

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.

sprekkamer van de huisarts blijft daarbij niet buiten schot. In dit artikel willen we een overzicht geven van de aspecten van deze problematiek die van belang zijn voor de huisarts. Wij richten ons daarbij speciaal op het langdurige ziekteverzuim en op arbeidsongeschiktheid.

### Een probleemgroep

Uit de statistieken blijkt dat de meeste mensen na een ziekmelding weer betrekkelijk snel aan het werk komen: 89 procent herstelt binnen zes weken. De andere 11 procent is echter langdurig ziek. Deze groep neemt 60 procent van de ziekte-dagen voor zijn rekening. Daarbij komen vooral ziekten van de bewegingsorganen en „psychische afwijkingen” naar voren. In 1975 waren deze verantwoordelijk voor respectievelijk 18,6 en 13,6 procent van het totaal aantal ziekte-dagen en voor achtereenvolgens 28,3 en 19,8 procent van de nieuwe WAO-diagnosen. Van die diagnosen hebben voorts 16,7 procent betrekking op ziekten van de bloedsomlooporganen en 6,7 procent op de gevolgen van ongevallen (*Jaarverslag*). Van degenen die in de WAO komen – bijna 80.000 mensen per jaar – raakt ongeveer 80 procent nooit meer aan de slag (*Zweekhorst*).

In de groep mensen die om gezondheidsredenen niet werken, vindt een concentratie van medische problemen plaats. Het is dan ook nauwelijks verwonderlijk, dat WAO-gerechtigden over het geheel genomen een 4,5 keer zo hoge vijfjaars sterftkans hebben als vergelijkbare groepen uit de Nederlandse bevolking (*Groothoff* 1980). Ook in de gezondheidsbeleving zijn er grote problemen. WAO-ers zijn beduidend vaker en langer ziek dan anderen, bezoeken vaker de huisarts en gebruiken aanzienlijk meer medicijnen (*Sociaal cultureel rapport*). Vooral in de eerste maanden van de ziekteperiode is er een hoge medische consumptie. Velen schieten daarmee weinig op. Zo vond *Merens* (1978) dat de helft van de mensen die een half jaar in de ziekteperiode zijn, zich eerder slechter dan beter voelt.

Men kan al met al stellen dat de mensen die om gezondheidsredenen niet werken, een risicogroep vormen ten aanzien van zowel het lichamenlijk als het psychisch welzijn. Voor een groot deel hangt dit samen met de gezondheidsproblemen die het niet werken hebben ingeluid. Het feit dat men uit het arbeidsproces geraakt is, eist op zich ech-

ter ook zijn tol. Als we de onderzoekingen die op dit gebied gedaan zijn (*Merens* 1975, 1977, 1978, 1980; *Van Zaal* 1975; *Van Wezel*; *Jordans*) er op naslaan, dan doemt het volgende beeld op: Men voelt zich uitgerangeerd, overbodig, nutteloos en zonder toekomst. Vele problemen in het gezin – dat blootstaat aan grote veranderingen – duiken op. Isolement ten opzichte van (ex-)collega's, een andere opstelling van familie en kennissen, en de blikken van de buren worden als extra bronnen van frustratie ervaren. Vaak is er grote onzekerheid, zowel over de mogelijkheden tot werkhervatting, als over het voortduren van de uitkering. Financiële achteruitgang wordt veelal als probleem genoemd, en de afhankelijkheid van een uitkering beleeft men meestal als iets negatiefs, om nog maar niet te spreken over het doolhof van deskundigen waarin men zijn weg moet vinden.

Tegen deze achtergrond is te begrijpen, dat de grote meerderheid van arbeidsongeschikten en werkelozen de voorkeur geeft aan werken boven niet (meer kunnen) werken. Echter: hoe langer men niet werkt, des te groter wordt de kans dat men nooit meer aan de slag zal kunnen. Je raakt er uit en niemand wil je nog hebben, zeker niet als je een „medisch verleden” hebt. Keus genoeg in de huidige conjuncturele toestand.

De gevolgen van het niet meer kunnen werken blijven lange tijd knagen. In tegenstelling tot wat velen denken, is arbeidsongeschikt worden niet een proces dat na enkele maanden tot een stabiele situatie leidt. Uit het onderzoek van *Jordans* blijkt dat de problemen wel vooral in het begin voorkomen, maar dat begin kan drie of vier jaar duren. Het bekend worden van het „nooit meer kunnen werken” betekent vaak „een tragisch dieptepunt in het bestaan van de arbeidsongeschikte”, zoals *Jordans* het formuleert.

We kunnen concluderen dat er, wanneer men lange tijd door overmacht niet kan werken, een toestand ontstaat die naast het oorspronkelijke gezondheidsprobleem een eigen – voor de betrokkenen meestal negatieve – betekenis heeft. De kans dat daarbij allerlei vicieuze cirkelprocessen gaan optreden op het gebied van gezondheid en ziekte, lijkt ons allerminst denkbeeldig.

### Voorlopige conclusies

Wat betekent dit alles voor de huisarts? Wij geven drie aspecten globaal aan:

- In de eerste plaats zal de huisarts zo goed als hij kan samen met de patiënt

moeten werken aan het herkennen en zo mogelijk verhelpen van de gepresenteerde gezondheidsproblematiek. De consequenties voor de mogelijkheid om arbeid te kunnen (blijven) verrichten moeten daarbij overwogen worden.

- In geval van ziekteverzuim is het belangrijk zoveel mogelijk te voorkomen dat iemand definitief uit de roulatie raakt. De huisarts moet dit gevaar onderkennen en zo nodig ter sprake brengen. Dit betekent niet dat hij de patiënt maar aan het werk moet sturen. Wel kan hij in een aantal gevallen, in overleg met de patiënt en deskundigen als bedrijfsarts, verzekeringsarts en revalidatiearts, bevorderen dat de arbeidssituatie wordt aangepast aan de (veranderde) mogelijkheden van de patiënt.

- De huisarts moet begrip hebben voor de moeilijke situatie die kan optreden bij langdurige arbeidsongeschiktheid. Wij zijn ervan overtuigd dat daardoor veel secundaire somatische fixatie kan worden voorkomen. Bovendien is het pas dan mogelijk de patiënt goed op weg te helpen naar een eventuele psychosociale hulpverlening.

Wanneer arbeidshervatting niet mogelijk is, moet de huisarts er voor waken niet te bouwen aan een negatief zelfimage van de betrokkene: dat van iemand die getekend is doordat hij een aandoening heeft en geen betaalde arbeid kan verrichten. Het stimuleren van de aandacht voor „wat nog wel goed is”, en wat men aan positieve mogelijkheden heeft wordt dan belangrijker. Dit schrijvende realiseren we ons dat deze benadering voor mensen die direct na school een alles opslopend arbeidsbestaan in zijn gegaan, wel erg onwettelijk kan klinken. Wanneer het niet meer is dan een preek of een schouderklopje, heeft deze opstelling ook weinig waarde.

### Ziekteverzuim-bevorderende factoren

In het voorgaande kwamen ook preventieve aspecten aan de orde. Daarbij ging het vooral om het waar mogelijk tegengaan van de negatieve gevolgen van langdurig ziekteverzuim. Een primair preventief doel zou zijn het op verantwoorde manier elimineren van de factoren die het verzuim bevorderen of te weegbrengen. Wij zullen twee terreinen aangeven waarop de huisarts ons inziens een rol kan spelen, te weten:

- de arbeidsomstandigheden;
- de organisatie van de professionele zorg.

- *De arbeidsomstandigheden*. Arbeidsomstandigheden vormen een factoren-

complex dat vaak sterk verzuim-bevorderend werkt. Men zou zelfs kunnen zeggen dat elk bedrijf het ziekteverzuim heeft dat het verdient. Van de verschillen in ziekteverzuim tussen bedrijven is 50 tot 60 procent te verklaren uit organisatiekenmerken van die bedrijven (*De Graaf*).

*Wiersma* onderscheidt op dit gebied twee groepen verzuim-bevorderende factoren:

– werkbezwaren, zoals fysiek belastende werkomstandigheden, ploegendienst en individueel tariefwerk; veel mensen met een laag opleidingsniveau hebben dergelijk werk;

– een minder goede sociale organisatie van het bedrijf; een klimaat waarin aandacht wordt geschonken aan onderlinge verhoudingen en communicatie, en waarbij delegatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden plaatsvindt, heeft minder ziekmeldingen en korter ziekteverzuim tot gevolg.

• *De organisatie van de professionele zorg.* Er zijn enkele min of meer iatrogene bepaalde factoren beschreven die verzuim-bevorderend en indirect invaliderend werken:

– het veelvuldig optreden van wachttijden in de gezondheidszorg; *Tordoir* (1978) vond bij 862 verzuimgevallen, dat 20 procent van de gemiddelde verzuimduur op rekening kwam van wachttijden;

– de slechte samenwerking en communicatie tussen de diverse medici; volgens het onderzoek van *De Jong*, dat betrekking had op circa 200 gevallen, speelde dit een rol bij 10 procent van de ziekte-dagen. *Groothoff* (1981) toonde aan dat het hier om een wijdverbreid fenomeen gaat;

– de niet optimale afstemming van ziektewet en WAO; met name uit zich dit in een (te) laat op gang komen van een op re-integratie in het arbeidsproces gericht beleid.

Wij zouden willen vaststellen dat het belangrijk is, dat de huisarts die geen genoegen wil nemen met „puinruimen” als het al te laat is, verband kan leggen tussen gezondheidsklachten en werksituatie. Daarbij zal overleg met de bedrijfsgezondheidszorg, indien aanwezig, vaak nuttig zijn, evenals het wijzen op het bestaan van vakbonden. Zo'n manier van werken kan, behalve voor de direct betrokkene, ook vruchten afwerpen voor anderen die in dezelfde situatie verkeren. Ook is te verwachten dat bijdragen van de huisarts aan een betere coördinatie van de professionele

zorg het risico op invalidering kunnen verlagen. Immers: hoe korter je eruit bent, des te gemakkelijker kun je er weer in stappen.

### Professionele zorg nader bekeken

Mensen die om welke reden dan ook niet kunnen werken, hebben te maken met vele functionarissen. Als het om ziekte gaat, zijn de belangrijkste de huisarts, de rapporteur ziektewet, vaak een of meer specialisten en, als het langer duurt, de verzekeringsarts en eventueel de arbeidsdeskundige. In totaal een ingewikkeld netwerk – dat is het al voor de professionals zelf, laat staan voor de zieke werknemer.

In welke mate heeft men nu met welke arts te maken?

Wie wat langer zijn werk verzuimt, komt in het algemeen bij de huisarts terecht, ook degenen die dat zelf overbodig of niet zinvol vinden. De Ziektewet schrijft namelijk voor dat een verzekerde zich bij arbeidsongeschiktheid binnen redelijke termijn onder behandeling moet stellen. In een onderzoek dat *Groothoff* (1981) deed bij „driemaandszieken” bleken allen dat inmiddels ook gedaan te hebben. *Van Praag e.a.* vonden bij 383 respondenten dat men in de eerste vijf Ziektewetmaanden de huisarts gemiddeld 5,9 keer bezocht. Ter vergelijking: het huisartsconsultatiecijfer voor heel Nederland ligt rond de 4 per jaar.

*Groothoff* (1981) vond ook dat 63 procent van zijn onderzoekspopulatie binnen drie maanden naar een specialist was verwezen. Hij concludeert dat mensen die arbeidsongeschikt zijn, in drie maanden vaker worden verwezen dan de gemiddelde ziekenfondsverzekerde in een heel jaar. Meer dan de helft van de verwijzingen geschiedt binnen de eerste maand. Na de eerste maanden nemen de contacten met huisarts en specialist af.

De verzekeringsarts wordt bij 85 procent van alle ziekmeldingen niet betrokken. De meeste mensen gaan weer aan het werk zonder hem te consulteren. Wanneer men langer ziek is, blijkt de verzekeringsarts niet altijd even goed op de hoogte. In het onderzoek van *Groothoff* (1981) bijvoorbeeld waren de verzekeringsartsen in bijna de helft van de gevallen ten onrechte van mening dat de betrokkene weer aan de slag was. Wordt de patiënt wel begeleid, dan is de vraag of dit wel effectief is: van de mensen die een half jaar in de Ziektewet zijn, komt 60 procent in de WAO, en van

de WAO-ers komt 80 procent nooit meer aan het werk.

En dan de bedrijfsarts. Allereerst is er het probleem dat tot nu toe circa 70 procent van de werknemers geen beroep kan doen op een bedrijfsarts. Kleinere, maar vaak niet minder gevaarlijke bedrijven moeten het zonder zo'n functionaris doen. Daar komt nog bij dat de bedrijfsarts – indien wel aanwezig – naar het oordeel van de werknemers vaak niet voldoende op de hoogte is van de specifieke gezondheidsproblemen die een bepaalde werksituatie met zich mee kan brengen (*Smulders*).

Al eerder werd gewezen op de gebrekkige samenwerking van huisartsen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en specialisten ten aanzien van problemen rond arbeidsongeschiktheid. Er bestaat zowel bij verzekeringsarts als huisarts grote onzekerheid over de vraag welke functionaris nu de coördinerende figuur is bij begeleiding en werkhervatting (*Groothoff* 1981). Kennelijk is de onderlinge taakafbakening tussen de betrokken medici erg onduidelijk. Een extra complicatie daarbij is dat zij rekening moeten houden met uiteenlopende belangen. Voor patiënten die niet zelf coördinerend gaan optreden – en hoeveel mensen doen dat wanneer zij in een ziekenrol zitten met veel deskundigen om zich heen – werkt dit alles weinig heilzaam.

Op één belangrijk punt is er overeenkomst tussen huisarts, specialist en verzekeringsarts: de prognose van werkhervatting en de termijn daarvan wor-



VAN WERKEN IS NOG NOOIT, SMIT,  
NOG NOOIT IEMAND DOODGEGAAN

den door alle drie in het algemeen veel te optimistisch gesteld (Groothoff 1981). Het lijkt ons dat ook dit de begeleiding niet ten goede komt. In de behandelingssector, maar zeker ook in de controle en de begeleiding van ziekteverzuim kunnen nu eenmaal weinig zekerheden worden verschaft over de consequenties van bepaalde klachten en aandoeningen voor het werk en over de mogelijkheden het werk aan te passen. Vaak vergeet men dit en doet veel te harde uitspraken, soms over het hoofd van de patiënt heen.

Het is niet verrassend meer te horen dat de vele en veelsoortige contacten met medici en instanties door patiënten als problematisch worden ervaren. Zo meldt Van Zaal (1978) bij tweënvijftig van honderd ondervraagde cliënten wisselende tot negatieve ervaringen met GMD-medewerkers. De situatie is zelfs zo, dat iets als tevredenheid over de contacten met allerlei instanties nauwelijks is te onderzoeken, doordat de ondervraagden vaak niet weten waarvoor zij eigenlijk bij een bepaalde instantie waren, en waar deze instantie voor was of werkte (Merens 1975).

We trekken weer een conclusie voor de huisarts. De huisarts is meestal de eerste en vaak de enige arts die men bezoekt in geval van ziekteverzuim. Bijna iedereen komt in een betrekkelijk vroeg stadium bij hem terecht. Dit brengt met zich mee dat de huisarts bijzondere mogelijkheden heeft (gezondheids)problemen die verband houden met of consequenties hebben voor de werksituatie te signaleren, en daarop tijdig actie te ondernemen, samen met de patiënt. Dit zou bovendien het voordeel hebben dat de patiënt meer vertrouwen in het geheel kan hebben, en dat de coördinatie gemakkelijker verloopt.

### Sociale ongelijkheid

Arbeidsongeschiktheidsproblematiek vertoont veel aspecten van sociale ongelijkheid. Niet iedereen heeft namelijk een even grote kans om er in verstrikt te raken

– *Lager geschoolde en minder goed betaalde werkers* zijn vaker ziek, en hebben een hogere kans op ziekteverzuim (Becker) en de prognose met betrekking tot herstel en werkhervatting is slecht. Dit lijkt vooral samen te hangen met het veelal belastende karakter van het werk en de werkomstandigheden, en – als zij eenmaal met werken gestopt zijn – het gebrek aan nieuwe mogelijkheden op de arbeidsmarkt (Merens 1980). Het grootste deel van de mensen die ar-

beidsongeschikt zijn, behoort dan ook tot de laagste inkomensgroepen. Het gemiddelde inkomen ligt vlak boven het minimumniveau, en meer dan de helft ontvangt het minimuminkomen (Groothoff 1980).

*Ouderen* verzuimen langer en raken vaker blijvend uitgeschakeld.

*Vrouwen* hebben een wat hoger ziekteverzuim. *Schokking* wijst erop, dat niet de zogenaamde dubbele belasting van gezin en werk hierbij een hoofdrol speelt, maar – naast de gezondheidsklachten zelf – veeleer het belang dat toegekend wordt aan het werk, en het plezier in en op het werk. Het werk van vrouwen is nogal eens minder prettig en lager gewaardeerd.

De huisarts, hooggeschoold, goed betaald, meestal mannelijk en steeds meer behorend tot de jongere leeftijdsgroepen, zal extra moeite moeten doen om zich met deze groepen te identificeren en met hen te communiceren. Zou dit overigens een deel van de verklaring kunnen zijn voor de geringe vertrouwelijkheid van veel huisartsen met problemen op het gebied van arbeid en arbeidsongeschiktheid?

### Dagelijks werk voor de huisarts

Hoe vaak krijgt de huisarts nu te maken met patiënten die problemen hebben op het beschreven gebied?

Als men zou aannemen dat patiënten die in de categorie ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid/werkeloosheid vallen, even vaak als anderen een beroep zouden doen op de dokter, dan leert een eenvoudig rekensommetje dat zij in een doorsneepraktijk een tiende van de consulten voor hun rekening nemen. Zoals uit de literatuur bleek, komen zij echter tot een veel hogere consumptie. Nu zal natuurlijk niet in al deze gevallen het vraagstuk arbeid-gezondheid centraal staan tijdens het consult. Aan de andere kant zijn er ook mensen die wel met zo'n probleem zitten zonder dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid of werkeloos zijn. Een klachten- en probleemregistratie aan het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit verricht bij 725 consulten, leverde op dat in een op de tien consulten „werk” als probleemcategorie naar voren kwam (Knotnerus). Men kan ervan uitgaan dat de huisarts zich vaak slechts bewust is van het topje van een ijsberg. Alleen al ten aanzien van langdurig verzuim – wanneer de kans op behandeling door de huisarts bijna 100 procent is – vond Groothoff (aangehaald door Wiersma), dat de huisarts in 25 procent van de gevallen

niet op de hoogte was van de arbeidsongeschiktheid. Het maakte weinig verschil of het nu ging om een verzuimduur van drie, zes of negen maanden.

### De rol van de huisarts

Wij hebben in vogelvlucht een aantal aanknopingspunten geïnventariseerd voor de betrokkenheid van de huisarts bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. We konden daarbij niet volledig zijn. Ook was het onze opzet niet om algemene gedragslijnen of een takenpakket voor de huisarts te schetsen. Wel is onze persoonlijke opvatting dat dit probleemveld erbij hoort. Vanuit die optiek maken wij de volgende afsluitende opmerkingen.

Het feit dat de huisarts vaak niet weet of een patiënt al dan niet arbeidsongeschikt is of in de ziekteverzuim „loopt”, ook niet na het consult, hoeft op zich geen probleem te zijn. De patiënt heeft recht op zelfbeschikking en privacy. Het valt echter ernstig te betwijfelen of hier sprake is van een weloverwogen en bewuste keuze. Zo concludeert Jordans uit haar onderzoek dat, hoewel arbeidsongeschikten de huisarts zien als „ideale vertrouwensman”, het hen toch moeilijk valt hun problemen bij hem aan de orde te stellen. Daardoor weet de huisarts niet dat er een grote behoefte is aan zijn hulp. Deze hulp is niet zozeer „het oplossen van allerlei problemen”, maar „vooral het geven van vertrouwen aan iemand die soms in vrijwel alle opzichten vertrouwen en zekerheid mist” (Jordans). Ook Merens vond een dergelijke blokkade: allerlei problemen waar men met artsen over wilde praten, kwamen niet of onvoldoende aan bod, niet alleen de mogelijkheid tot werkhervatting, maar ook de aandoening zelf, de behandeling en de prognose. Dit alles onderstreept nog eens het belang om als huisarts open te staan voor problemen die (kunnen) samenhangen met werken en niet-werken.

Tegenover de kansen die er voor de huisarts zijn om op positieve wijze op deze problemen in te spelen, staan de mogelijkheden die hij heeft om de toestand te verergeren. Zo is bijvoorbeeld een kritisch omgaan met verwijzingen naar de specialist gewenst. Daar waar een grotere kans is op verwijzing, is immers ook het risico op somatische fixatie en medicalisering toegenomen. Verwijst de huisarts wel, dan zal hij moeten anticiperen op iatrogene gevaren als lange wachttijden en gebrekkige communicatie met de specialist. Anders zou hij weleens kunnen bijdragen aan

invaliderende hulpverlening. Om dezelfde reden zal hij geen uitspraken moeten doen die hij niet, of niet met die mate van stelligheid, kan verantwoorden. De huisarts kan een bijdrage leveren om te voorkomen, dat problematiek die geheel of gedeeltelijk elders ligt (en vaak is dit het werk), in individueel-medisch vaarwater komt en daarmee onoplosbaar wordt. Waar mogelijk is het van belang samen met de patiënt bruggen te slaan naar een ziek-makende werksituatie. Tijdens verzuim kan de huisarts, zo betoogt ook Kuiper, participeren in de begeleiding van de zieke werknemer, teneinde dit verzuim een zo groot mogelijke gezondheidswinst te doen opleveren.

Wanneer de huisarts als „coach” optreedt van de nu eenmaal in vele opzichten kwetsbare patiënt, kan hij reële hulpverlening bieden. De huisarts kan deze coach-rol vervullen zonder gehinderd te worden door de noodzaak ook andere belangen, van bedrijf of verzekeringspot, te behartigen. Ten behoeve van deze functie kan hij terugvallen op medehulpverleners in de eerste lijn. Onze ervaring is dat het algemeen maatschappelijk werk en een bureau voor rechtshulp veel kunnen betekenen.

Basale kennis van de huisarts op het gebied van de sociale verzekering is noodzakelijk. Vaak heeft de patiënt juist ook op dit gebied behoefte aan eenvoudige adviezen en bewegwijzering, terwijl het te ver zou gaan hem bij ieder vraagje te verwijzen. De bedrijfsarts en verzekeringsarts kunnen een consultatieve rol vervullen als het over specifieke bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige aspecten gaat.

Wij zijn ons ervan bewust dat wij hiermee komen op de altijd actuele discussie over de scheiding van behandeling en controle. Daarop gaan we hier niet uitgebreid in. Wel moet duidelijk zijn dat wij, met Mertens, de verantwoordelijkheid van de patiënt en zijn adviseur, de behandelaar, centraal stellen. Aan de ziektewetcontrole in engere zin is ons inziens de basis ontvallen (zoals De Boer terecht betoogt), zeker in een tijd dat de mondigheid van de patiënt overal sterk benadrukt wordt. Bovendien zou het wel eens dit controle-element kunnen zijn dat het bestaande begeleidingsstelsel zo ondoorzichtig maakt.

Uiteraard zijn er vele problemen die zich aan de directe invloedssfeer van patiënt en hulpverleners onttrekken. Wij denken bijvoorbeeld aan de geringe prioriteit die gezondheidsvraagstukken in veel bedrijven hebben. Of de politieke oplossingen die nodig zijn op het

gebied van werkgelegenheid, ook voor „gehandicapt”, en humanisering van de arbeid. Daarnaast willen we nog wijzen op het bestaan van zelfhulpgroepen en belangenorganisaties van WAO-ers. Het delen van met anderen moeilijk te delen gevoelens, maar ook het omzetten van passiviteit in maatschappelijke strijdbaarheid krijgen dankzij deze groeperingen meer kans.

*Samenvatting. De auteurs hebben de indruk dat veel huisartsen over het algemeen weinig betrokken zijn bij problemen op het gebied van arbeid en arbeidsongeschiktheid. De maatschappelijke ontwikkelingen waarbij steeds meer mensen vanwege gezondheidsproblemen buiten het arbeidsproces komen te staan, vragen echter om een nadere bezinning op de rol van de huisarts. Ingegaan wordt op de beleving van welzijn en gezondheid door arbeidsongeschikten, en enkele risicogroepen worden genoemd. Met behulp van literatuurgegevens wordt vervolgens het functioneren van de professionele zorg doorgelicht; daarnaast wordt enig inzicht in de mate waarin de huisarts dagelijks te maken krijgt met problemen op het gebied van werken en niet-werken. De auteurs bepleiten een coach-rol voor de huisarts voor de langdurig zieke werknemers.*

*Summary. Work and inability to work. 1. The role of the general practitioner. The authors have gained the impression that many general practitioners are generally insufficiently concerned with problems of work and inability to work. However, social developments in which more and more people are eliminated from the labour process due to health problems require reconsideration of the role of the general practitioner. The perception of well-being and health of those who are unable to work is discussed, and some risk groups are mentioned. Next, the functioning of professional care is analysed with reference to data from the literature; moreover, some insight is given into the extent to which general practitioners are confronted daily with problems of work and inability to work. The authors recommend a coaching role of the general practitioner for chronically ill employed persons.*

Becker, J. W. Ziekteverzuim en sociale ongelijkheid. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, supplement, 74-76.

Boer, L. de. Afschaffing medische ziektewetcontrole. (1976) *Med. Contact* 31, 801-803.

Graaf, L. de. Verzuim bestrijding en humanisering van de arbeid. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, 490-493.

Groothoff, J. W. Epidemiologie van de arbeidsongeschiktheid. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, supplement, 81-83.

Groothoff, J. W. Gezondheidszorg en 3-maands verzuimgevallen. (1981) *T. soc. Geneesk.* 59, 42-49.

Jaarverslag 1976. *Gemeenschappelijke Medische Dienst, Amsterdam*, 1977.

Jong-Hylkema, J. T. O. de. Maatschappelijk verzuim in cijfers. (1973) *T. soc. Geneesk.* 51, 215-222.

Jordans, J. Arbeidsongeschiktheid, hulpverlening: de huisarts. *Scriptie sociale psychologie, Groningen/Nijmegen*, 1979.

Knottnerus, A. Klachten- en probleemregistratiegroep 78-II. (1979) *HIVU-info* nr. 1, 10-13.

Kuiper, J. P. Arbeidsverzuim als therapeutisch. (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 58-63.

Merens-Riedstra, H. S. Leven zonder werk: een onderzoek bij arbeidsongeschikten. Eerste deelverslag, tweede interimverslag, eindverslag. *NIPGITNO, Leiden*, 1975, 1977, 1978.

Merens-Riedstra, H. S. Leven zonder werk: een onderzoek bij arbeidsongeschikten. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, supplement, 84-86.

Mertens, A. Verzekeringsgeneeskunde. In: W. F. Tordoir (red.). *Sociale geneeskunde in de praktijk. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1978.

Praag, B. M. S. van, e.a. Determinanten van WAO-toetreding; nadere modelvorming en analyse van het tweede vooronderzoek. *Rijksuniversiteit Leiden*, 1979.

Shokking-Siegerist, E. C. Het ziekteverzuim van werkende vrouwen in relatie tot werk- en gezinsomstandigheden. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, supplement, 71-72.

Smulders, P. G. W. De visie van werknemers in drie bedrijven op de bedrijfs-geneeskundige zorg. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, 273-279.

Sociaal en cultureel rapport 1978. Sociaal en Cultureel Planbureau Rijswijk. *Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage*, 1978.

Taken van de huisarts. De Commissie Takenpakket der Landelijke Huisartsen Vereniging. (1977) *Med. Contact* 32, 765-789.

Tordoir, W. F. Projekt „Gezondheidszorg en lange ziekteduren” SVR III, rapport III. *NIPGITNO, Leiden*, 1978.

Wezel, J. van. Beleving van werkloosheid. In: *Werken en niet werken in een veranderde samenleving. Amsterdam*, 1975.

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

Zaal, M. van. Arbeidsongeschiktheid: overbodig of invalide? (1975) *Metamedica* 55, 314-323.

Zaal, M. van. Mening van G.M.D.-klënten. (1978) *Arts soc. Verz.* 16, 47-54.

Zweckhorst, W. A. Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen; een gids voor medici en hulpverleners. *Bunge, Utrecht*, 1979.