

## N.H.G.-congres 1980: Arbeid en arbeidsongeschiktheid

*In het zweet des aanschijns zult gij uw brood verdienen.  
Genesis 3:19*

Als een huisarts in zijn praktijkvoering te maken krijgt met arbeid en arbeidsongeschiktheid – en dat gebeurt vrijwel dagelijks – speelt een groot aantal variabele begrippen. In de hulpvraag van menige patiënt is een arbeidsaspect te onderkennen. Het is echter de vraag in hoeverre de huisarts, als eerste schakel in een reeks interacties, over goede meet-instrumenten beschikt om arbeid en arbeidsongeschiktheid in te schatten en het daaruit voortvloeiende beleid op adequate wijze uit te stippelen. De vaardigheid in het bepalen van de geschiktheid en ongeschiktheid tot werken is hem ten dele uit handen genomen, doordat bij de uitvoering van de Ziektewet een scheiding is gemaakt tussen behandeling en controle. De controle is in handen gelegd van de bedrijfsverenigingen, die deze taak laten uitvoeren door professionele verzekeringsgeneeskundigen. Deze scheiding van behandelen door de huisarts met een zekere ervaring op het gebied van arbeidsongeschiktheid en het bepalen van de arbeidsongeschiktheid door professionele deskundigen heeft de huisarts in de continue zorg voor en in de dialoog met zijn patiënt een stuk zeggingskracht ontnomen. Daarmee is het *judicium*: arbeidsgeschikt of -ongeschikt een ad hoc beslissing geworden van artsen die de patiënt slechts ten dele kennen. In een tijd dat het arbeidsverzuim een verontrustende toename vertoont, wordt vorengenoemde vraag van grote maatschappelijke betekenis en vormen getallen slechts een indicatie voor de omvang van het probleem. De overheid, het bedrijfsleven en de ziekteverzekeraars buigen zich momenteel over de oorzaken van de groeiende omvang en duur van het arbeidsverzuim. Het recente onderzoek van *Wiersma*, dat plaats vond onder ruim tweehonderd arbeidsongeschikten, laat zien dat arbeidsongeschiktheid, geschat op grond van de ernst van de ziekte en vergeleken met de aard en de zwaarte van het werk, een vrijwel onvoorspelbaar gebeuren is. Eén op de drie werknemers en één op de vier artsen van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor konden een dergelijke schatting niet maken. Er bleek grote onzekerheid te bestaan over de uiteindelijke duur van het verzuim, zelfs nadat drie maanden „ziektewet” voorbij waren. Voorts bleek achteraf, dat het arbeidsverzuim vaak langer was geschat en dat de meningen hierover van artsen en werknemers uiteen liepen.

Velerlei factoren beïnvloeden de duur van het arbeidsverzuim en de beschouwingen hierover zijn zowel van theoretische als praktische aard. Zo onderscheidt *Douglas McGregor* in zijn filosofie twee mensbeelden, die voldoen aan zijn theorieën X en Y. Theorie X gaat uit van de hypothese, dat de gemiddelde mens een aangeboren afkeer van werken heeft, terwijl volgens theorie Y voor de gemiddelde mens

lichamelijke en geestelijke arbeid even natuurlijk is als spel of rust. Deze hypothetische mensbeelden zijn natuurlijk niet los te denken van maatschappijbeelden. Omdat zij onvoldoende zijn getoetst bieden zij weinig voor onze beschouwingen over de duur van arbeidsverzuim.

Van veel praktischer aard zijn studies over schadelijke factoren in de arbeidssituatie, die enerzijds betrekking hebben op de economische positie van het bedrijf, anderzijds toegespitst zijn op de mens zelf in zijn arbeidssituatie. *Wiersma* vond in zijn onderzoek, dat economisch kwetsbare bedrijven een langere ziekteduur van hun werknemers vertoonden dan economisch sterke bedrijven. De werkgelegenheid speelde eveneens een rol in die zin, dat plaatsen met weinig kansen op ander werk een langer ziekteverzuim vertoonden ten opzichte van plaatsen met ruime arbeidsvoorziening. En wat de mens zelf betreft, een goed contact tussen werknemer en werkgever leidt tot kortere ziekteduur.

Heeft de huisarts voldoende zicht op de implicaties van deze sociale betrekkingen, waarbinnen de arbeid van zijn patiënt zich afspeelt? Mocht dat in onvoldoende mate het geval zijn, in ieder geval heeft hij zich te verdiepen in drie fenomenen: de binding aan de ziekerol, het zich onzeker voelen over de resultaten van de behandeling en de prognose van de (huis)arts over de ernst van de ziekte en de gevoelens van overbelasting in en door het werk. Deze fenomenen blijken, aldus *Wiersma*, in volgorde van belangrijkheid een grotere rol te spelen dan de werkgelegenheid in de woonplaats, de economische kwetsbaarheid van het bedrijf en de „stressful life events”. Ten aanzien van deze laatste gebeurtenissen kwam als verrassing vast te staan, dat zij het ziekteverzuim bekorten. Dat bleek vooral te gelden voor omgevingsgebonden stress: gebeurtenissen waarop de betrokkene geen invloed heeft. Zij geven afleiding, die op de duur van de arbeidsongeschiktheid gunstig kan werken.

Dit commentaar geeft mij aanleiding te veronderstellen dat het N.H.G.-congres de zware taak krijgt orde te scheppen in deze materie, te meer nu we het proces van ont koppeling van arbeid en levensonderhoud op gang zien komen en vrije tijd en arbeid een diepgaande vrijage lijken aan te gaan.

Dr. K. Gill

McGregor, D. De menselijke kant van het ondernemen. *Samsom, Alphen aan den Rijn*, 1972.

Wiersma, D. Psychosociale stress en langdurige arbeidsongeschiktheid. *Dissertatie Groningen*, 1980.