gemaakt, is het van belang om van de uitslag ervan kennis te nemen. In het andere geval is het wenselijk om toch een eigen EEG-onderzoek te doen. Er bestaat wel een duidelijk verband tussen de klachten van onderzochte op dit moment en de wijze waarop hij zijn lichamelijke klachten heeft verwerkt: angstneurotisch, hypochondrisch gekleurd en met duidelijk neurastheniforme trekken. Dit alles tegen de achtergrond van een van huis uit nerveuze, vasolabiele en toberige persoonlijkheid. Advies: snel aan het werk, maar buiten de veiligheid. Het is jammer dat deze man een jaar buiten dienst is geweest. Onderzochte is overigens van goede wille, maar doodsbenauwd dat hem tijdens het werk iets zal overkomen”.

De klinisch-psycholoog vatte zijn bevindingen als volgt samen: „Een infantiele, ontwikkelingsgeremde, vrij kleurloze en beperkte persoonlijkheid. Tal van asthene kenmerken zijn duidelijk. Angst, onzekerheid, geringe weerbaarheid en stresstolerantie bemoeilijken zijn aanpassingsstreven. Hij kan moeilijk contacten opbouwen en leeft in angstige verwachting te zullen falen. In aard en achtergronden van zijn werkelijke moeilijkheden mist hij zelf grotendeels in-

\* Naar een voordracht gehouden op de Consulentendag, november 1969 te Utrecht.

zicht, hanteert zijn angst en conflicten passief. Met zijn asthene, rigide werkinstelling en langzame tempo is hij niet in staat wat drukker en onrustiger werkzaamheden te verrichten, welke een zeker overwicht, tempo en besluitvaardigheid vereisen. Men kan hem keer op keer geruststellen, maar er lijkt mij verder weinig aan te doen. Ik zie er althans geen psychotherapeutische behandeling in. Men moet de uiterlijke omstandigheden zoveel mogelijk aan zijn zo zijn trachten aan te passen".

In juni 1967 werd de heer Z meegedeeld, dat wij hem ongeschikt voor werk bij de N.S. achten, eventueel wel geschikt voor werk buiten de N.S. In juli 1967 werd patiënt thuis bezocht door de maatschappelijk werker, die in overleg met de directeur van de Gemeentelijke Sociale Dienst (G.S.D.) mogelijkheden zou bezien voor herplaatsing buiten de N.S. Deze mogelijkheden leken niet aanwezig te zijn.

In december 1967 werd door de beoordelingscommissie herplaatsbaarheid meegedeeld, dat patiënt ook binnen de N.S. herplaatsbaar moest worden geacht. De heer Z werd toen op proef tewerkgesteld op het perron van een groter station.

In april 1968 werd bij de bedrijfsarts en bij de chef van patiënt geïnformeerd hoe het met de heer Z ging. Het bleek dat niet van een succes kon worden gesproken. Patiënt klaagde nu ook over het niet kunnen tillen wegens rugklachten. Hij viel nog regelmatig flauw, soms te midden van het publiek. Hij stond overigens bij chef en collega's goed bekend en hij maakte op hen de indruk dat het inderdaad een niet-meer-kunnen was. In juli 1968 werd de zaak opnieuw aan de beoordelingscommissie herplaatsbaarheid voorgelegd. In oktober 1968 werd patiënt tenslotte op advies van deze commissie door de directeur van het Pensioenfonds niet-herplaatsbaar verklaard.

In december 1968 werd de heer Z ter vaststelling van het invaliditeitspercentage nog eens te Utrecht onderzocht. Bij het belastingsonderzoek op de ergometerfiets dreigde hij, na gedurende een halve minuut met 30 watt te zijn belast, van de fiets te vallen wegens duizeligheid. Hij gaf aan, dat er elke week nog aanvallen waren van hyperventileren, hartkloppingen en wegrakingen.

Patiënt kreeg een invaliditeitspercentage toegekend van 65. Besloten werd hem in december 1969 opnieuw op te roepen.

Uit zuiver somatisch oogpunt is deze patiënt eigenlijk niet interessant genoeg om een dergelijke uitvoerige bespreking te rechtvaardigen. Het is veel meer op het geheel van de procedure dat ik de aandacht wil vestigen. Tussen de dag waarop de man ging verzuimen en het moment waarop zijn positie - zoals dat heet - definitief werd geregeld, zijn drie jaren verlopen. Als zodanig is deze lange tijdsduur, althans voor de N.S., gelukkig exceptioneel. Toch wordt de heer Z als voorbeeld gekozen, omdat met hem een bepaalde problematiek naar voren komt.

Men moet zich in de eerste plaats realiseren, dat een op zichzelf geheel normale en juiste, eigenlijk kan men zeggen haast alledaagse, medische onderzoekprocedure, bestaande uit de activiteiten van diverse specialisten, enkele specialistische onderzoekstechnieken en een klinische observatie, een vol jaar hebben gekost. Deze tijdsfactor is het eerste punt waarop de aandacht moet worden gevestigd.

Het tweede punt is, dat gedurende dat jaar ongetwijfeld wel contacten hebben bestaan tussen huisarts, specialisten en bedrijfsarts, maar dat geen enkele maal sprake is geweest van een meer uitvoerige driehoeks- of meerhoeksbespreking om te

zamen de verschillende aspecten van de problemen door te praten en om een gemeenschappelijke benadering en procedure af te spreken. Dit is geen verwijt, doch een vaststelling. Het uitblijven van een dergelijk overleg is immers geen uitzondering doch regel, zeker in de vorm van een meerhoeksbespreking.

De patiënt was gedurende dit jaar thuis, leefde in onzekerheid en wende aan het niet meer werken, het buiten-spel-staan in de maatschappij. Men kan rustig stellen dat hij na dit eerste jaar reeds was geneurotiseerd, gefixeerd aan zijn klachten, gewend aan zijn toestand, erop ingesteld om ook verder nog slechts als invalide thuiszitter te fungeren.

Het tweede jaar van het thuiszitten begon met een keuringsprocedure, die ook vele maanden zou gaan duren. Het werd tenslotte december 1967 voordat patiënt voor het eerst weer op proef ging werken. Dat dit een mislukking zou worden, valt eigenlijk niet te verwonderen. Nog een jaar later, in december 1968, waren alle procedures rond de heer Z afgehandeld en vormde hij helaas een „afgedane zaak". Wel zou zijn toestand en zijn invaliditeit opnieuw worden bezien, maar het ligt, gelet op de ervaring met dit soort patiënten, in de lijn der verwachting dat hier geen verbetering is te verwachten, dat patiënt qua invaliditeit alsnog in groep A - dat wil zeggen 80 procent en meer - zal terechtkomen en hierin wel zal blijven.

Een cas perdu, een afgedane zaak, waarin niemand meer mogelijkheden tot revalidatie ziet. Hoe leeft zo iemand nu verder, hoe gaat het hem en zijn gezin in de komende jaren? Indien hij inderdaad in de klasse van 80 procent en meer valt, zijn er financieel geen al te grote problemen, aangezien hij dan immers rond 90 procent van zijn salaris als pensioen blijvend krijgt uitbetaald. Met nadruk wordt door mij gesteld, dat iemand die op zijn 40ste jaar onder toekenning van dit percentage wordt afgekeurd, aan het pensioenfonds en dus in feite aan de gemeenschap tot zijn 65ste jaar rond een half miljoen gulden kost, afgezien van de kosten van verdere medische en eventueel andere zorg. Het is zonder meer een gelukkige omstandigheid dat in ons land een dergelijke voorziening mogelijk is. Het betekent overigens wel, dat men alleen al uit economische overwegingen het aantal van dit soort patiënten zo beperkt mogelijk moet houden.

Belangrijker nog dan deze financiële feiten is de vraag hoe het met het levensgeluk van dergelijke patiënten en hun omgeving is gesteld. Genieten zij als het ware handenwrijvend van hun redelijk goed betaalde toeschouwersrol? Niets is in de meeste gevallen minder waar.

Uit de follow-up, die via de herschattingen van de invaliditeitsgraad voor het spoorwegpensioenfonds kon worden verkregen blijkt, dat deze mensen vaak een last blijven voor zichzelf en voor hun omgeving. Zij achten zich niet tot werken in

staat, doch anderzijds zijn zij met niet-werken ongelukkig. Tegenover zichzelf en hun omgeving moeten zij zich via hun klachten rechtvaardigen. Niet zelden zijn het nog vrij jonge mensen.

Enkele cijfers ter toelichting: in het eerste halfjaar van 1969 werden bij de N.S. vijftien personen jonger dan 50 jaar ongeschikt verklaard voor alle werkzaamheden. Bij slechts vier patiënten was een uitsluitend somatisch toestandsbeeld hiervan de oorzaak. Bij elf patiënten werd het totale beeld door psychische componenten beheerst, in de zin van hysterisch-neurotische beelden, al dan niet gecombineerd met somatische afwijkingen. In de meeste gevallen resulteert dit in 80 procent invaliditeit.

Uiteraard loopt niet elk geval zo somber af. Evenmin is het juist, om de neurotiserende invloed van een tekortschietende medische begeleiding alleen de schuld te geven. Natuurlijk is de premorbide persoonlijkheidsstructuur van de patiënt steeds een belangrijke factor. Bovendien is het totaal van de situatie rond de patiënt van veel belang; hierin zijn factoren gelegen, welke wij wel kunnen onderkennen in hun causale betekenis, zonder dat wij deze kunnen wijzigen. Natuurlijk zijn ook factoren van meer algemene aard, die in ons maatschappelijk leefpatroon zijn gegeven, van invloed. Deze zijn welbekend, daarover wordt veel gesproken en geschreven, reden dat door mij thans daarop niet dieper wordt ingegaan. Een uitzondering wordt gemaakt voor de factor „onzekerheid” op velerlei terrein, waarmede de Nederlander anno 1969 „moet leren leven” zoals dat heet. Met die onzekerheid wordt hij voortdurend en eigenlijk op elk gebied geconfronteerd: in zijn werk, zijn privé-situatie, zijn geloofsovertuiging, maatschappelijke en culturele normstellingen en wat dies meer zij. Voor velen gaat van die onzekerheid een sterk labiliserende en neurotiserende invloed uit. Doen zich in de eigen situatie belangrijke wijzigingen voor, bijvoorbeeld in het werk, dan is het zaak voor een goede introductie en begeleiding te zorgen, om het ontstaan van overspanningsbeelden en het afglijden in neurotisering zo mogelijk te voorkomen. Ongetwijfeld komt een deel van het stijgende ziekteverzuim op rekening van dit soort factoren.

Het is in dit verband interessant om met name het langdurige ziekteverzuim - drie maanden of langer - eens nader te bezien.

In het jaarverslag van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.) - waaronder de N.S. niet valt - worden interessante cijfers aangetroffen over dit langdurige verzuim. Voor de uitvoering van de wet op de arbeidsongeschiktheid (W.A.O.) is aanmelding verplicht bij de G.M.D. van elk ziektegeval dat dertien weken of langer duurt.

In 1968 werden ruim 110.000 van deze verplichte 13-weeks meldingen geteld. Wanneer men weet dat het aantal werknemers, vallende onder de

W.A.O. per 31 december 1967 werd geschat op 3 113 000 betekent zulks, dat in 1968 globaal één op iedere dertig werknemers langer dan dertien weken verzuimde. De diagnosestatistiek van deze lang-verzuimers laat zien, dat de groep ziekten van de bewegingsorganen het meeste voorkwam, namelijk bij ruim 21 000 patiënten ofwel bij rond 20 procent. Als tweede in frequentie staat de groep van de psychosen, psychopathieën en neurosen, tezamen ruim 14 000 patiënten. Hierbij kan nog worden genoteerd, dat de diagnose neurose bij ruim 10 000 patiënten (rond 10 procent van het totaal) „topscorer” is van alle diagnoses, in welke groep ook. Hierbij is voorts de leeftijdsverdeling van belang: bij de neurosen ligt de top tussen de 35 en de 50 jaar, met een maximum in de leeftijdsgroep van 40 tot en met 44 jaar.

Na de ziekten van de bewegingsorganen en de psychiatrie komen als groep op de derde plaats de ziekten van het circulatieapparaat, met 6 640 gevallen. Hier blijkt in het algemeen het aantal toe te nemen met de leeftijd. Ongetwijfeld spelen ook bij de ziekten van het bewegingsapparaat en bij de hart-vaatziekten psychische en sociale factoren, zoals bekend, een grote rol. Het wordt thans wel duidelijk hoe groot de omvang is van deze aan de orde gestelde problematiek.

Terwijl de G.M.D. nog nauwelijks met voorafgaande jaren vergelijkingen kan treffen, kan zulks bij de N.S. wel. Ons eigen materiaal laat zien, dat een geleidelijke stijging van het aantal lang-verzuimers plaatsvindt. Over tien jaar is dit aantal verdubbeld. Op de steekdatum 1 oktober jongstleden bleek iets meer dan 1 procent van ons personeel langer dan drie maanden buiten dienst te zijn. Uit de diagnoseverdeling blijkt dat ook bij de N.S. de ziekten van het bewegingsapparaat op de eerste plaats komen. Zij worden gevolgd door de hart-vaatziekten, terwijl als derde het psychiatrische ziektebeeld komt. Derhalve kan worden gesteld, dat bij vele gevallen van langdurig verzuim in principe de ontwikkeling dreigt in dezelfde richting als bij de heer Z plaatsvond.

Nogmaals, een aantal factoren die deze ongunstige ontwikkeling kunnen bevorderen, hebben wij niet of weinig in de hand. Toch is het duidelijk, dat wij meer en eerder aandacht zullen moeten gaan besteden aan het langdurige verzuim als verschijnsel. Wat dit „eerder” betreft: wacht men tot een jaar of meer is verstreken - hetgeen vaak het geval is - dan is het meestal reeds een verloren zaak.

Gelet op de vermelde cijfers, moet naar mijn mening het verschijnsel langdurig verzuim als een algemeen en landelijk probleem worden beschouwd, dat letterlijk en figuurlijk een multidisciplinaire studie waard is. Speciale aandacht zal daarbij nodig zijn voor het in haar totaliteit functioneren van de gezondheidszorg in ons land.

Daarnaast zal men zich meer moeten bezighouden met het individuele geval van langdurig ver-

zuim en wel, waar mogelijk, vanuit de preventieve gedachte: hoe kunnen wij het ontstaan ervan voorkomen? Het is mijn overtuiging, dat een multidisciplinaire, geïntegreerde aanpak ook hier noodzakelijk is. Binnen het bedrijf hebben wij ons kort geleden daarop bezonnen.

Het is thans een algemeen aanvaard feit, dat ziekteverzuim niet uitsluitend een strikt medische aangelegenheid is. De logische consequentie hiervan is, dat dan ook de benadering en begeleiding van degene die verzuimt, die dreigt te gaan verzuimen of die na verzuimt weer moet gaan beginnen, integraal moet zijn, waarbij behalve de medicus ook anderen, zoals de chefs, de personeelchef, de maatschappelijk werkster, eventueel de psycholoog, een rol moeten kunnen spelen, hoewel uiteraard niet allen bij elk geval dit behoeven te doen. Zeker geldt deze behoefte aan integrale begeleiding bij langdurig verzuim.

Bij de N.S. bestaat sinds jaren een samenwerkingsverband tussen personeelchef, maatschappelijk werker en bedrijfsarts, in de vorm van het zogenaamde sociale team. Wij stellen ons voor, dat dit team zich meer dan tot op heden het geval is, gaat bezighouden met het ziekteverzuim, waarbij informatie voor zover mogelijk wordt uitgewisseld, terwijl een actieve en positief gerichte benadering van de patiënt wordt besproken, alsook ieders aandeel daarin. Behalve aan de individuele patiënt zal in dit team zeker ook aandacht moeten worden besteed aan het verzuim als verschijnsel, bijvoorbeeld wanneer in een bepaalde groep het ziekteverzuim opvallende kenmerken vertoont. De centrale figuur in dit overleg zal logischerwijs de bedrijfsarts zijn.

Aangezien echter in vele gevallen psychische factoren een rol blijken te spelen die niet zelden uit de werksfeer afkomstig zijn, lijkt ons de samenwerking met bedrijfsfunctionarissen bijzonder nuttig te kunnen zijn. Ongetwijfeld zal men hierbij ook stuiten op problemen die direct met het bedrijfsbeleid hebben te maken, alsook met het totale personeelsbeleid, zodat vanuit deze achtergrond wellicht een positieve bijdrage aan het „verzuim”probleem kan worden geleverd.

Ook buiten het bedrijf bestaat bij vele ziektegevallen behoefte aan een integrale benadering en begeleiding.

De term integrale geneeskunde, welke men hiervoor zou willen gebruiken, is verbonden aan de naam van *Querido*, van wiens hand in 1955 het boek: „Inleiding tot een integrale geneeskunde”<sup>\*</sup> verscheen. Zou men de inhoud van dit boek in één zin willen samenvatten, dan is de meest essentiële conclusie deze, dat hij ons aan de hand van een aantal patiënten die allen om zuiver somatische redenen klinisch werden behandeld, laat zien hoe onvolledig het beeld is dat wij in de meeste gevallen van de patiënt krijgen bij een louter soma-

tische benadering en hoe als direct gevolg daarvan, therapie en prognose evenmin optimaal zijn bij deze eenzijdige benadering. Hij gaat ervan uit, dat wij in de verschijningsvorm van de mens een onderscheid kunnen maken in de biologische mens, de individueel-psychologische mens en de sociaal-psychologische mens. Elk van deze drie aspecten vormt als het ware een krachtenveld met de omgeving, terwijl elk aspect op zich een wisselwerking vertoont met de beide andere. Voor een goede totale waardering van het beeld moet dus aandacht worden geschonken aan alle drie de velden.

Naar mijn mening is bovenstaande filosofie tegenwoordig als zodanig algemeen geaccepteerd. Maar waarom is deze integrale geneeskunde dan toch maar zo weinig van de grond gekomen?

Waarom werken zij, die zich op verschillende gebieden vanuit verschillende achtergronden met de patiënt en zijn omstandigheden bezighouden, nog zoveel langs elkaar heen, hetgeen ook merkbaar is voor de betroffene, waardoor zijn onzekerheid alleen maar wordt vergroot? Dat soms velen zich bezighouden met één patiënt is als zodanig niet te vermijden, het is een gevolg van onze gecompliceerde maatschappijstructuur. Ook hier geldt echter vanzelfsprekend, dat niet bij iedere patiënt de verschillende disciplines alle een rol zullen spelen! Ook wanneer wel integratie nodig is, behoeft niet steeds aan meerhoeksgesprekken te worden gedacht; ook telefonisch contact kan vaak reeds veel bijdragen tot coördinatie van gegevens en activiteiten.

Daar het hier steeds gaat om een handelen met en rond de patiënt, is het thans het goede moment om duidelijk te stellen, dat ook naar onze overtuiging de huisarts nog steeds het centrum van dit gehele bezigzijn moet vertegenwoordigen. Ook *Querido* wijst de huisarts aan als de „integrator” van een integrale geneeskunde. Deze integrerende taak zal echter wel veel van hem eisen.

Integreren moet betekenen: communiceren, overleg plegen, eventueel in teamverband werken. Als zodanig eist het, naast bereidheid daartoe, vooral ook tijd.

Wanneer de integrale geneeskunde in vele gevallen faalt, dan faalt zij naar mijn mening voor een belangrijk deel wegens tijdgebrek. In onze consumptie-maatschappij die ook uit medisch oogpunt een consumptie-maatschappij is, is tijdgebrek op zichzelf een verschijnsel geworden. Wachttijden van weken of zelfs maanden waarmede men wordt geconfronteerd, zijn wat dit betreft een teken aan de wand. Naast dit tijdgebrek blijkt de tijd nodig voor overleg, voor velen helaas een lage urgentiegraad te bezitten. Toch is dit bijzonder jammer. Men komt namelijk hierdoor vaak in een vicieuze cirkel: door overleg zou veel tijd en inspanning kunnen worden gewonnen.

Enige tijd geleden belde een collega-specialist op over een man die bij de huisarts, bij hem en bij de bedrijfsarts het spreekuur frequenteerde en

\* Stenfert Kroese, Leiden, 1955.

voor ieder een probleem vormde. Op voorstel van de specialist zijn wij gedurende een uur om de tafel gaan zitten, wij hebben onze ervaringen vergeleken en een gemeenschappelijke benadering afgesproken. Daarmede bleek het probleem te zijn opgelost.

Een groot voordeel van deze integratie, dat *Querido* niet zo naar voren laat komen - wellicht omdat zijn materiaal opgenomen patiënten betreft - is, dat men behalve het verzamelen van relevante informatie uit de drie velden, ook beter de verschillende processen die zich rond een patiënt afspelen, kan besturen en beheersen. Het totale medische onderzoek en ook de totale sociaal-geneeskundige keurings- en herplaatsingsprocedures zoals deze zich afspeelden rond de genoemde patiënt, zijn voorbeelden van dergelijke processen. Het zijn helaas ook voorbeelden van processen die niet voldoende werden bestuurd en geïntegreerd.

Inderdaad, ook de planning en „bewaking” van dit soort processen vormen naar mijn mening een zeer belangrijk onderdeel van de integrale geneeskunde. Nog te weinig wordt het vaak complexe geheel van deze medische, sociaal-medische en sociale processen als een geheel gezien en benaderd. Toch is dit mijns inziens een voorwaarde zowel voor een optimaal functioneren van de totale gezondheidsorganisatie alsook voor een optimale uitvoering van de sociale wetgeving, waaronder bijvoorbeeld ook de revalidatie ressorteert.

Een integrale en integrerende geneeskunde stelt haar eisen niet slechts aan de huisarts als integrator, doch aan ieder die erbij is betrokken. Zij eist namelijk dat de betrokkenen zich steeds de vraag moeten voorleggen of er anderen zijn die vanuit een andere achtergrond over gegevens kunnen beschikken of activiteiten kunnen ontplooiën die relevant zijn en in het belang van de patiënt.

Het huldigen van deze opvatting voert tot consequenties. Zo zal men hierdoor bijvoorbeeld tot een andere opstelling komen ten aanzien van de communicatie. De passieve opstelling - „wie wat weten wil, komt maar” - zal worden tot een actieve - „wat weet ik, dat ik mag meedelen en dat voor hem of haar, hetzij een collega, hetzij een vertegenwoordiger van een andere discipline, in het belang van de patiënt van nut kan zijn te we-

ten”. - Een goede en actieve communicatie moet immers de basis zijn van elke samenwerking!

Ongetwijfeld zijn er voorbeelden van uitstekende contacten en voortreffelijk teamwork te geven. Zeker is het ook waar, dat bijvoorbeeld de maatschappelijk werker méér wordt ingeschakeld, niet slechts binnen het bedrijf, maar ook in huisartspraktijk en ziekenhuis.

Toch is dit alles naar mijn mening nog te incidenteel en komt een integrale en integrerende geneeskunde nog te traag en te weinig van de grond. Gezien het belang van de problematiek, zou ik ervoor willen pleiten dat bijvoorbeeld onder auspiciën van de Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, een studie wordt gewijd aan de vraag hoe op korte en op lange termijn een integrale begeleiding - waar nodig - zou kunnen worden bevorderd. Deze studie zal uiteraard als zodanig een voorbeeld moeten zijn van een integrale benadering zowel wat de opzet als wat de uitvoering betreft.

Dat door mij als bedrijfsarts dit onderwerp aan de orde werd gesteld, komt voort uit het feit dat men, werkend op het terrein van de relatie mens-arbeid, vanuit deze relatie enerzijds een concrete en relevante inbreng in een integrale benadering kan verschaffen, terwijl men anderzijds bij het oplossen van problemen rond die relatie, een grote behoefte aan een dergelijke benadering heeft.

Tot slot keer ik nog even terug naar het geval van de heer Z. Iemand vroeg mij, toen erover werd gesproken: „Hoe kun je nu aantonen, dat het met Z bij een andere begeleiding beter afgelopen zou zijn?” Uiteraard kan ik dat niet. Het gaat dan ook niet om een soort gegarandeerd succes, maar om de kans maximaal te doen zijn dat al onze inspanning met een goed resultaat zal worden bekroond.

#### *Geraadpleegde literatuur*

- Eeftink Schattekerk, J. C. P. (1969) Arts soc. Verz. 7, 49.  
Hogerzeil, H. H. W. (1967) huisarts en wetenschap 10, 166.  
Gemeenschappelijke Medische Dienst, Jaarverslag 1968.  
Kooy, S. van der (1968) huisarts en wetenschap 11, 217.  
Oosterom, A. van. De rol van de bedrijfsarts in de integrale geneeskunde. Inleiding basiscursus 1967 Sociale Geneeskunde Stichting Semin. Praktische Gezondheidszorg, Utrecht.  
Querido, A. (1959) T. soc. Geneesk. 36, 69.  
Weyel, J. A. (1968) Arts soc. Verz. 6, 46.  
Weyel, J. A. (1969) Arts soc. Verz. 7, 55.