

Arbeidsverzuim als therapeuticum

PROF. DR. J. P. KUIPER

Tijdens het laatste N.H.G.-congres, gewijd aan het thema *Arbeid en arbeidsongeschiktheid* – Driebergen, 8 november 1980 – werd door Dr. J. P. Kuiper, hoogleraar sociale geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, de volgende voordracht gehouden.

Behandeling en controle

Een discussie over de betrokkenheid van huisartsen bij de arbeidsongeschiktheid van „hun” patiënten loopt vaak uit op een stellingname ten aanzien van de scheiding van behandeling en controle. *Mertens* geeft een korte beschouwing over het ontstaan van deze scheiding, die hij in de loop van zijn verhandeling obsoleet noemt. Hoewel ik het eens ben met zijn conclusie dat in principe de adviezen inzake arbeidsongeschiktheid door de huisarts gegeven zouden moeten worden, verzet ik mij tegen het in één adem noemen van de termen „behandeling” en „controle”.

Naar mijn mening wordt de term „controle” bij allerlei beschouwingen over ziekteverzuim te vaak veel te ongenueanceerd gebruikt. Pleidooien voor een strengere controle, in de verwachting dat daardoor het ziekteverzuim zou worden gedrukt, raken daardoor alleen reeds kant noch wal. De activiteiten met betrekking tot de uitvoering van de Ziektewet kunnen onmogelijk alle met het begrip controle worden samengevat. Op zijn minst zijn de volgende drie elementen te onderscheiden:

- De eigenlijke *controle* houdt in het toezicht op de naleving van voorschriften waaraan een verzekerde zich heeft te houden indien en zolang hij het recht op enige schadevergoeding (c.q. uitkering) claimt.

- De *expertise* houdt in de vaststelling van de aard en de omvang van de schade en vooral of de vastgestelde schade valt binnen de voorwaarden van de verzekering. Bij de Ziektewet gaat het om de vaststelling of een verzekerde lijdt aan een ziekte die, c.q. een gebrek dat hem ongeschikt maakt zijn arbeid te verrich-

ten. De expert moet dus deskundigheid op drie terreinen hebben: 1) hij moet een ziekte of gebrek kunnen constateren; 2) hij moet weten wat voor arbeid de verzekerde verricht; 3) hij moet een relatie weten te leggen tussen een eventuele afwijking (ziekte of gebrek) enerzijds en de aard van de te verrichten werkzaamheden anderzijds. Op grond van deze drie categorieën gegevens moet hij vaststellen óf en in welke mate er arbeidsongeschiktheid bestaat, die recht geeft op een uitkering wegens loonderving.

- *Begeleiding* van zieke werknemers is de aanduiding van de pogingen om de relatie tussen de verzuimer en zijn arbeid zodanig te herstellen dat het arbeidsverzuim beëindigd kan worden. Deze begeleiding kan tweërlei karakter hebben. Zij kan een strategie van beïnvloedingen inhouden, die er louter op gericht is de verzekerde te bewegen weer naar zijn werk terug te keren. Zij kan ook duidelijk het karakter hebben van een behandeling, een vorm van relationele zorg, die er op gericht is een zo groot mogelijke gezondheidswinst bij de verzekerde tot stand te brengen.

In de moderne verzekeringsgeneeskunde komen deze elementen alle drie voor. Er zijn – voor zover mij bekend – nauwelijks verzekeringsgeneeskundigen te vinden die het accent leggen op de controle: deze wordt in belangrijke mate overgelaten aan rapporteurs. Het eigenlijke werk van de verzekeringsgeneeskundige is het verrichten van expertise. Veel verzekeringsgeneeskundigen trachten in hun werk ook het element van de begeleiding in te voegen. In welke mate dat in de vorm van overreding gebeurt dan wel in de vorm van relationele zorg, is mij niet bekend.

Belangrijk voor de beslissing of behandeling en controle weer samengevoegd moeten worden in het werk van de huisarts, is de vraag in welke sfeer c.q. binnen welk type relatie behandeling respectievelijk controle plaatsvindt. Behandeling is een term die in een hulprelatie thuishoort. In een dergelijke relatie gaat het om de belangen en doeleinden van de hulpvrager. In een hulprelatie heerst een sfeer van vertrouwen die noodzakelijk is, opdat hulpverlener (de actor) en hulpvrager in dialoog kunnen vaststellen wat er schort aan het bestaan van de hulpvrager. Aan de waarheid van het verhaal van de patiënt wordt niet bij voorbaat getwijfeld. Termen als controle en expertise horen niet in een hulprelatie thuis, ze zijn kenmerkend voor een machtsverhouding. De actor (in casu de rapporteur of de verzekeringsgeneeskundige) treedt hier niet in de eerste plaats op om de doeleinden van de verzekerde na te streven, maar om een gemeenschapsbelang (in casu het goed functioneren van de sociale verzekering) te dienen. In de machtsverhouding heerst een sfeer van gepast wantrouwen. Het verhaal van de verzekerde moet blijken waar te zijn.

Een machtsverhouding is noch maatschappelijk, noch ethisch minderwaardig aan een hulprelatie. Men dient de beide maatschappelijke rollen echter wel duidelijk van elkaar te onderscheiden. Tegenover dezelfde gesprekspartner kan de actor niet het ene moment helper en het andere moment gezagsdrager zijn. Dat zou hetzelfde effect hebben als wanneer een beklagde zou merken dat zijn advocaat tevens officier van justitie is. (Zie voor een uitvoeriger uiteenzetting *Kuiper*.)

Deze korte beschouwing over het verschil tussen een hulprelatie en een machtsverhouding leidt tot de conclusie dat behandeling en controle niet door dezelfde functionaris kunnen worden verricht. De huisarts zal ten aanzien van arbeidsverzuim behandelend moeten optreden, maar de expertise en controle kunnen hem niet tegelijkertijd worden opgedragen.

Een gezondheidkundige benadering

Problemen van arbeidsongeschiktheid kunnen niet via een somatologische (= strikt medische) benadering worden opgelost. De somatologie bestudeert de mens als organisme en richt zich, voor zover zij geïnteresseerd is in de beïnvloeding van dit organisme door de buitenwereld, voornamelijk op de materiële aspecten daarvan. Een gezond-

heidkundige benadering is nodig als men rekening wil houden met alle relevante aspecten van arbeidsomgeschiktheid.

Gezondheidskunde kan worden opgevat als het geïntegreerde geheel van alle gezondheidswetenschappen. Zij kan worden omschreven als: de wetenschap die de begunstigen en bedreigen van het gezonde bestaan bestudeert, alsmede van de mogelijkheden om die begunstigen te verwezenlijken en die bedreigen te elimineren. Centraal staat in de gezondheidskunde de belangstelling voor de wisselwerking tussen een menselijk individu en zijn omgeving, of anders gezegd tussen een menselijk lichaam en zijn buitenlichamelijke ruimte. Het begrip wisselwerking richt de aandacht op drie sferen van het menselijk bestaan:

- *De omgeving*, dat wil zeggen de buitenlichamelijke ruimte van de individuele mens. Als synoniem van de term omgeving worden de termen milieu of situatie gebezigd. Als adjectief wordt het woord situationeel gebruikt; dit komt bijvoorbeeld voor in de samenstelling situationele zorg (of situationele interventie), waarmee wordt bedoeld op gezondheidsbevorderende maatregelen ten aanzien van het milieu of ingrepen in dat milieu. De omgeving van het subject kan worden omschreven als de verzameling van beïnvloedingen die een mens ondergaat of kan ondergaan. Zeer globaal kunnen deze invloeden op twee manieren in twee categorieën worden onderscheiden:
 - naar hun aard: materieel-energetische beïnvloedingen en immateriële beïnvloedingen die informatief van aard zijn en daarom ook informatieve beïnvloedingen genoemd kunnen worden;
 - naar hun effect voor de persoonlijke menswording van de mens en daarmee ook voor zijn gezonde bestaan: – begunstigende factoren en – bedreigende factoren.

In *figuur 1* worden van deze vier categorieën omgevingsfactoren enige voorbeelden gegeven. Het subject wordt steeds gelijktijdig beïnvloed door een complex van omgevingsfactoren, van begunstigende zowel als van bedreigende, van materiële zowel als van immateriële aard. Bij het stellen van een diagnose wordt analytisch gezocht naar monovalente factoren, maar in werkelijkheid gaat het altijd om polyvalente beïnvloedingen.

- *De structurele kern* van het individu.

Figuur 1. Categorieën omgevingsfactoren.

Beïnvloedingen Effecten	Materieel-energetische	Informatieve
	Begunstigen	Nutriënten, water, kleding, onderdak
Bedreigen	Giftige stoffen, schadelijke straling, mechanische gevaren	Gebroken gezin, vijandschap van medemensen, werkloosheid, dictatuur

Daarmee wordt bedoeld op het min of meer kenmerkende, in verschillende omstandigheden steeds weer herkenbare van een individu. Het is de totaliteit van alle, slechts zeer langzaam veranderende en met elkaar samenhangende, organische, psychische en geestelijke structuren van het individu, met de daarbij behorende functies, variërende van vingerafdrukken tot stemkarakteristieken en persoonlijkheidsstructuur. Men kan de structurele kern ook omschrijven als het „apparaat” waarmee een individu het moet doen bij zijn omgang met de wereld. Voorts kan de structurele kern worden opgevat als de „plaats” waar structurele veranderingen plaatsvinden als gevolg van beïnvloeding door omgevingsfactoren. Dit zijn de relatief snelle veranderingen, die onderscheiden moeten worden van de zeer langzame veranderingen die structuren nu eenmaal op natuurlijke wijze ondergaan. Structurele veranderingen kunnen opbouwend van aard zijn, waardoor het menselijk apparaat deugdelijker, genuanceerder, omvangrijker en betrouwbaarder wordt dan het tevoren was. Ze kunnen ook destructief van aard zijn en zich openbaren als ziekte of gebrek.

- *De functionele schil* van het subject. Hiermee wordt bedoeld op de buffer tussen de structurele kern en de omgeving. Het is de „plaats” waar de reacties van het lichaam* op de beïnvloedingen plaatsvinden, de zogenaamde functionele veranderingen. Voorbeelden van functionele veranderingen zijn: de pols-

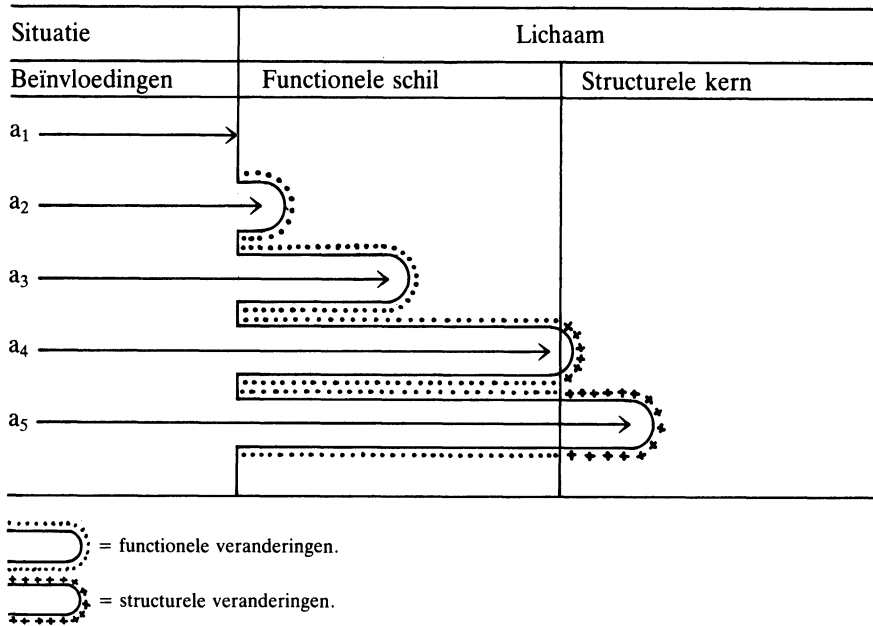
* Met lichaam bedoel ik niet de onduidelijk omschreven term lichaam van het dagelijkse taalgebruik en nog minder het gereduceerde lichaam, dat in het medische jargon als soma wordt aangeduid, maar het denkende, voelende en handelende wezen van vlees en bloed; het wezen dat wij onszelf weten te zijn en dat wij herkennen als medemens. Voor mij zijn daarom termen als subject, individu en menselijk lichaam vrijwel synoniem.

versnelling bij het traplopen, de zweetsecretie bij verblijf in de warmte, het blozen bij het aanhoren van een loftuiting, de stemverheffing bij het spreken in lawaai, het bleek worden als iemand beledigend optreedt, enzovoort. De functionele schil is het symbool voor de weerbaarheid van de mens. Omgevingsfactoren zullen altijd zwakkere of sterkere functionele veranderingen teweegbrengen voordat er sprake is van structurele veranderingen.

De onderlinge relatie van situatie, structurele kern en functionele schil is in *figuur 2* nog eens grafisch voorgesteld: a_1 tot en met a_5 zijn beïnvloedingen van verschillende sterkte (product van intensiteitsduur van een zelfde omgevingsfactor). Voor a kan elke willekeurige omgevingsfactor worden ingevuld. Wel dient te worden opgemerkt dat het reactiepatroon bij informatieve beïnvloedingen heel wat gecompliceerder is dan bij de materieel-energetische beïnvloedingen. Het gaat hier in principe om een drietal aspecten van menselijk zijn, de beïnvloeding door informatie, het affect dat daarmee gepaard gaat, en de hiermee samenhangende actie. De onderlinge verwevenheid van deze drie aspecten is grafisch weergegeven in *figuur 3*; voor een nadere beschouwing zij verwezen naar *Kuiper* (pp. 47-75 en 138-139).

De actuele kans op een gezond bestaan van een individu wordt niet alleen bepaald door de polyvalente beïnvloeding die hij ondergaat, maar tevens door de toestand van zijn structurele kern en de aard van zijn functionele veranderingen. Dit hele complex is een constellatie van begunstigende en bedreigende factoren. De gezondheidskunde heeft tot diagnostisch doel de bestudering van dergelijke constellaties en de meer of minder belangrijke positie die bepaalde

Figuur 2. Inwerking van beïnvloedingen op het menselijk lichaam.

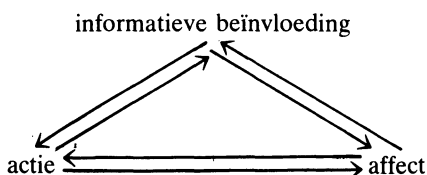


factoren daarin innemen. Het „therapeutisch” doel van de gezondheidkunde is om een bestaande constellatie te wijzigen in een zo mogelijk gunstiger constellatie. Lukt dat, dan is er sprake van gezondheidswinst; anders gezegd: van een gezondheidkundig relevante prestatie.

Dat de interactie tussen de mens en zijn omgeving niet louter een theoretische constructie is, bewijst wel het grote aantal woorden in onze taal waarin aspecten van de relatie tussen mens en milieu tot uitdrukking worden gebracht. Zij bevat daarvan minstens drie categorieën:

- woorden die zowel een aanduiding bevatten van een aspect van de buitenlichamelijke werkelijkheid als van een eigenschap van het menselijk lichaam; in de volgende voorbeelden is het woorddeel dat een hoedanigheid van de omgeving aanduidt, cursief gedrukt: *lastdrager*, *arbeidsgeschiktheid*, *schoolrijpheid*, *milieubewustheid*;
- woorden die duiden op het karakter der functionele veranderingen: *belasting*, *bevrediging*, *ontspanning*, *openheid*, *dissatisfactie*, *ergernis*, *hinder*; dat zijn dus woorden die

Figuur 3. De drie aspecten van het menselijk zijn in hun onderlinge verwevenheid.



aanduiden wat er binnen de mens gebeurt als hij de wereld op een bepaalde wijze aantreft;

- woorden die meer rechtstreeks de aard van de relatie tussen mens en wereld aanduiden: *gelijkwaardigheid*, *vriendschap*, *vijandschap*, *solidariteit*, *communicatie*, *stofwisseling* enzovoort.

Wat mag een mens van zijn werk verwachten?

In het voorafgaande werd omgeving beschreven als de verzameling van alle beïnvloedingen die een mens kan ondergaan, een optelsom van een onbepaald groot aantal monovalente beïnvloedingen, gebundeld in een steeds variërend samengestelde polyvalente beïnvloeding. Een polyvalente beïnvloeding kan – afhankelijk van het gezichtspunt dat men kiest – met verschillende termen worden aangeduid. In de bedrijfsgeneeskunde is men reeds jaren gewend de polyvalente beïnvloeding met de term *last* of *uitwendige belasting* aan te duiden. De functionele veranderingen bij het subject als gevolg van de last worden aangeduid met de term *inwendige belasting*, *fysiologische belasting* of *functionele belasting*. De eigenschap van de structurele kern om een last te kunnen dragen wordt *belastbaarheid* genoemd.

Vanuit een andere optiek kan de polyvalente beïnvloeding worden gezien als een polyvalent voorzieningssysteem (*Stalpers*) van menselijke behoeften. Bij deze gedachtengang wordt ervan uitgegaan dat de omgeving van de mens in haar totaliteit in alle menselijke behoeften moet voorzien. In dit omniva-

lente voorzieningssysteem kunnen een aantal subsystemen worden onderscheiden – compartimenten in de totale situatie – die ieder voor zich een specifiek polyvalent voorzieningssysteem zijn. De functionele veranderingen als reactie op deze clusters van beïnvloedingen kunnen met de term *bevrediging* worden aangeduid en de hoedanigheid van de structurele kern die correspondeert met het aanbod van voorzieningen kan omschreven worden als *behoefte*. Weer een andere optiek doet de wereld verschijnen als bron van informatie, de daarbij behorende functionele veranderingen als *informatieverwerking* en de structurele kern als de *binnenwereld* van de mens, het model dat hij zich van de buitenwereld in de loop van zijn leven vormt en dat hem bij zijn oriëntatie in die wereld ten dienste staat.

In beginsel is het aantal gezichtspunten onbeperkt. Welke optiek men kiest, zal afhankelijk zijn zowel van de situatie als van de voorkeur van de onderzoeker. Voor de behandeling van het onderhavige onderwerp is de vraag relevant wat een individu redelijkerwijze mag verwachten van zijn situatie. Van het antwoord op die vraag hangt af of een actuele situatie aanvaardbaar is of niet. Om te beginnen dient vastgesteld te worden dat elke situatie haar eigen verwachtingen schept. Van een huwelijk mag iets anders verwacht worden dan van de arbeid, van een voetbalwedstrijd iets anders dan van een concert. In de ene situatie mag de last groter zijn dan in de andere, zullen er andere behoeften bevredigd moeten worden, zal er een andere verhouding zijn tussen vrijheid en gebondenheid, zal er andersoortige informatie zijn dan in de andere. Met betrekking tot het onderwerp van dit artikel is het meest relevant de vraag wat een mens van zijn werk mag verwachten. Een werker mag verwachten dat hij een bepaalde last krijgt opgelegd, dat niet al zijn behoeften in de arbeidssituatie worden bevredigd, dat zijn vrijheid in bepaalde mate wordt beperkt, dat de inspanning groter zal zijn dan de ontspanning. Dit is allemaal in overeenstemming met de aard van de arbeid als sociaal gegeven. Arbeid wordt veelal omschreven als „het voorzien in de behoeften van anderen”. Daarom is arbeid binnen het menselijk bestaan een complement van zelfzorg. In de arbeid draait het niet primair om de werker, maar om de ander, de onderneming, de samenleving. Arbeid kan daarom ook wel omschreven worden als het ter beschikking stellen van eigen tijd en ruimte voor anderen.

Dat betekent niet dat de werker zijn eigen belang, zijn mogelijkheden tot persoonlijke menswording daarbij op het spel moet zetten. In tegendeel, hij heeft het recht – en daarmee eigenlijk ook de plicht – zijn eigen identiteit te behouden en ook in en door de arbeid zijn eigen levensverhaal te schrijven. Op grond daarvan mag hij in een rechtsstaat ook verwachten, dat de arbeid niet zoveel van hem vergt dat hij overbelast raakt, dat zijn vrijheid niet zo beknot wordt dat hij niet meer is dan een dwangarbeider, en dat zijn inspanning niet zodanig zal zijn dat hij er overspannen van wordt. Hij mag ook verwachten dat de arbeid bepaalde behoeften bevredigt. Het is redelijk dat hij verwacht dat de arbeid afwisselend is, dat hij een bepaalde autonomie heeft in de keuze van materiaal en werkmethode, dat hij zich kan identificeren met de arbeid en dat hij uit het resultaat van zijn inspanningen feedback krijgt over de kwaliteit van zijn werk (*Cornelis*). Als deze redelijke verwachtingen in belangrijke mate niet worden vervuld, mag men de werker objectief gezien gedeprimeerd noemen.

Achterstand en compensatie

Kenmerkend voor alle levende wezens is, dat zich binnenin hen een ingewikkeld spel afspeelt van afwisselend grotere en geringere activiteiten op allerlei niveaus van het organisme. Over deze endogene (bio)ritmiek hoef ik in een tijdschrift dat zich in de eerste plaats op medici richt niet uit te weiden. Belangrijk is de notie dat het naar buiten gerichte gedrag van de mens dikwijls niet in overeenstemming is met de interne, voor dit individu kenmerkende ritmiek. Enigszins populariserend gezegd: mensen luisteren lang niet altijd naar „de wijsheid van hun lichaam”. Voor een deel is dat „eigen(wijze) keuze”, voor een belangrijk deel is dat bepaald door het beslag dat de omgeving (door verplichtingen) op het individu legt.

De schommelingen van de activiteiten dienen te verlopen tussen vaak enge grenzen. Als het organisme niet voor bijzondere opgaven wordt gesteld, verlopen deze schommelingen ruim binnen de fysiologische grenzen. Zodra door een of andere invloed of inspanning die grenzen in lichte mate worden overschreden, treden regulatiemechanismen op, die voorkomen dat de amplitudo der schommelingen te groot zou worden. Deze regulatie kan „spontane compensatie” worden genoemd. Als de beïnvloeding te sterk is of lang aanhoudt,

ziet het organisme – maar deze redenering geldt mutatis mutandis ook voor de mens als psychisch wezen en als zingever – geen kans om binnen de duur van de beïnvloeding voldoende te compenseren. Er ontstaat daardoor een achterstand.

Idealiter zou arbeid zo gestructureerd moeten zijn en zouden de arbeidsomstandigheden zo gunstig moeten zijn, dat de werkende mens genoeg zou hebben aan zijn spontane compensatie. Voor een belangrijk deel is dat inderdaad het geval bij mensen die hun eigen werk kiezen en in eigen tempo op eigen wijze uitvoeren. Het lukt de meeste mensen niet om tijdens hun activiteiten hun achterstand voldoende in te halen. Daarom zal in de praktijk naast de spontane compensatie ook altijd sprake moeten zijn van opzettelijke compensatie. Deze compensatie kan worden opgevat als een proces van herstel naar de oorspronkelijke toestand, althans naar een nieuw fysiologisch evenwicht.

In een proces van gezonde of ideale ontspanning onderscheidt *Böttcher* vier fasen. De eerste fase noemt hij de fase der distantie. Daarin is sprake van een zich absoluut onttrekken aan de arbeid. De tweede fase is die van de globale polarisatie. De recreant is zoekende naar een complex van activiteiten die polair tegengesteld zijn aan de voorafgaande activiteiten. In de derde fase is er sprake van een gerichte (complementaire) polarisatie. De bezigheden van de recreant vormen een spiegelbeeld van de activiteiten die aan de recreatie voorafgingen. De lasten worden afgeschud, de tekorten aangevuld, de vrijheid hernomen. In de vierde fase – die der integratie – wordt het proces van ontspanning afgerond. In plaats van de afkeer van het werk in de eerste fase is er een nieuwe toewending naar de arbeid. De ontspannen recreant heeft er plezier in weer met zijn werk te beginnen.

Het proces van compensatie kan op verschillende manieren vastlopen, zodat er geen echte ontspanning optreedt en geen frisse, nieuwe toewending. In de eerste fase kan óf de distantie geheel ontbreken (bijvoorbeeld door een neurotische instelling tegenover de eigen arbeidstaak) óf de „pseudocompensatie” kan uit louter distantie bestaan en daardoor „diffuus”, ongepolariseerd blijven. De polarisatie zelf kan ook gebrekkig zijn. De recreant vindt niet de juiste tegenpositie van de voorafgaande polyvalente beïnvloeding. De tijdens de arbeid ervaren vervreemding kan zo worden afgewisseld met een vervreemdend gebruik van „vrije tijd”. Ook wan-

neer de globale polarisatie redelijk goed gelukt, komt de complete, meer gedetailleerde, spiegelbeeldende polarisatie niet altijd tot stand. De vrijetijdsactiviteiten vormen dan slechts een schijncomplement van de arbeid. Storingsfactoren van de arbeid worden onvoldoende geneutraliseerd. In dergelijke gevallen blijven mislukkingen en teleurstellende ervaringen uit de arbeidssituatie op subperceptief niveau werkzaam.

Het ontbreken van de vierde fase betekent onverschilligheid, resignatie of zelfs bewuste negatie met het oog op toekomstige, onvermijdelijke uitdagingen. De innerlijke emigratie, de vlucht naar een wereld zonder uitdagingen en verantwoordelijkheid leidt tot spanningen en conflicten als toch opnieuw arbeid moet worden verricht. Arbeid blijft voor mensen wier compensatie geen integratie heeft meegebracht een corpus alienum in hun levensplan.

In de gegeven, door *Böttcher* geïnduceerde beschouwing wordt het belang van de structuur van de compensatie aan de orde gesteld. Het principe daarvan is de complementariteit van de recreatieve activiteiten. Naast de structuur is de duur van de ontspanningsperiode van belang. Deze heeft niet zo zeer met de aard, als wel met de intensiteit van de voorafgaande beïnvloeding te maken. Ik geef een paar eenvoudige voorbeelden: Het structurele (complementaire) aspect van een pauze na arbeid in de hitte is verblijf in een koele ruimte. De noodzakelijke duur van het verblijf in die ruimte wordt bepaald door de hoeveelheid extra warmte die afgegeven moet worden. De structurele compensatie voor verblijf in lawaai is een verblijf in de stilte. Indien de compensatoire pauze ervoor dient om de tijdelijke gehoordrempelverhoging ongedaan te maken, dan moet het verblijf in een rustige omgeving vaak veel langer duren dan het voorafgaande verblijf in het lawaai. Iets dergelijks is het geval bij het uitschutten (decompressie) na een periode van arbeid onder hoge druk. Behalve de hier genoemde arbeidspauze kennen we een aantal andere perioden die bedoeld zijn, althans benut kunnen worden als recreatie: de vrije avond, het weekend, de vakantie. En dan, als een bijzondere mogelijkheid geschapen door ons stelsel van sociale zekerheid: het arbeidsverzuim.

Arbeidsverzuim als therapeuticum

Er zijn verschillende redenen om tegen de contractuele verplichtingen in niet op

de arbeidsplaats te verschijnen. Op deze plaats zal ik mij alleen bezighouden met de staking van arbeid waarvoor de werknemer schadeloosstelling op grond van de Ziektewet claimt. Ik zal voortuutgaan van de gevallen waarin er inderdaad sprake is van een gestoorde arbeidsrelatie en waarbij arbeidsverzuim kan bijdragen aan een herstel van die relatie.

De taak van de huisarts is niet – zoals aan het begin van dit artikel reeds werd gesteld – om te controleren, noch om expertise te verrichten. Hij hoeft niet vast te stellen of er een ziekte of gebrek aanwezig is, waardoor de verzekerde zijn werk niet kan verrichten. Hij moet zich wel een voorstelling vormen van de aard van de verstoorde relatie tussen een mens en zijn arbeid en een oordeel over de gezondheidkundige relevantie van een eventueel arbeidsverzuim als compensatoire pauze. Er bestaat geen tegenstelling tussen het werk van de huisarts en dat van de verzekeringsgeneeskundige. Hoewel hun oogmerken verschillen zullen ze het in veel gevallen eens zijn over zowel de gerechtigdheid van het verzuim als over de duur ervan. Alleen zal de een meer de nadruk leggen op de ziektekundige legitimiteit van het verzuim en de ander op de gezondheidkundige relevantie.

Om de verzuimende werknemer bij te kunnen staan in optimaal gebruik van toegestaan verzuim dient de begeleidende huisarts bij zijn relationele zorg de volgende vragen te stellen. Waar ligt het zwaartepunt van de verstoorde arbeidsrelatie: in het individu of in de arbeidssituatie? Wat weet de huisarts van de hoedanigheden van de structurele kern van zijn patiënt? Wat is zijn normale draagkracht of belastbaarheid, wat is zijn normale behoeftenpatroon, zijn normale drang naar vrijheid? Is er sprake van een beschadiging van de structurele kern, en zo ja, is deze dan ontstaan door beïnvloedingen in de arbeidssituatie (beroepsaandoening) of door oorzaken die niet – althans niet direct – in de arbeidssituatie zijn gelegen? In een betrekkelijk groot aantal gevallen is de somatologische diagnose niet moeilijk, namelijk in die gevallen waar het gaat om welomschreven ziektebeelden.

Wanneer het redelijk zeker is dat de verstoring van de mens-arbeid relatie vrijwel uitsluitend ligt aan een verminderde belastbaarheid bij de patiënt of aan een veranderd behoeftenpatroon ten gevolge van een ziekte (die geen beroepsaandoening is), dan moet de vraag

beantwoord worden in hoeverre een rustperiode noodzakelijk is voor de genezing van de patiënt. Ook dan echter zal in de reconvalescentieperiode de vraag naar de juiste structuur van de rustperiode en van de duur ervan aan de orde moeten komen. Gaat het om een (vermoedelijke) beroepsziekte, dan zal – door wie dan ook – aandacht aan de arbeidssituatie moeten worden besteed alvorens de werkstaking wordt opgeheven. In gevallen van plotseling optredend gebrek zal de aandacht erop geconcentreerd zijn om een nieuwe relatie tussen de werker en zijn arbeid tot stand te brengen (revalidatie).

Wat was de aard van de aan de werkstaking voorafgaande polyvalente beïnvloeding? Deze vraag is des te belangrijker naarmate met meer zekerheid een min of meer ernstige structurele beschadiging bij de werker kan worden uitgesloten. Er wordt weleens beweerd dat het percentage ziektekundig te verantwoordende of te beredeneren ziekteverzuim niet hoger dan 4 procent zou zijn. Nu het totale ziekteverzuim minstens 10 procent bedraagt, moet wel worden vermoed dat meer dan de helft van het ziekteverzuim heeft te maken met onlustgevoelens die een uitdrukking zijn van een onvolledige compensatie voor de achterstand die tijdens de arbeid is opgelopen. Wel dient bedacht te worden dat de diagnose „functionele veranderingen tengevolge van voorafgaande, onvoldoende gecompenseerde, polyvalente beïnvloeding in de arbeidssituatie” eventuele structurele afwijkingen bij het individu niet uitsluit, evenmin als gesteld mag worden dat een „duidelijke ziekte” niet gepaard zou kunnen gaan met functionele veranderingen als aanduiding van een gestoorde mens-arbeid relatie.

De kunst is nu om er achter te komen wat de aard van de polyvalente beïnvloeding van de arbeidssituatie was voor de werkstaking. Een globale oriëntatie moet leren of de situatie te belastend was of depriverend, te veel dwang bevatte of in nog andere opzichten ongunstig was. Een nadere analyse moet de componenten in de arbeid onderscheiden die hoofdzakelijk voor de achterstand (de decompensatie) verantwoordelijk zijn. Indien gehele of gedeeltelijke staking van de arbeid voorlopig gezondheidkundig relevant wordt geacht, zal de structuur van de arbeidsvrije periode bepaald moeten worden door activiteiten die complementair (c.q. polair tegengesteld) zijn aan deze belastende, depriverende, dwingende, etcetera factoren.

De relationele zorg van de huisarts jegens werkstakende patiënten zou optimaal zijn, indien hij een duidelijk advies zou kunnen geven aangaande de (voorlopige) duur en structuur van het arbeidsverzuim, naar analogie van het recept voor medicijnen of een gedetailleerd voedingsvoorschrift. In principe zou een dergelijk advies de volgende elementen moeten bevatten:

- een aanduiding van de eenheid van verzuimduur: een uur, een halve dag, een dag; eventueel een week;
- een advies omtrent het gebruik van die eenheid over een etmaal of een week: driemaal een uur verdeeld over een arbeidsdag; of tweemaal een dag in de week; of de gehele week van ... t/m ...;
- een advies omtrent de activiteiten die complementair worden geacht aan de voorafgaande beïnvloeding; een dergelijk advies zal te vergelijken zijn met de zogenaamde arbeidsgrafiek, die door sommige bedrijfsgeneeskundige diensten aan sollicitanten wordt verstrekt (*Zuidema*);
- een advies omtrent de omgeving waarin deze complementaire activiteiten het beste kunnen worden uitgevoerd; dat kan in het huis van de verzekerde zijn, maar ook in het bedrijf of op een andere plaats; dat hangt enerzijds af van de voorzieningen die eventueel aanwezig moeten zijn om de geadviseerde activiteiten feitelijk uit te voeren en anderzijds van de aard van de omgevingsinvloeden die de „recreant” bij de uitvoering ervan zou ondergaan;
- tenslotte moet op het geschreven advies niet verzuimd worden te vermelden dat het niet langer geldig is dan uitdrukkelijk is aangegeven; daardoor wordt voorkomen dat een bepaald advies zinloos tot in het oneindige wordt opgevolgd; na de aangegeven periode moet opnieuw bekeken worden of de werkstaking nog gezondheidkundig relevant is en zo ja, in welke opzichten duur en structuur gewijzigd dienen te worden.

De voorgaande beschouwing kan de indruk wekken dat de werkstakende verzekerde een onmondige is voor wie de dokter alles moet regelen. Om die indruk weg te nemen wil ik uitdrukkelijk stellen dat verantwoordelijkheid voor een juist gebruik van zijn arbeidsverzuim in de eerste plaats ligt bij de uitkeringsgerechtigde zelf. De huisarts zal er lang niet altijd aan te pas komen, zeker niet zo lang de werknemer niet verplicht is advies van zijn huisarts in te winnen. Wanneer ooit in de toekomst een regeling komt, waarbij de huisarts een for-

mele rol krijgt toebedeeld bij de relationele zorg aan zieke werknemers, zal er wellicht een frequenter contact tussen de werkstaker en zijn huisarts ontstaan. Maar ook dan zal de patiënt actief mee moeten zoeken naar een structurering van zijn verzuimperiode, die zoveel mogelijk gezondheidswinst oplevert.

De rol van de huisarts

De lezer die het geduld heeft opgebracht dit betoog tot hier te volgen, heeft zich inmiddels wellicht afgevraagd of het redelijk is van de huisarts te verwachten dat hij zich op de beschreven indringende wijze bezighoudt met de arbeidsongeschiktheid en het arbeidsverzuim van zijn patiënten. Hoeveel tijd zal hem dat gaan kosten? En hoe verwerft hij zich de nodige kennis?

Deze tegenwerpingen zijn terecht, maar de beantwoording van de gestelde vragen kan pas plaatsvinden als de kardinale vraag naar de relevantie van deze taak in een huisartspraktijk eerst is beantwoord. Behoort de begeleiding van zieke werknemers tot de integrale zorg die een huisarts pretendeert aan te bieden aan de bij hem ingeschreven personen? Indien deze vraag beargumenteerd ontkennend beantwoord kan worden, dan kan het hele hier gehouden betoog vergeten worden. Wie als huisarts de vraag bevestigend beantwoordt, zal daarvan de consequenties moeten aanvaarden. Hij zal aanvankelijk veel meer problemen ontmoeten dan hij kan oplossen. Het moet hier met nadruk worden gezegd dat de huisarts zich niet hoeft op te werpen als een professionele begeleider van zieke werknemers. Het werk dat hij in dit opzicht doet, is te vergelijken met de aandacht die hij aan andere relationele problemen besteedt, zoals aan huwelijks- en andere gezinsproblemen. Naar mijn mening moet deze soort activiteiten van de nu eenmaal somatologisch opgeleide huisarts worden beschouwd als een extensieve mantelzorg waartoe hij én door zijn vertrouwenspositie én door de ervaring die hij in de praktijk opdoet bij uitstek geschikt is. Het besef mede verantwoordelijk te zijn voor een optimale benutting van het arbeidsverzuim van zijn patiënten zal hem er enerzijds toe brengen door zelfstudie en nascholing beter op de hoogte te raken van de aard van de mens-arbeid relatie* en hem anderzijds doen zoeken

naar een deskundige consulent. De besette consulent in dit verband lijkt me de bedrijfsarts van de betrokken werknemer.

Deze uitspraak zal meteen de tegenwerping uitlokken dat de meeste werknemers werken in bedrijven en bedrijfjes waar geen bedrijfsgezondheidszorg aanwezig is. Dit is overigens niet het enige probleem dat de huisarts die een verantwoord recept voor arbeidsverzuim wil uitschrijven, zal ontmoeten. Hij zal al snel ontdekken dat bedrijven er meestal helemaal niets voor voelen om werkers tijdens hun recreatieperiode part-time te werk te stellen en dan nog wel voor activiteiten die niet tot de normale functie van de werker behoren. En een van de grootste problemen zal nog wel lang blijven het depriverende karakter van veel arbeid. Men moet zich er eerder over verbazen dat niet meer mensen vaker hun werk staken, dan dat men zich verbaast over het steeds toenemende arbeidsverzuim.

Huisartsen die hun integrale zorg wensen te completeren op de in dit artikel beschreven wijze, zullen een aantal problemen op het gebied van de sociale gezondheidszorg, de werkgelegenheid, de kwaliteit van de arbeid en de sociale zekerheid ontmoeten, waarvan zij het bestaan tevoren hoogstens vagelijk hadden vermoed. Zij kunnen vanuit deze ervaringen een belangrijke bijdrage leveren aan het signaleren van de leemten en tekorten op de genoemde gebieden. Alleen al om die reden werpt de actieve begeleiding van zieke werknemers door huisartsen nut af voor het functioneren van de gezondheidszorg.

Samenvatting. Bij een discussie over het al of niet gewenst zijn van een scheiding tussen „behandeling” en „controle” dienen de activiteiten met betrekking tot de uitvoering van de Ziektewet ingedeeld te worden in ten minste drie categorieën: de eigenlijke controle, de expertise en de begeleiding. De auteur betoogt dat huisartsen zouden kunnen participeren in de begeleiding van zieke werknemers. Die begeleidingsvorm is een vorm van relationele zorg en is erop gericht het arbeidsverzuim een zo groot mogelijke gezondheidswinst te doen opleveren. Op grond van een gezondheidkundige beschouwing en met behulp van de door Böttcher aangereikte ideeën over het proces van recreatie doet de auteur enige suggesties met betrekking tot het vaststellen van een arbeidsverzuim dat naar duur en structuur gezondheidkundig relevant is.

Summary. Absence from work as therapeutic agent. In any discussion of the desirability or undesirability of a separation between „therapy” and „control”, activities relative to enforcement of the Sickness Insurance Act should be divided into at least three categories: the actual control activities, expertise and guidance. The author holds that general practitioners could participate in the guidance of employed patients. This guidance is a type of relational care, and its aim is to ensure that absence from work yields an optimal health benefit. On the basis of hygienic considerations and making use of Böttcher's views on the recreational process, the author makes some suggestions concerning determination of a leave of absence from work that is hygienically relevant as to duration and structure.

Böttcher, H. Erholung in der industriellen Gesellschaft als sozial erzieherisches Problem. Aloys Henn Verlag, Wuppertal, 1969.

Cornelis, P. A. Werken met zin. Over motivatie en arbeidssituatie. Openbare les, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1974.

Kuiper, J. P. Mensopvatting en gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen, 1980.

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

Stalpers, J. A. Zelfbehoud, aanpassing en cultuur. Van Loghum Slaterus, Arnhem, 1964.

Zuidema, H. Werkwijze in de praktijk. In: J. Jongh en H. J. Dokter (red.) Bedrijfsgezondheidszorg. Stafleu, Leiden, 1979.

Rectificatie

Van verschillende zijden werden wij attent gemaakt op een storende fout in *De overgangsjaren*, een aflevering uit de serie Huisartsgeneeskundige conferenties door E. H. van de Lisdonk en J. M. T. Versteegen – (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 478-481. Op pagina 479 staat: „Bij hevig bloedverlies met stolsels kan Ermetrine® gegeven worden (3 dd 300 mg gedurende 5 dagen).” De correcte dosering is echter niet 300 milligram, maar 300 microgram.

* Zijn kennis en ervaring zal hem overigens ook ten goede komen bij alle hulpvragers wier problemen hoofdzakelijk liggen op het gebied van de mens-omgeving relaties. Denk bijvoorbeeld aan de „arbeidsituatie” van huisvrouwen.