

# *Verhandelingen*

**Kwantitatieve benadering van  
het verzuim door Neurosen bij  
Nederlandse fabrieksarbeiders**

*Dr Meindert J. W. de Groot*

Nederlands  
Instituut  
voor  
Praeventieve  
Geneeskunde



NEDERLANDS INSTITUUT VOOR  
PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE - LEIDEN

KWANTITATIEVE BENADERING VAN  
HET VERZUIM DOOR NEUROSEN BIJ  
NEDERLANDSE FABRIKSARBEIDERS

*„The fictions, health and disease,  
serve a useful intellectual purpose,  
though we know they refer merely  
to uplands and lowlands in a con-  
tinuously graded and terraced coun-  
try”.*

*Aubrey Lewis*

SECRET. 401

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR  
PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE - LEIDEN

UDB Verh.  
988 33

Verh.

VERHANDELING VAN HET  
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE

XXXIII

KWANTITATIEVE BENADERING VAN  
HET VERZUIM DOOR NEUROSEN BIJ  
NEDERLANDSE FABRIEK SARBEIDERS

DOOR

DR MEINDERT J. W. DE GROOT

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR  
PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE - LEIDEN

1958



## INHOUDSOPGAVE

	blz.
I. Inleiding . . . . .	1
II. Enkele literatuuropgaven omtrent functionele aandoeningen . .	5
II.1. Het onderzoek van Russell Fraser . . . . .	8
III. Nomenclatuur en Classificatie . . . . .	12
III.1. Internationale afspraken . . . . .	12
III.2. Diagnose en Verzuim als telobjecten . . . . .	14
III.3. Moeilijkheden bij de Classificatie . . . . .	16
III.4. De inhoud van enkele neurosegroepen . . . . .	18
III.5. De Nationale Lijst van Ziektegroepen . . . . .	20
IV. Nederlandse gegevens over verzuim door „Neurosen” . . . . .	22
IV.1. Inventarisatie van verzuimcijfers over „Neurosen” . . . .	22
IV.2. De Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde . . . . .	25
IV.2.1. De werknemerspopulatie van de Diagnosestatistiek . . . . .	26
IV.2.2. De ingezonden diagnoses . . . . .	28
IV.2.3. De invloed van de G.A.K.-code . . . . .	28
IV.2.4. Andere factoren van invloed op de uitkomsten . . . .	30
IV.2.5. Enkele cijfers uit de N.I.P.G.-statistiek . . . . .	32
IV.3. De Ziekteverzuimstatistiek van de N.V. Philips' Gloeilamp- fabrieken te Eindhoven . . . . .	33
IV.3.1. De in Eindhoven woonachtige weekloners . . . . .	35
IV.4. De Ziekteverzuimstatistiek van de Koninklijke Nederlandse Hoogovens en Staalfabrieken te IJmuiden . . . . .	38
IV.4.1. De controle bij ziekte van fabrieksarbeiders . . . . .	39
IV.4.2. De werknemersgroep der Hoogovenarbeiders . . . . .	42
V. De kwantitatieve betekenis der onderscheiden „Neurose”-groepen . .	45
V.1. Hergroeperingen der diagnostische gegevens van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde . . . . .	46
V.1.1. Berekend verzuim voor P-, H- en I-neurosen . . . . .	46
V.1.2. Schattingen voor verzuim door I-neurosen bij Philips en Hoogovens . . . . .	48
V.1.3. Invloed van telling van „begonnen” of „beëin- digde” verzuimen . . . . .	53
V.1.4. I-neurosen bij arbeiders, kantoorpersoneel en overige werknemers . . . . .	56
V.1.4.1. Frequenties . . . . .	56
V.1.4.2. Verzuimde dagen . . . . .	58
V.2. Enkele cijfers uit de uitkeringsstatistiek van „Centraal Beheer” . . . . .	58
V.3. Samenvatting van het geschatte verzuim t.g.v. I-neurosen . . . .	60

	blz.
VI. Vergelijking van Nederlandse gegevens met de uitkomsten van Russell Fraser . . . . .	62
VII. De factoren leeftijd en geslacht bij het verzuim door „Neurosen”	67
VII.1. „Neurosen” in verschillende leeftijdsklassen . . . . .	67
VII.1.1. Leeftijd en verzuim door H-neurosen bij de fabrieksarbeiders van de Hoogovens . . . . .	67
VII.1.2. Leeftijd en verzuim door P-neurosen bij de weekloners te Eindhoven . . . . .	71
VII.1.3. Leeftijd en „Neurosen” in de Diagnosestatistiek van het N.I.P.G. . . . .	73
VII.1.3.1. Leeftijd en N-neurosen . . . . .	73
VII.1.3.2. Leeftijd en I-neurosen . . . . .	75
VII.1.3.3. Vergelijking met recente Engelse cijfers van L. Norman . . . . .	78
VII.1.4. Leeftijd en gemiddelde verzuimduur van H-, P-, N-, en I-neurosen . . . . .	79
VII.1.5. Proportionele frequentie- en duurgegevens uit de uitkeringsstatistiek van Centraal Beheer, 1937 t/m 1940 . . . . .	80
VII.1.6. Samenvatting leeftijd en verzuim door „Neurosen” . . . . .	81
VII.2. Verzuim door „Neurosen” bij mannen en vrouwen . . . . .	82
VII.2.1. Geslacht en P-neurosen bij de weekloners van Philips . . . . .	84
VII.2.2. Geslacht en „Neurosen” in de Diagnosestatistiek van het N.I.P.G. . . . .	87
VII.2.2.1. Geslacht en N-neurosen . . . . .	87
VII.2.2.2. Geslacht en I-neurosen . . . . .	87
VII.2.3. Betekenis van de gevonden verschillen . . . . .	88
VII.2.4. Geslacht en Ziekengelduitkeringen wegens „Neurosen” . . . . .	89
VIII. De geregistreerde toeneming . . . . .	91
VIII.1. De cijfers van Philips . . . . .	92
VIII.1.1. De jaren vóór de tweede wereldoorlog . . . . .	93
VIII.1.2. De na-oorlogse periode . . . . .	94
VIII.1.3. De toeneming van het verzuim door niet-functionele ziekten van het zenuwstelsel . . . . .	97
VIII.1.3.1. Wijzigingen in de frequenties . . . . .	97
VIII.1.3.2. De verzuimde dagen vóór 1940 . . . . .	99
VIII.2. De toeneming der ziekengelduitkeringen . . . . .	102
VIII.3. Recente cijfers van de Hoogovens . . . . .	103
VIII.4. Oudere Nederlandse gegevens . . . . .	105
VIII.5. De geschiedenis herhaalt zich . . . . .	109
IX. Veranderingen in verzuimfrequenties in het algemeen en door „Neurosen” in het bijzonder . . . . .	111
IX.1. Storende factoren bij de vergelijking van verzuimfrequenties . . . . .	112

	blz.
IX.1.1. Wijziging der normen . . . . .	116
IX.1.1.1. Veranderingen in de normen der werknemers . . . . .	116
IX.1.1.2. Wijzigingen in de medische normen	116
X. Seizoen en „Neurosen” . . . . .	121
X.1. Seizoen en P-neurosen bij Philips . . . . .	121
X.2. Maandcijfers in de Uitkeringsstatistiek van Centraal Beheer	123
XI. Analyse van het verzuim door „Neurosen” bij Philips en Hoog- ovens . . . . .	125
XI.1. Hercodering van 200 P-neurosen (Z <sub>2</sub> -ziekten) . . . . .	125
XI.1.1. Verzuim door I-neurosen bij Philips . . . . .	131
XI.1.2. Leeftijd, diensttijd en burgerlijke staat, en ver- zuim door I-neurosen bij Philips . . . . .	134
XI.2. Hercodering van 100 H-neurosen bij de Hoogovens . . . . .	140
XI.2.1. Verzuim door I-neurosen bij de Hoogovens . . . . .	144
XI.2.2. Leeftijd en diensttijd, en verzuim door I-neu- rosen bij de Hoogovens . . . . .	146
XI.3. Samenvatting der cijfers over verzuim door I-neurosen . . . . .	148
XII. Verzuim als gezondheidsindicator . . . . .	150
XII.1. De relatie tussen ziekteverzuim en morbiditeit . . . . .	153
XIII. Discussie en aanbevelingen . . . . .	158
XIII.1. Aanbevelingen van algemene aard . . . . .	158
XIII.1.1. Registratie en uniformiteit van grondgegevens . . . . .	158
XIII.1.1.1. Dubbeldiagnosen . . . . .	159
XIII.1.2. Diagnostiek . . . . .	161
XIII.1.3. Nomenclatuur . . . . .	164
XIII.1.4. Classificatie . . . . .	165
XIII.1.5. Codering . . . . .	170
XIII.1.6. Presentatie . . . . .	171
XIII.2. Aanbevelingen voor de diagnosestatistiek der Bedrijfs- verenigingen . . . . .	174
XIII.2.1. Voorgeschiedenis . . . . .	174
XIII.2.2. De regeling der uitkeringsvoorwaarden . . . . .	174
XIII.2.3. Vroegere aanbevelingen . . . . .	176
XIII.2.4. Nieuwe aanbevelingen . . . . .	178
XIII.3. Aanbevelingen voor de statistiek van verzuim door Neu- rosen . . . . .	180
XIII.3.1. De verwijding van het ziektebegrip . . . . .	182
XIII.3.2. De inflatie van het neurosebegrip . . . . .	183
XIII.3.3. Oorzaken en consequenties van de verbreding van het ziektebegrip . . . . .	189
XIII.3.3.1. Sociosen en sociopathieën . . . . .	193
XIV. Samenvatting . . . . .	197
XIV.1. Summary . . . . .	205

## I. INLEIDING

Twintig jaar geleden kwam het woord „neurose” \*) nog niet voor op de lijsten van ziektegroepen, toentertijd in gebruik bij de morbiditeitstatistiek.

Vraagt men zich af, wat hiervan de oorzaak was, dan zijn er verschillende mogelijkheden: er kan een wijziging plaats hebben gevonden in de medische terminologie of in de classificatie der ziekten, waardoor het ziektebeeld der neurosen vroeger schuilging in diagnosegroepen met andere benamingen. Ook is mogelijk, dat een verschuiving plaats heeft gehad in de medische normen van „gezond” naar „ziek” en van „valide” naar „niet tot werk in staat”, zódanig, dat vele „neurotische” stoornissen die destijds geen reden waren voor verzuim, nadien een algemeen erkend motief zijn geworden om het werk te staken. Of hebben wij inderdaad te doen met een nieuwe volksziekte (88, 42, 81), een verschijnsel, dat kenmerkend zou zijn voor onze jachtige tijd? Men zou dit laatste geloven, als men zich verdiept in de recente literatuur over dit onderwerp. Zo zegt een der vele auteurs (100) over absenteeism in de industrie: „And here industry has a tremendous problem. Because it is an established fact that 25 percent or more of all absences from work for reasons of illness are caused by illnesses of neurotic nature.” Ook in Nederland worden dergelijke geluiden gehoord (2, 94).

De Commissie tot Onderzoek van de Invloed van het Ziekteverzuim op de Arbeidsproductiviteit acht de toeneming van ziekten, waarvoor sociaal-psychologische factoren mede een oorzaak vormen „goed verklaarbaar uit het feit, dat in de hedendaagse maatschappij spanningen optreden tussen de mensen en hun omgeving” (28).

Bij de beoordeling van de geregistreerde toeneming mag evenwel niet uit het oog worden verloren, dat de belangstelling voor neurosen in onze dagen zeker sterk is gegroeid. (94)

Nog onlangs wijdde Kuiper in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (63) een artikel aan de frequentie van deze stoornissen. Hij wierp daarbij de vraag op of de neurose werkelijk zó veel voorkomt en van zo'n grote betekenis is voor de volksgezondheid, dat men inderdaad van een volksziekte mag spreken. Helaas geeft de schrijver geen antwoord op deze vraag. Nu is het natuurlijk zeer moeilijk een enigszins betrouwbaar cijfer op te geven voor de omvang van het neurosevraagstuk, als men onder deze

\*) De term „neurose” zou in 1776 voor het eerst door de Schotse arts Cullen (7) zijn gebruikt voor functionele stoornissen.

diagnose alle neurotische stoornissen wil vangen, onverschillig of zij al dan niet tot klachten of tot ziekteverschijnselen hebben geleid. Maar het lijkt zeer wel doenlijk de „frequentie der neurotische stoornissen” kwantitatief te benaderen, wanneer men uitgaat van de meetbare gevolgen ervan, zoals b.v. arbeidsverzuim, afkeuringspercentages of verwijzingen naar psychiaters.

Enkele jaren geleden heeft Smit in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde <sup>(92)</sup> de vraag opgeworpen of het mogelijk is het neuroseverschijnsel in zijn juiste proporties te overzien. Smit noemt als moeilijkheden, dat neurose géén vastomlijnd begrip is, dat de terminologie verwarrend is en dat geen eenheid bestaat ten aanzien van de vaststelling van arbeidsongeschiktheid.

Dit laatste punt is van belang wanneer de gegevens ontleend worden aan verzuimstatistieken, in feite de belangrijkste bron, die ons ter beschikking staat. De gegevens, die Smit zelf verschaft, zijn afkomstig van 20.000 ziektegevallen uit Rotterdam en Den Haag, die alle persoonlijk werden gezien. Zijn onderzoek is daarom belangwekkend, omdat het een eerste poging betekent het complexe neuroseverzuim in zijn samenstellende delen te ontleden en voor elk van deze delen tot een kwantitatieve waardering te komen.

Rümke <sup>(87)</sup> noemt als hoofdoorzaak van de moeilijkheid om tot een goed begrip te komen van wat onder „neurose” moet worden verstaan, dat het woord neurose in het medisch spraakgebruik op zijn minst in drie betekenissen wordt gebruikt: een verlegenheidsdiagnose („men kan niets vinden”), een aetiologische diagnose (psychogene lichamelijke stoornissen) en in de derde plaats een aantal vormen van geestesziekten, de neurosen-in-engere zin.

„Sinds evenwel,” zo zegt hij, „gebleken is, dat binnen deze laatste groep vergaande verschillen bestaan van genetische en aetiologische aard, is het ternauwernood meer verantwoord, al deze ziekten onder het verzamelwoord neurosen-in-engere-zin te brengen.”

De eerstgenoemde functionele stoornissen geven geen enkel aanknopingspunt met betrekking tot eventuele pathologische veranderingen in het diencephalon of afwijkingen in andere organen, terwijl bij psychiatrisch onderzoek ook niet blijkt, dat de stoornissen in de prikkelregulatie een gevolg zijn van psychogene werkingen. Onder deze functionele neurosen vallen vele zg. orgaanneurosen.

De psychogene lichamelijke stoornissen worden veroorzaakt — zo zegt Rümke verder — door een psychisch emotionele spanningstoestand. Hier is de behandeling duidelijker aangewezen. Zij zal zich wel hebben te richten op de aetiologische conflicten of wanneer dit — zoals zo dikwijls — niet kan, op het beter dragen van de moeilijkheden. In deze groep vallen dus de psychogene orgaanneurosen.

Men spreekt van neurosen in engere zin als psychische afwijkingen ont-

staan door een psychopathogenese, die terug te voeren is op een gestoorde ontwikkeling in de vroege jeugd. De verschijnselen, die zich daarbij voordoen, zijn ten dele uitingsvormen van verdrongen driften, ten dele van de afweer tegen de verdrongen streving en van de dreigende doorbraak ervan, ten dele zijn de symptomen terug te voeren op de toestand, waarin de zieke zich bevindt.

Door deze laatste omstandigheid is vermenging met reacties op exogene invloeden te verwachten. Als gevolg hiervan wordt de sociogene of psychogene conflictsituatie, waarin de neurotische mens verkeert, bij de verklaring van het neurotische syndroom veelal ten onrechte voor de eigenlijke oorzaak gehouden.

Het inzicht in de ontstaanswijze van de neurose is van belang voor de therapeutische aanpak. Stelt men zich tot doel de in het onbewuste verdrongen wensen en driften langs psychoanalytische weg terug te brengen in de bewustzijnssfeer, dan eist deze werkelijk causale behandeling een leger van psychiaters, waarvan Van der Sterren de behoefte voor ons land op  $\pm 6000$  schat! <sup>(94)</sup>

Vooral in lichte gevallen zal men echter herhaaldelijk moeten besluiten tot een symptomatische, meer oppervlakkige behandelingsmethode, waarbij men uitgaat van die milieufactoren, die de aanleiding zijn geweest van de neurotische decompensatie. Het betreft hier een categorie van neurotici, die, volgens Barnhoorn's gradatieschema <sup>(6)</sup>, tijdelijk of blijvend afdoende kunnen worden geholpen door huisartsen of bedrijfsartsen met psychiatrische belangstelling. <sup>(67)</sup> Smit <sup>(92)</sup> spreekt hier van sociaal geactiveerde neurosen, waarvan hij een frequentie opgeeft van 5 van de 6 als neurotisch gekwalificeerde ziekteverzuimen. Als men bedenkt, dat dit, volgens deze auteur, neerkomt op één van de vier ziektegevallen door alle oorzaken tezamen, dan blijkt hieruit hoe een enorm grote taak hier ligt voor huisartsen en bedrijfsartsen en voorts voor allen die betrokken zijn bij het personeelsbeleid in de industrie.

Het inzicht in de neurotische stoornissen en de betekenis ervan voor de samenleving is nog zeer gebrekkig. Van der Sterren <sup>(94)</sup> constateerde nog onlangs, dat op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg een verontwaardigende achterstand bestaat. In dit opzicht was de situatie vóór de laatste oorlog nog ernstiger. Carp <sup>(22)</sup> schreef in 1932, dat enkele decennien tevoren iedere belangstelling voor de psychogenese van ziekten gebrandmerkt werd met het odium van onwetenschappelijkheid. Maar ook heden ten dage wordt de neurotische patiënt lang niet altijd als een zieke beschouwd. Zo zegt Barnhoorn <sup>(6)</sup>: „Men ontmoet allerwege nog ontstellend vaak een negatieve instelling ten opzichte van de neurotische mens. Neurotisch zijn wordt ervaren als een schande.”

Hoewel uit al deze uitlatingen blijkt hoe jong de medische interesse voor deze stoornissen is <sup>(94)</sup>, bestaat merkwaardigerwijze toch algemeen de overtuiging, dat het neuroseverschijnsel in de na-oorlogse jaren sterk is toege-

nomen. (87, 100, 89, 94) In een ministeriële rede \*) werd in 1951 gewag gemaakt van publicaties, volgens welke 30% van het uitgekeerde ziekengeld op rekening van het neuroseverschijnsel moet worden gebracht. Als dit cijfer juist is en werkelijk „neurosen” betreft, dan staan wij hier inderdaad voor een gezondheidsprobleem van de eerste orde. De omstandigheid evenwel, dat de cijfers over neurosen en aanverwante toestanden in de verschillende mededelingen bijzonder sterk uiteenlopen, maakt een evaluatie van het beschikbare materiaal noodzakelijk. Hierbij komt vanzelf de vraag aan de orde of wij gerechtigd zijn uit de geregistreerde gegevens tot een reële aanwas van deze ziekten te besluiten, dan wel of er andere oorzaken zijn aan te wijzen voor de frequentieverschillen van nu en vroeger.

\*) Mr. A. M. Joekes, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Rede bij installatie Cie. Ziekteverzuim en Arbeidsproductiviteit, 14-11-51.

## II. ENKELE LITERATUUROPGAVEN OMTRENT FUNCTIONELE AANDOENINGEN

In tabel 1a, 1b en 1c is een aantal van de belangrijkste bronnen uit binnen- en buitenland, waarin cijfers worden genoemd over verzuim door „neurosen”, bijeengebracht. Hierbij is een chronologische volgorde aangehouden: tabel 1a betreft de periode vóór, 1b die tijdens en 1c de periode na de tweede wereldoorlog.

De in sommige opgaven tot uiting komende suggestie van exactheid — 3 decimalen! — blijft voor rekening van de betreffende auteurs. Afronding heeft nergens plaats gevonden in deze tabellen.

TABEL 1a *Eerste periode, vóór de tweede wereldoorlog*

Jaar	Bron	Bevolkingsgroep	Gegevens
1926	F. P. J. Doeleman, dissertatie (32).	ca. 1900 m. en vr. ambtenaren P.T.T.-personeel Rotterdam.	„nervositas en hysterie” 3,4% van alle ziektedagen (in 1926 gem. 9,9 ziektedagen per persoon door alle oorzaken).
1930	Culpin en Smith, Ind. Hlth. Res. Board (29).	1000 pers. 14—60 jr. werkz. in industrie, admin. werkers en studenten, m. en vr.	30% van de arbeiders lijdt aan „nerveuze verschijnselen”, die de arbeidsgeschiktheid nadelig beïnvloeden.
1937	Bedrijfsvereniging „Centraal Beheer”, Amsterdam (23). Ziekten-statistiek.	ca. 226.000 werknemers, arbeiders van zg. Omslag-leden.	0,77 verzuimen per 100 arbeiders in 1937 t.g.v. „psychosen en neurosen” (code C.B. nr. 38). 2,25% (m) en 5,25% (vr) van alle uitkeringsgevallen. 4,02% (m) en 9,11% (vr) van alle uitkeringsdagen. 4,98% (m) en 10,27% (vr) van uitgekeerd ziekengeld.
1939	Dpt. of Health of Scotland (31).	verzekerde bevolking.	21,3% van de ziekengelduitkeringsdagen komt op rekening van „Ziekten van het zenuwstelsel, neurosen en andere nerveuze stoornissen”.



TABEL 1b *Tweede periode, 1940 t/m 1945*

Jaar	Bron	Bevolkingsgroep	Gegevens
1940	Bashford (8) Ch. Med. Off. Post Office.	personeel Posterijen ca. 280.000 m. en vr. 14—60 jr.	10% van het ziekteverzuim <sup>1)</sup> wordt veroorzaakt door „nerveuze aandoeeningen” (7,5% m. en 13% vr.).
1942—'44	Russell Fraser (44) Ind. H. Res. Bd. of the Medical Research Council.	ca. 3000 fabrieksarbeiders	1/4 tot 1/3 deel van alle door ziekte verzuimde dagen wordt veroorzaakt door „neurosis”. „Definite neurosis” werd gevonden bij 9,1% van de mannen en 13% van de vrouwen. „Minor neurosis” bij 19,2% van de mannen en 23% van de vrouwen.
1945	Wyatt (104)	vr. arbeiders in 5 munitiefabrieken (1942, 2de halfjaar).	21,1% van het „zuivere” <sup>2)</sup> ziekteverzuim is bij vrouwen een gevolg van „zenuwen of vermoeidheid” (verzuimen van één dag niet medegerekend).
1944—'47	P. Stocks (95), Gen. Reg. Office. Studies on Medical and Population Subjects nr. 2 „Sickness in the Population of England and Wales in 1944—1947”.	maandelijkse ondervragingen bij personen van 16 jaar en ouder.	„overt psychoneurosis” komt ongeveer even frequent voor als de banale verkoudheid. Per 100 personen gem. 22,8 gevallen per jaar.

<sup>1)</sup> De schrijver geeft niet aan of met dit proportionele cijfer van „sick absence” het percentage personen, verzuimde dagen of verzuimgevallen is bedoeld.

<sup>2)</sup> Het cijfer betreft de proportionele frequentie bij die fabrieksarbeidsters, die gedurende de volle duur van de observatieperiode op de loonlijsten voorkwamen.

TABEL 1c *Derde periode, 1945 tot heden*

Jaar	Bron	Bevolkingsgroep	Gegevens
1950	Centraal Beheer Amsterdam	ca. 305.000 arbeiders van zg. Omslagleden	2,01 uitkeringen per 100 arbeiders in 1950 t.g.v. „psychosen en neurosen” code C.B. nr. 38.
1952	Grafische Bedrijfsvereniging Jaarverslag.	ca. 26.000 mannen ca. 6.500 vrouwen Graf. industrie in Nederland.	„zenuwstoornissen excl. psychosen”. 2,28 verz. per 100 man p. jr. } 5,06 verz. per 100 vr. p. jr. } <sup>4,27%</sup> van het totale ziekengeld
1952	H. G. Smit <sup>(92)</sup> .	20.000 ziektegevallen R. v. A. Rotterdam 1946/1948; Den Haag 1950/1952	frequentie t.o.v. alle ziektegevallen 4,7% neurosen in engere zin 26,4% sociogene neurotische reacties
1953	W. M. Gafafer <sup>(45)</sup> Div. of Occup. Hlth Bur. Publ. Hlth Serv.	industriearbeiders (1951)	frequ. van in 1951 begonnen verzuimen door „neurasthenia and the like” t.o.v. frequentie van alle verzuimen. 1,7 <sup>0</sup> / <sub>00</sub> bij mannen 16,1 <sup>0</sup> / <sub>00</sub> bij vrouwen Uitsl. verzuimen van >7 dagen.
1953	Die Leistungs- und Krankheitsarten Statistik der Betriebskrankenkassen <sup>(16)</sup> .	ca. 460.000 mannen ca. 115.000 vrouwen leden der Betriebskrankenkassen Essen (D.)	„psychosen und psychoneurotische Störungen u.s.w.” 0,695 verz. gev. per 100 m. p. jr. 1,5% van de in totaal verzuimde dagen, gem. duur 37,10 dagen. 2,152 verz. gev. per 100 vrouwen per jaar. 4% van de in totaal verzuimde dagen, gem. duur 35,55 dagen.
1954	N. Plummer and L. E. Hinkle Jr. <sup>(83)</sup>	ca. 50.000 vrouwen en 25.000 mannen New York Telephone Company.	„neurasthenische klachten”, frequentie: p. 100 m. 0,16 p. 100 vr. 1,69
1956	L. G. Norman <sup>(80)</sup> Health in Industry	o.m. 4 groepen m. werkn. totaal ca. 138.000 m. London Transport Personnel.	Intern. diagn. gr. 300-318 p. 100 m. 0,4-0,9 gevallen per jaar. p. 100 m. 17,4-35,9 dagen per jaar. Uitsl. verzuimen met een duur van meer dan 3, en minder dan 183 dagen.

Het ligt niet in de bedoeling de gegevens uit al de genoemde publicaties stuk voor stuk te analyseren, gesteld al dat dit mogelijk was. Voor de kwantitatieve benadering van het neuroseprobleem hebben wij gemeend ons te moeten beperken tot het materiaal afkomstig uit enkele Nederlandse bronnen. De reden hiervan is, dat de juiste interpretatie van buitenlandse cijfers een nauwkeurige kennis vergt van wettelijke voorzieningen, organisatorische voorschriften en controlegewoonten, <sup>(40, 53, 54)</sup> en mede een goed inzicht in de levensomstandigheden van de betrokken bevolkingsgroep, en in de plaatselijke en contemporaine medische en sociale normen. Elk van deze factoren kan immers repercussies geven op de verzuimgedragingen in het algemeen en in het bijzonder op het subjectieve verzuimcriterium van „neurotische” werknemers.

Slechts voor één onderzoek in het buitenland verricht, moest een uitzondering worden gemaakt, met name voor het veel geciteerde, doch vermoedelijk weinig gelezen rapport van Russell Fraser <sup>(44)</sup>. Dit Engelse onderzoek heeft niet nagelaten grote indruk te maken, ook in ons land, met het gevolg, dat men het langzamerhand als een wet van Meden en Perzen gaat beschouwen, dat circa 1/3 deel van de mensen aan „neurose” lijdt <sup>(1, 9, 21, 29, 38)</sup>. Het is daarom interessant eens na te gaan wat R. Fraser hieronder precies heeft verstaan en de omstandigheden nader te beschouwen, die invloed kunnen hebben gehad op de uitkomsten.

Alvorens tot bespreking van het rapport over te gaan, moet een algemene opmerking worden gemaakt over enquêtes, waarin gegevens worden verzameld over een reeds verstreken periode. Hierbij wordt een beroep gedaan op het geheugen, waardoor sommige gebeurtenissen misschien vergeten, andere weer buiten proporties „goed” worden weergegeven. Een werkelijk adequate historie is over 6 maanden nauwelijks van iemand te verwachten. Wanneer het dan nog zaken betreft, die zo sterk aanspreken als informatie naar spanningen en moeilijkheden en de persoonlijke reacties hiervan ondervonden, dan kan men moeilijk ongekleurde antwoorden van de betrokkenen verwachten, temeer als het neurotische individuen betreft. De betoonde interesse biedt vele lijdens aan een ziekte, waarvan — zoals Arndt opmerkt <sup>(5)</sup> — zelfbeklag de grondtoon vormt, immers een onverwachte mogelijkheid zichzelf en het eigen „lijden” belangrijker te maken dan met de werkelijkheid in overeenstemming is. Alleen al door de vraag wordt een beroep gedaan op de potentiële neuroticus, die wij allen zijn <sup>(6)</sup>.

## II.1. HET ONDERZOEK VAN RUSSELL FRASER

Het rapport <sup>(44)</sup> is getiteld „The incidence of neurosis among factory workers”. Aan de omstandige beschrijvingen van de gebruikte termen en begrippen zijn de volgende gegevens ontleend:

„The term „neurosis” is used here to cover any psychological or mental

illness, i.e. any disability for which there was apparently a psychological cause or partial cause.

„Definite neurosis” included only those disorders which were clearly illness both in the doctor's and in the patient's opinion, and which were clearly neurotic in nature and also disabling. It includes anxiety states, mild depressive states, obsessional states, hysteria and also the few instances of psychosis which were discovered among the group studied. Abnormalities of personality, unassociated with symptoms (i.e. not regarded by the workers themselves as amounting to illness) have not been classified as definite neurosis, but: some such abnormalities, which evidently indicated reduced mental health, have been classified as „minor neurosis”.

Thus „neurosis” in the report does not include all mental inefficiency, but only that which was judged to be an illness or a deviation from the patient's usual or potential, mental efficiency — whether the deviation was associated with an obvious and persistent personality disorder or not. Also under „minor neurosis” are included cases of psychosomatic illness, which with present medical knowledge cannot be definitely classified as either mainly physical or mainly psychological disorders: migraine, „functional” dysmenorrhoea, peptic ulcer and ulcerlike dyspepsia are typical examples.”

Bij nauwkeurige lezing valt in deze begripsomschrijving het volgende op:

1. Tot de minor neurosis worden tevens sommige gevallen gerekend, waarin de geënquêteerden zich van geen ziekte of stoornis bewust zijn geweest.
2. De schrijver brengt bij de psychosomatosen een groep van ziekten (welke ?) onder, waarvan sommige volgens de internationale classificatie in andere rubrieken thuis horen. Zo vallen volgens de Manual of Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death de neurosen onder Hoofdstuk V, de migraine onder VI en de maagzweren onder Hoofdstuk IX <sup>(69)</sup>.
3. Gedeeltelijk reeds blijkt uit sub 1, dat Fraser geenszins bedoeld heeft een statistiek van verzuim te geven voor de neurosen. Onjuist is dan ook de mening van sommige commentatoren <sup>(2)</sup>, dat alleen die gevallen werden geteld, die met verzuim gepaard gingen. Voor degenen, die in dit opzicht door de vage omschrijving „disabling” nog mochten twijfelen, citeren wij de volgende passage uit een geval van „minor neurosis”, door Fraser vermeld als casus 4947/33.

„After leaving her husband she was very depressed and anxious, often crying and feeling constantly miserable.” „. . . She has lost no time from work because of her illness.”

Maar ook de „definite neurosis” kwam in Fraser's materiaal voor zonder arbeidsverzuim. Onder casus 4434/49 beschrijft hij een 59-jarige weduwnaar, met een recidief van een ernstige neurotische reactie in aansluiting aan de dood van zijn vrouw.

„... feeling depressed, sleeping poorly, and unable to concentrate on his work, although he has not lost any time from work.”

De drie hier genoemde punten brengen de vaak geciteerde 30% op een heel ander plan. Het neurosebegrip in dit Engelse rapport omvat wel heel duidelijk veel meer dan wat in de Nederlandse verzuimstatistieken in deze rubriek wordt opgenomen. Bovendien zegt Fraser dit ondubbelzinnig in zijn conclusie op blz. 9, waar hij geen 30%, maar slechts 10% (9,1% voor de man en 13,0% voor de vrouw) als frequentie opgeeft. „The main findings of the inquiry are, however, clear: 10 percent of the workers studied suffered from definite or disabling neurotic illnesses.”

Wat het verlies aan produktiedagen betreft, vermeldt hij het volgende: „neurosis caused between a quarter and a third of the absence from work due to illness”. Ook dit cijfer werd in de laatste jaren herhaaldelijk en zeker niet altijd juist geciteerd <sup>(89)</sup>. Men moet echter niet vergeten, dat de gehele steekproef slechts 3000 personen omvatte, mannen en vrouwen tezamen, en dat reeds enkele psychosegevallen een grote invloed gehad kunnen hebben op de totale duur van de „definite neurosis”. Hoe groot het aandeel der psychosen was, is echter niet te zeggen, doordat de groep als zodanig niet nader is gespecificeerd. \*)

Op één omstandigheid moet nog worden gewezen, waardoor Fraser's cijfers een relatief ongunstig beeld kunnen geven. Engeland was in oorlog, de arbeiders werkten in „engineering factories”, waarin o.m. vliegtuigonderdelen, trucks en precisie-instrumenten werden gemaakt, kortom materialen van betekenis voor de oorlogvoering. Het onderzoek vond plaats na de slag om Engeland en het verschrikkelijke bombardement van Coventry. Fraser zelf wijst uitdrukkelijk op deze omstandigheid:

„Unfortunately these results cannot be compared satisfactorily with any available figures for the incidence of neurosis under peacetime conditions”.

Bij het noemen van cijfers uit dit rapport gaat men in de regel stilziggend aan deze uitzonderlijke omstandigheden voorbij. En toch is het juist het verzuim door psychische stoornissen dat in oorlog en vrede het grootste contrast in frequentie te zien pleegt te geven. Wyatt <sup>(104)</sup> wijst hierop in „A study of certified sickness-absence among women in industry” (1942): „... they differ from peace-time records in the much higher proportion of absences due to functional nervous disorders. . . .”

De scheiding tussen „definite” en „minor neurosis” betekent meer dan

\*) Als men uitgaat van een verhouding van twee psychosepatiënten op elke honderd neuroselijders en een gemiddelde verzuimduren van een psychosegeval van ruim honderd dagen (N.I.P.G.-statistiek 1953), dan levert een ruwe schatting voor de 484 mannelijke psychoneurotici uit Fraser's onderzoek (Chart 3) circa 1000 „lost working days” per jaar op, als gevolg van psychosen. In totaal bedroeg het aantal „lost working days” in deze groep (neurosen en psychosen) 1.09% (table II) of ongeveer 5600 mandagen.

een graduele classificatie. In ons land wees Smit <sup>(92)</sup> er in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde op, dat de grootte van het verzuim voornamelijk wordt bepaald door een groep van aandoeningen, die te beschouwen zijn als sociaal geactiveerde neurotische reacties. Als dit juist is, dan moet het mogelijk zijn — aldus de schrijver — zonder tijdrovende psychiatrische behandelingen door een praktische aanpak van de aanleiding gevende sociale situaties voor vele gevallen oplossingen te vinden zonder arbeids-onderbreking.

Onder de neurose „in engere zin” rekent Smit dan de hysterie, de dwangneurose, de depressies, de angsttoestanden en de zeer sterk gekleurde neurasthenische beelden. Voor deze groep vindt hij een frequentie van 4,7% van alle ziektegevallen. Van veel meer betekenis voor de onderbrekingen van de arbeid bleken de sociaal geactiveerde neurosen te zijn, waarvoor hij een frequentie vond van 26,4%. Deze groep omvat de licht neurotische uitingen als vermoeidheid, hoofdpijn, duizelingen, vage hypochondrische instelling, verhoogde emotionaliteit enz. Zoals de schrijver zelf opmerkt pretendeert deze splitsing niet wetenschappelijk te zijn en is de opsomming van de ziektebeelden uiteraard incompleet. Voor de praktijk is het evenwel nuttig een dergelijke scheiding aan te houden, omdat het een kwantitatief inzicht verschaft in de grootte van de groep, die na „rustige bespreking en tegemoettreding, meestal snel met de moeilijkheden — in casu de sociogene aanleiding — te voorschijn komt”.

### III. NOMENCLATUUR EN CLASSIFICATIE

Bij beschouwing van de literatuurgegevens in tabel 1 valt onmiddellijk op, dat de verschillende auteurs over verschillende dingen spreken. Het kost de lezer veel moeite om door bestudering der oorspronkelijke publicaties tot uitkomsten te komen, die zich laten vergelijken. Het is niet zozeer het gebruik van verschillende ratio's, dat hieraan schuldig is, dan wel de omstandigheid, dat de „telobjecten”, op enkele uitzonderingen na <sup>(84, 44, 92, 80)</sup> vaag omschreven zijn en onvoldoende gedefinieerd.

Bijna geen enkele auteur geeft de voor vergelijking noodzakelijke verantwoording van de door hem gebruikte diagnosegroeperingen in de nummers van de internationale nomenclatuur. Ook Stocks niet, die voor dit doel gebruik maakt van de Medical Research Council's Provisional Classification <sup>(96)</sup>.

Bij de pogingen om het neuroseprobleem kwantitatief te benaderen, doet zich de behoefte gevoelen aan een nosologische eenheid, een telobject, dat even circumscripied als ondubbelzinnig behoort te zijn en dat zich laat uitdrukken in een internationaal verstaanbare taal. Wij kozen daartoe de volgens huidige opvattingen reeds enigszins verouderde groep der „psychoneurotic disorders”, gedefinieerd door de nummers 310—318 van de International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death 1948 <sup>(69)</sup>.

Deze keuze vereist enige motivering. Waar in het hiervoor besprokene immers gebleken is, dat het neurosebegrip in het dagelijks spraakgebruik steeds meer omvattend is geworden en in de praktijk al lang niet meer de beperkte betekenis heeft van Rümke's neurosen-in-engere-zin, daar zou men terecht kunnen stellen, of het nut heeft om met een verouderde eenheid te werken, die juist door zijn beperkte omvang min of meer geflatteerde cijfers moet opleveren.

#### III.1. INTERNATIONALE AFSPRAKEN

In de keuze van een nosologische eenheid zijn wij evenwel niet geheel vrij, sinds Nederland zich in de Vergadering van de World Health Assembly van 24 juli 1948 door de plechtige ondertekening van de „Regulations nr. 1, Regarding Nomenclature including compilation and publication of Statistics with respect to Diseases and Causes of Death” aan een internationale afspraak heeft gebonden.

De letterlijke tekst van het bedoelde document begint aldus:  
„The World Health Assembly

Recognizing the importance of ensuring as far as possible the uniformity and comparability of statistics of diseases and causes of death,

Having regard to Articles 2 (S), 21 (b), 22 and 64 of the Constitution of the World Health Organization,

Adopts this twenty-fourth day of July one thousand nine hundred and forty-eight the following Regulations, which may be cited as the Nomenclature Regulations 1948."

Hierna volgen 24 artikelen, waarvan het volgende van belang is voor het probleem van het telobject in de ziektestatistiek:

In artikel 13 is vastgelegd, dat in publicaties de gekozen groepering, ondubbelzinnig gedefinieerd behoort te zijn door het vermelden van de codenummers van de Internationale Classificatie, waaruit de gebruikte ziektegroepen bestaan en dat hergroepering mogelijk moet zijn:

„Each member, when preparing statistics of morbidity, shall code the causes of illness in accordance with the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death . . .”

Vervolgens worden in artikel 14 drie met name genoemde indelingen gegeven, in overeenstemming waarmede morbiditeitstatistieken gepubliceerd moeten worden. Artikel 14 gaat dan als volgt verder:

„. . . .If they are published in another form, the categories selected shall be so arranged, that by suitable grouping they can be reduced to the Detailed List, or the Intermediate List, or the Special List.”

Uit deze laatste zinsnede blijkt, dat onder de in Nederland beschikbare naar diagnose gespecificeerde verzuimstatistieken tot voor kort praktisch alleen de NIPG-statistiek voldeed aan de eis, dat „reducing” mogelijk moet blijven, gebaseerd als deze is op de drie-cijferige codenummers van de Detailed List.

In dit verband moge worden opgemerkt, dat de nieuwe Nationale Lijst van Ziektegroepen <sup>(27)</sup> op sommige punten afwijkt van de Internationale Indeling (o.m. groep 021, neurosen). Dit is op zichzelf geen bezwaar, zegt artikel 14, mits hergroepering mogelijk is, maar het betekent, dat een ieder, die de groepsindeling van de Nationale Lijst gebruikt, ook de beschikking moet hebben over de afzonderlijke diagnoses, waaruit de groepen zijn samengesteld. Helaas kan dit van de meeste Nederlandse statistieken niet gezegd worden, doordat de betrokken controle-artsen reeds zelf in de peripherie plegen te groeperen, waardoor — hoe voortreffelijk zij dit ook mogen doen — de voor hergroepering noodzakelijke detailgegevens in de groepscode verloren gaan.

Met betrekking tot de nosologische eenheid is de belangrijkste conclusie uit de hierboven geciteerde internationale afspraak, dat de groep der neurosen bindend is vastgelegd in een aantal door nummers aangegeven diagnoses (310—318) van de International Classification of Diseases.

Dit houdt in, dat in elke wetenschappelijke publicatie — en niet minder in een officiële uitspraak — rekening gehouden dient te worden met deze



afpraak. Doet men dit niet, of, a fortiori, geeft men zich niet de moeite — hetzij nominatief dan wel in de betreffende codenummers — precies te omschrijven, wat men dan wèl onder „neurosen” verkiest te verstaan, dan betekent elk gegeven cijfer slechts een slag in de lucht. Bovendien is een zodanige uitspraak onverantwoordelijk, omdat de cijfers misleidend zijn voor al diegenen in binnen- en buitenland, voor wie het begrip „neurose” een andere inhoud heeft.

Het hiervoor nader toegelichte feit, dat het neurosebegrip als ziekte-eenheid internationaal is vastgelegd en dat deze groep van „psychoneurotic disorders” zich beperkt tot onmiskenbaar pathologische toestanden, „gedefinieerd” door de internationale codenummers 310-318, is oorzaak geweest om bij de evaluatie van het neuroseprobleem in de eerste plaats vast te houden aan deze ondubbelzinnige en algemeen verstaanbare indeling. Dit houdt natuurlijk niet in, dat de vele andere, tegenwoordig onder „neurose” begrepen ziektebeelden in deze studie buiten bespreking blijven. Al is dan het pathologisch karakter van deze laatste verzuimoorzaken veelal minder evident, zij spelen een zeer grote rol bij het kortdurend verzuim, waarvan de frequentie na de laatste oorlog zozeer is toegenomen.

### III.2. DIAGNOSE EN VERZUIM ALS TELOBJECTEN

De moeilijkheden, die zich bij vergelijking kunnen voordoen, zijn met het gebruik van een algemeen aanvaarde neurosegroep nog niet opgelost, zo lang geen uniformiteit bestaat in de terminologie van de diverse neurotische ziektebeelden en zo lang men het niet eens is over de normen voor verzuimnoodzaak.

Reeds in 1906 heeft Prinzing <sup>(84)</sup> er op gewezen, dat het verzamelen en publiceren van ziektegegevens geen zin heeft als vergelijking met elders en vroeger onmogelijk is, een uitspraak, die zó voor de hand ligt, dat men er zich slechts over verbazen kan, dat er een halve eeuw later nog zo weinig rekening mee wordt gehouden. Twintig jaar na hem verzuchtte Lloyd <sup>(68)</sup> „at the present time our situation to morbidity reports resembles somewhat a crosswordpuzzle with most of the words missing”.

Is de toestand nu, in 1958, eigenlijk veel anders? Nog in 1947 schrijft Sir Percy Stocks: „...terminology is neither precise nor uniform, the same words being used by different workers to mean different things” <sup>(96)</sup>.

Inderdaad is de nomenclatuur meer dan op enig ander terrein verwarrend wanneer het „neurotische aandoeningen” betreft. Volgens Prick is het oude begrip „neurose”, zoals dat door Cullen en Beard werd vastgelegd, geen entiteit, doch een reeks van syndromen, die zowel genetisch als structureel aanzienlijk divergeren. Talrijke syndromen in de klinische psychiatrie, die met de naam neurose worden aangegeven, vallen buiten het gebied der „zuivere” neurosen. Het aantal verwarring stichtende termen, waarmee de psychogene aetiologie en de a priori niet-somatische aard van dit soort aandoeningen wordt geëtiketteerd, is bijzonder groot. Het is daarom

niet voldoende, wanneer een internationale afspraak wordt gemaakt over de nummering, de codes, voor de diverse begrippen. Men moet het ook eens zijn over wat onder deze begrippen wordt verstaan. Zoals Percy Stocks <sup>(96)</sup> dit uitdrukt, is „the basic problem as to what is to be counted”. Wanneer men het hierover niet eens is, is vergelijking van cijfers uit verschillende bronnen een twijfelachtige onderneming.

Het vraagstuk wordt nog gecompliceerder, doordat in de morbiditeitsstatistiek wordt uitgegaan van de mogelijkheid van een uniforme waarderung met betrekking tot de graad van minus-dispositie, waarbij men van „ziekte” mag spreken.

De definitie van Rümke <sup>(86)</sup> „De mens, die niet met andere mensen aangepast kan leven, is ziek. De mens, die losraakt uit het systeem der tussensamenlijke verhoudingen, is ziek,” is — hoe bondig ook — als eenheid van telling voor statistische doeleinden natuurlijk niet te gebruiken. Wanneer begint dit „niet kunnen leven”, wanneer het „losraken”? Hoe komt men tot gelijkvormigheid in de waarderung van deze begrippen?

De individuele opvattingen van patiënt en arts lopen in dit opzicht van plaats tot plaats en van tijd tot tijd sterk uiteen. Het onderscheid tussen leven en dood is duidelijk, een sterfgeval is een scherp omschreven telobject, maar een dergelijke grens bestaat niet tussen gezond en ziek, vooral wanneer het neurotische symptomen betreft. Tussen beide gebieden ligt een zone, waarin de beslissing of in een bepaald geval al of niet „ziekte”, respectievelijk arbeidsongeschiktheid bestaat, afhangt van de lokale opvattingen van gezondheid op dat ogenblik en ook van degene, die de beslissing neemt. Dit is in sommige gevallen de arts, maar in de regel de patiënt zelf (ziekteverzuim bij werknemers) of een derde figuur (bazen, ouders, verloofden, collega's enz.).

De vraag op welk moment gezondheid in ziekte overgaat, vice versa, is in het bijzonder van belang als het statistische materiaal — b.v. bij een bevolkingsonderzoek — ontleend wordt aan mededelingen hieromtrent door de mensen zelf. Een van de weinige pogingen om voor deze overgang normen vast te stellen, is afkomstig van Sir Percy Stocks. In het rapport over „Sickness in the Population of England and Wales in 1944—1947” <sup>(96)</sup> wijdt hij een afzonderlijk hoofdstuk aan definities van termen en verhoudingsmaten, waarbij hij uitvoerig ingaat op het probleem van de begrenzing van gezondheid en ziekte. Het volgende is aan Stock's beschouwingen ontleend:

„It is often said that only a physician is competent to decide what a patient is suffering from; but the patient often has to decide whether or not he is ill at all. If he believes himself to be ill, then he is not in normal health; he is consciously suffering from something and therefore sick. On the other hand a person may think he is well, but on examination for some purpose such as life insurance or by mass radiography it is discovered that he has a disease which may at any time cause disability. From that moment

he begins usually to suffer inconvenience, if not actual symptoms, and then comes into the category of persons who are sick. From the standpoint of statistics of morbidity it seems most convenient to define the starting point of illness as the point at which either

- (a) the subject began to be conscious of symptoms of some disability, or
- (b) someone else decided that disease was present of a nature which could not continue to be ignored without danger to the patient.

It will be noted that this definition will not include static conditions left by past disease nor congenital abnormalities unless they are preventing the subject from living a normal life or causing symptoms which he would describe as illness. It does, however, include from the moment of their discovery early states of progressive disease which has not yet caused the subject to be conscious of them. Before their discovery and before the subject became conscious of them, such states can be classed as latent illness, but obviously cannot and need not be regarded as „illness” for the purpose of statistics. Examples are infectious diseases during the incubation period and unsuspected cancer.”

De vaagheid van de overgang naar ziekte is met Stock's formulering wel enigermate gepreciseerd, maar zeker niet opgelost, met name blijft het de vraag of de conditie sub a — „the subject began to be conscious” — wel voor alle bevolkingsgroepen dezelfde is: men denke in dit verband b.v. aan huisvrouwen, moeders van grote gezinnen, die eenvoudig geen tijd hebben om aan zichzelf te denken, d.w.z. „conscious” te worden.

De ziektestatistieken, die met betrekking tot het telobject relatief nog de minste moeilijkheden verschaffen, zijn die van het verzuim bij werknemers. Ofschoon de normen voor gezondheid en ziekte bij deze bevolkingsgroep — en bij hun artsen — in wezen dezelfde plaatselijke en tijdelijke verschillen vertonen als waarvan hiervoor sprake was, doet het feit, dat op een bepaald ogenblik het werk wordt neergelegd, ons althans over een pseudo-criterium beschikken, dat een bij uitstek bruikbaar object voor tellingen vormt. Men moet zich echter bij het vergelijken van ziekteverzuimgegevens voortdurend voor ogen houden, dat het verzuim maar een zeer betrekkelijke indicator is voor wat wij trachten te meten, n.l. de morbiditeit. Verschillen in verzuimfrequenties kunnen zodoende, zelfs bij volkomen identieke definities en bij gebruik van één en dezelfde nomenclatuur en classificatie, ten onrechte voor verschillen in ziektefrequenties worden gehouden. Zoals wij later zullen zien, bestaat ook ten aanzien van dit verzuimcriterium allermint eenvormigheid van opvattingen.

### III.3. MOEILIKHEDEN BIJ DE CLASSIFICATIE

Niet alleen op internationaal terrein, maar ook in eigen land kon men tot voor kort een chaotische verscheidenheid van ziekte-indelingen aantreffen, die elke vergelijking uitermate bemoeilijkte, zo niet onmogelijk

maakte. Weliswaar beschikt men in de Manual of International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death over een internationaal aanvaard classificatiesysteem, maar deze lijst voldoet, waar zij aanvankelijk opgemaakt is voor doodsoorzaken, steeds minder naarmate aan de „disease” het kenmerk „dodelijk verloop” vreemd is. Dit betekent, dat de kortdurende quoad vitam onbelangrijke onderbrekingen van het werk bijzonder onbevredigend en weinig systematisch in de Manual zijn ingedeeld. Alle goede bedoelingen ten spijt, doen daarom de hierop gebaseerde indelingen van oorzaken van ziekteverzuim enigszins geforceerd aan.

Een voorbeeld hiervan geeft de lijst van ziektegroepen en doodsoorzaken ten behoeve van de sociale verzekeringsorganen in West-Duitsland <sup>(15)</sup>. De nummering van deze lijst pretendeert, volgens de inleiding, gebaseerd te zijn op de Internationale Nomenclatuur. Het is evenwel niet een toevallige omstandigheid, dat de Duitse nummers in het gehele boekje nergens door de internationale codecijfers zijn verantwoord. Een krampachtige poging daartoe zou slechts tot keuzemoeilijkheden hebben geleid voor de artsen, die thans met meer vrijheid zèlf kunnen groeperen.

Het Duitse nummer 36 vermeldt als hoofd „Psychosen, psychoneurotische Störungen, u.s.w.”. De bedoeling is klaarblijkelijk in deze groep alle ziekten onder te brengen, die in de internationale classificatie vallen onder de codenummers 300-326. Het psychogene astma 317.0 hoort dus in deze groep thuis. In de praktijk komt hier niets van terecht, omdat astma als zodanig een afzonderlijk groepsnummer (30) heeft gekregen.

Hetzelfde geldt c.p. voor sommige niet-somatische hartaandoeningen, 315, die zeker door de arts in groep 44 (funktionelle Herzstörungen) zullen worden ondergebracht en voor psychogene eczemen, die, tegen de internationale voorschriften in, niet in 36 maar in groep 79 „andere nicht infektiöse Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes” terecht komen. Een bezwaar van de Duitse lijst is voorts het verloren gaan van de identiteit van de afzonderlijke waarnemingen — de diagnosen — ten gevolge van het rechtstreekse groeperen in de peripherie. Hierdoor is het achteraf onmogelijk om het aandeel der neurosen uit groep 36 af te splitsen.

Ook in de Nederlandse statistieken werden de „neurosen” in de regel in één adem genoemd met de psychosen. In de desbetreffende groep waren dan tevens karakter-, intelligentie- en gedragsafwijkingen ondergebracht. Zonder twijfel hebben de samenstellers van zodanig gecombineerde ziektegroepen zich laten leiden door de overweging, dat de frequentie van verzuim door psychosen en ziekelijke karakterafwijkingen enz. zó gering is, in verhouding tot de andere zenuwstoornissen, dat het weinig zin heeft voor de eerstgenoemde ziektegroepen afzonderlijke rubrieken te reserveren. Deze veronderstelling krijgt sterke steun door een mededeling van het Statistical Department van het International Labour Office te Genève, waaruit bleek, dat in de zg. C-lijst, „the Special List of 50 causes for

tabulation of morbidity for Social Security Purposes”, een minimum-frequentie van 1% als criterium is aangehouden voor het toekennen van een afzonderlijk codenummer. \*)

In tabel 2 is te zien hoezeer de frequenties van de drie fracties van deze diagnosegroep onderling uiteenlopen. De gegevens van de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde over 1953 zijn hier afzonderlijk berekend voor de drie ondergroepen van de Internationale Hoofdgroep V.

TABEL 2 *Psychosen (300-309), Psychoneurotic Disorders (310-318), Disorders of character etc. (320-326)*  
*Diagnosestatistiek N.I.P.G. 1953. Circa 40.000 mann. werknemers*

Intern. indeling	Aantal gevallen		Verzuimdagen		Gemiddelde verzuimduur in dagen
	absolute cijfers	procentuele verdeling	absolute cijfers	procentuele verdeling	
300-309	19	4%	2100	17%	111
310-318	458	95%	10455	82%	23
320-326	5	1%	170	1%	34
Hoofdgr. V	482	100%	12725	100%	26

Men ziet, dat de frequentie van de gevallen uit de subgroep 310-318 ca. 95% bedraagt van alle gevallen geassocieerd in de internationale hoofdgroep V. Maar in tabel 2 is ook te zien, dat de samenvoeging van de drie subgroepen wel degelijk storende consequenties heeft als het gaat om de respectieve gemiddelde verzuimduren. Dit vormt een bezwaar tegen de gebruikelijke koppeling van neurosen aan psychosen.

Intussen zou men tevreden mogen zijn als alle in Nederland bestaande statistieken, op uniforme wijze, de genoemde heterogene combinatie in hun codesysteem hadden ingevoerd. In werkelijkheid is van enige uniformiteit evenwel geen sprake. Tabel 3 licht dit toe voor een drietal grote verzuim-statistieken.

#### III.4. DE INHOUD VAN ENKELE NEUROSEGROEPEN

In de tabel zijn — voor elk der betreffende „neurose”groepen — die diagnoses aangegeven, die zij méér (+) of minder (—) bevatten dan de overeenkomstige subgroepen van de Internationale Lijst. Hierbij valt op, dat nòch bij de Medische Dienst van de N.V. Philips' Gloeilampenfabrieken te Eindhoven \*\*), nòch bij die van de Kon. Ned. Hoogovens en Staal-fabrieken te IJmuiden \*\*) en evenmin op de Afdeling Statistiek van het

\*) Mondelinge mededeling van Miss Laura E. Bodmer, I.L.O., 7th Revision Conference, Paris 1955.

\*\*) Korthedshalve in het vervolg „Philips”, respectievelijk „Hoogovens” genoemd.

Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde blijkbaar behoefte is gevoeld om wijzigingen aan te brengen in de internationale groep „psychosen”, maar dat de classificatie der (psycho-)neurosen niet voldoet in de vorm, zoals de Manual die aangeeft. Bij de bespreking van de Duitse lijst wezen wij er reeds op, dat een te star vasthouden aan de internationale classificatie praktische moeilijkheden oplevert met betrekking tot de nummers 315, 316 en 317. In de drie Nederlandse statistieken zijn het dan ook juist deze nummers, die op praktische overwegingen geheel of gedeeltelijk uit de groep der (psycho-)neurosen zijn afgevoerd. De controlearts, die in vele gevallen tot taak heeft dat groepsnummer (code) te registreren, waaronder z.i. de diagnose in kwestie ressorteert, heeft de neiging het orgaan te laten prevaleren boven het veelal dubieuze kenmerk „al of niet psychogeen”.

Tenslotte is nog uit het overzicht in tabel 3 te zien, dat vooral de neurosegroep van Philips meer omvat dan de internationale hoofdgroep V. Het gaat hier om de frequent genoemde motieven voor kort verzuim als hoofdpijn, migraine, duizeligheid, nervositas en stoornis in het psychisch evenwicht. In de N.I.P.G.-statistiek is de groep alleen met 790, nervositas, uitgebreid.

**TABEL 3** *Classificatie van Psychosen en (psycho-) Neurosen*  
*Praktische groeperingen, gebaseerd op ervaringen van bedrijfs- en controleartsen in enkele grote verzuimstatistieken in Nederland (1953), vergeleken met de internationale indeling<sup>1)</sup>*

Internationale classificatie	PHILIPS		N.I.P.G.		HOOGOVENS	
	+	-	+	-	+	-
Psychosen 300-309						
Psycho-neurosen 310-318		315 316 317.0-317.4		315 316		317.0
Karakter-, gedrags- en intellig. afw. 320-326	Hergroepering niet mogelijk		Hergroepering wél mogelijk		Hergroepering niet mogelijk	
Elders ingedeeld	354 780.6-780.8 790 791		790			322.0

<sup>1)</sup> Voor verklaring zie blz. 18 sub III.4.

### III.5. DE NATIONALE LIJST VAN ZIEKTEGROEPEN<sup>(27)</sup>

Verschillende van de hierboven genoemde overwegingen zijn overgenomen door de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistiek bij de voorbereiding van de Nationale Lijst van Ziektegroepen. Zo is een van de uitgangspunten geweest, dat het voor een juiste en gemakkelijke groepering doelmatiger is de zg. somatisatie-reacties bij de betreffende orgaanaandoeningen onder te brengen. Dit houdt b.v. in, dat nerveuze maagklachten zonder aantoonbaar anatomisch substraat niet meer onder de psychoneurotische afwijkingen geassocieerd worden — zoals de internationale classificatie aangeeft — doch onder groep 056 „Overige chronische aandoeningen van de spijsverteringsorganen”. Eenzelfde handelwijze is gevolgd met betrekking tot het psychogene astma en de psychogene huidaandoeningen. Het is in de praktijk veelal een onmogelijke opgave om b.v. bij een huidaandoening als „eczeem” de juiste keuze te doen tussen psychogeen en allergisch eczeem, die internationaal in verschillende groepen zijn ondergebracht — nog geheel afgezien van de vraag of deze differentiatie inderdaad is door te voeren. Met de in de Nationale Lijst gevolgde indeling zijn deze en soortgelijke bronnen van fouten vermeden.

Intussen zal het na het besprokene duidelijk zijn, dat, terwille van een internationale vergelijkbaarheid, hergroepering mogelijk moet zijn, d.w.z. dat nominatieve detaildiagnosen en centrale codering de voorkeur genieten boven perifere voorgroepering door eigen bedrijfs- of controleartsen.

De groep, waarin de „neurosen” met hun verantwoording in internationale codenummers in de hiervoor genoemde Nationale Lijst zijn ondergebracht, is groep V, getiteld „psychosen en psychopathieën”. De indeling van deze groep laten wij in tabel 4 volgen met in- en exclusies geheel conform de Nationale Lijst.

In het bovenstaande is wat uitvoeriger ingegaan op de kwestie van nomenclatuur en classificatie, omdat het voor waardering en vergelijking van morbiditeitsgegevens een conditio sine que non is, dat volledig bekend is, wat de cijfers precies voorstellen. Helaas is aan deze voorwaarde maar zelden voldaan, zodat het — in het bijzonder bij buitenlandse gegevens en publicaties van jaren her — dikwijls onmogelijk blijkt de betekenis van de opgegeven cijfers op de juiste waarde te schatten.

TABEL 4 V. Psychosen en Psychopathieën. Indeling volgens de Nationale Lijst van Ziektegroepen ten behoeve van Ziekteverzuijstatistieken

Natio- nale code	Diagnosegroep	Internationale code	Inclusies	Internationale code	Exclusies	Internationale code	Te brengen onder diagnose- groep:
020	psychosen en psychopathieën	300 t/m 309 320 t/m 326	alcoholisme en verslaving aan andere vergiften debilitas, idiotie	322, 323 325			
021	NEUROSEN	310 t/m 314 317.5 318 354 780.6 790 791	hoofdpijn z.n.a. migraine nervositas hysterie psychische surmenage duizeligheid	791 354 790 311 318.32 780.6	psychogene hart- klachten, hart- neurose nerveuze maag- bezwaren, maag- neurose colitis mucosa hyperemesis gravidarum asthma nervosum neurose v. d. urogenitale organen psychogene pruritus andere huidneurosen orgaanneurose v/h bewegingsapparaat	315 316.2 316.0 642.4 317.0 317.1 317.2 317.3 317.4	032 056 056 064 042 061 071 075



#### IV. NEDERLANDSE GEGEVENS OVER VERZUIM DOOR „NEUROSEN”

Morbiditeitstatistieken zijn schaars in ons land en de cijfers die er zijn, zijn grotendeels weinig gedetailleerd, onvoldoende betrouwbaar en incompleet. Voor insiders is dit geen nieuws. Nog in 1954 wees de Commissie tot Onderzoek van de Invloed van het Ziekteverzuim op de Arbeidsproductiviteit in het door haar uitgebrachte Interim Rapport op de betreuwenswaardige situatie in Nederland in deze speciale sector van de „vital & health statistics” (blz. 13, 20, 21, 22, 24 en 30). Eén van de vier in hoofdstuk V van genoemd rapport gegeven aanbevelingen betreft „het bevorderen van een goede medische en sociaal-geneeskundige statistiek”, een aanbeveling, die uitvoerig wordt uitgewerkt op blz. 41 e.v. van het rapport. Ook van verschillende andere zijden werd herhaaldelijk gewezen op het ontbreken van betrouwbare voor vergelijking bruikbare gegevens (1, 17, 40, 3, 38, 78, 76, 92, 64, 81).

Levert de ziektestatistiek dus reeds moeilijkheden op met betrekking tot het probleem van het verzuim en de toename ervan *in het algemeen*, nog nijpender wordt het tekort aan medisch-statistisch materiaal, als het gaat om het naspuren van verschillen en verschuivingen in het verzuim door *bepaalde* ziekten, i.c. door neurosen. Meer dan ooit zijn wij hier aangewezen op enkele bedrijfstatistieken en — sinds enkele jaren — op de gegevens van de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

Ofschoon de verwachtingen derhalve niet erg hoog waren gespannen, hebben wij gemeend, dat in het kader van dit onderzoek, een algemene inventarisatie van in Nederland aanwezige gegevens over verzuim door „neurosen” niet achterwege mocht blijven.

##### IV.1. INVENTARISATIE VAN VERZUIMCIJFERS OVER „NEUROSEN”

Ten einde een zo compleet mogelijk overzicht te verkrijgen van de bestaande cijfers, werden alle gezamenlijke Gemeentelijke Geneeskundige Diensten in een enquête betrokken; verder al die bedrijven, waarvan bekend was, dat zij over een eigen Bedrijfsgeneeskundige Dienst beschikten dan wel ressorteerden onder een overkoepelende Dienst; en tenslotte ook die bedrijven, die in een of andere vorm een arts aan zich hadden verbonden. Als steekjaar werd 1953 gekozen. Voor het geval de betrokkenen slechts over gegevens van recenter datum zouden beschikken, dan waren — zo was in het begeleidend schrijven gesteld — ook deze cijfers welkom.

Voorts was er op gewezen, dat het niet in de bedoeling lag gegevens te vragen, die niet reeds kant en klaar voorhanden waren. Deze bescheidenheid kwam voort uit de vrees, dat een bewerkelijk en tijdrovend onderzoek de betrokken collega's zou kunnen afschrikken, waardoor wel aanwezige, doch incomplete gegevens niet te onzer kennis zouden komen. Bovendien leek het niet juist extra arbeid te verlangen voor het achterhalen van cijfermateriaal, waarvan al bij voorbaat zo goed als vaststond, dat het — zonder uitvoerige toelichtingen en zonder nadere analyse — uit een oogpunt van vergelijkbaarheid praktisch geen betekenis zou hebben; ter wille van de eenvoud werd het aantal vragen beperkt tot de voornaamste vijf verzuimgrootheden, plus een verzoek tot vermelding van de sterkte van het personeel, waarop de cijfers betrekking hadden. Tenslotte werd een summier aanwijzing gevraagd over de aard van de in de statistiek opgenomen psychische stoornissen. Meer dan een aanwijzing werd hiervoor niet verlangd, omdat het wel zeker was dat een exacte definitie van de gebruikte neurosegroep in de codenummers van de Internationale Classificatie — op enkele uitzonderingen na — door geen der betrokken Diensten zou kunnen worden gegeven. Misschien ten overvloede, was een duidelijke omschrijving van de gevraagde verzuimgrootheden bijgevoegd.

Een volledig overzicht van de binnengekomen antwoorden is als Annex I achterin opgenomen.

Van de 81 formulieren, die werden verzonden, kwam in 14 gevallen, ook nadat een herinnering was verstuurd, geen bericht terug. De enquête leverde derhalve 83% beantwoordingen op, waarvan 41 met de mededeling „geen gegevens beschikbaar” en 26 ingevuld; een positief resultaat dus van 32%.

Wanneer men het respectabele aantal cijfers ziet, dat aldus werd verzameld, is de eerste indruk, dat het in Nederland toch nog wel meevalt met de ziektestatistiek. Bij een wat nauwkeuriger beschouwing van de cijfers en de bijgevoegde opmerkingen, blijken de gegevens evenwel, in de vorm waarin zij zijn verstrekt, praktisch elke vergelijkingswaarde te missen. In de eerste plaats zijn de diagnoses in vele gevallen weinig betrouwbaar. Dit feit werd herhaaldelijk door de betrokkenen zelf bij het antwoord opgemerkt. Anderen weer delen mede, dat de statistiek nog in statu nascendi is, als gevolg waarvan de onontbeerlijke uniformiteit in de classificatienormen nog niet tot stand is gekomen. In de derde plaats zijn de populaties waarop de cijfers betrekking hebben dikwijls zo klein, dat — opnieuw volgens mededeling van de betrokkenen — opeenvolgende perioden aanzienlijke fluctuaties te zien geven, vooral in die verhoudingscijfers, die betrekking hebben op de verzuimde dagen. De ernstigste tekortkoming — een bedenking die vrijwel algemeen bleek te zijn — was evenwel, dat er geen zekerheid bestond over het gebruikte telobject. Het is dan ook niet te verwonderen, dat de uitkomsten voor de onderscheiden verzuimgrootheden enorme verschillen te zien geven.

Ter illustratie volgen hieronder de extreme waarden zoals de inventarisatietabel die te zien geeft: \*)

#### De verzuimfrequentie

Het aantal verzuimen, als gevolg van „neurosen”, per 100 personen, per jaar	mannen		vrouwen	
		maximum	5.2	maximum
	minimum	0.2	minimum	2.3

#### Het gemiddelde verzuim

Het aantal door „neurosen” verzuimde dagen, per 100 personen, per jaar	mannen		vrouwen	
		maximum	120	maximum
	minimum	16.7	minimum	41.0

#### De gemiddelde verzuimduur

De gemiddelde duur van een „neurose”verzuim in dagen	mannen		vrouwen	
		maximum	101	maximum
	minimum	5	minimum	8

#### De proportionele verzuimfrequentie

Het aandeel van de „neurosen” in de totale verzuimfrequentie, in promillen	mannen		vrouwen	
		maximum	50	maximum
	minimum	1.8	minimum	12.5

#### De proportionele verzuimduur

Het aandeel van de door „neurosen” verzuimde dagen in het totaal van alle verz. dagen, in promillen	mannen		vrouwen	
		maximum	80.0	maximum
	minimum	9.1	minimum	10.7

Met deze cijfers voor ogen, lijkt iedere commentaar overbodig. De variaties in de, voor de verschillende verzuimgrootheden opgegeven waarden zijn zo onwaarschijnlijk groot, dat het niet de minste zin heeft, gemiddelden te gaan berekenen. Niemand zou dan trouwens precies kunnen zeggen, wat er eigenlijk gemiddeld was. Het is dan ook duidelijk, dat gegevens over „neurosen” geen enkele vergelijkingswaarde hebben, als ze niet vergezeld gaan van ondubbelzinnige begripsomschrijvingen, en als een toelichting op de verzuimfaciliteiten ontbreekt. Maar ook dan nog blijft een correctie een uiterst moeizame en veelal onmogelijke taak. Wij hebben er daarom van afgezien pogingen te doen alle binnengekomen antwoorden onder een gemeenschappelijke noemer te brengen. In plaats daarvan hebben wij ons beperkt tot een analyse van de „neurose”-gegevens van een drietal grote diagnosestatistieken, t.w.:

\*) Voor de definities van de verhoudingsmaten zie men Annex V.

1. de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden;
2. de Ziektestatistiek van de N.V. Philips' Gloeilampen Fabrieken te Eindhoven;
3. de Ziektestatistiek van de Koninklijke Nederlandse Hoogovens en Staal fabrieken te IJmuiden.

De geneeskundige diensten van de beide voor dit neurose-onderzoek uitgekozen bedrijven werden bereid gevonden hun medewerking te verlenen.

#### IV.2. DE DIAGNOSESTATISTIEK VAN HET NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE <sup>(77)</sup>

In het najaar van 1951 werd op initiatief van Prof. S. T. Bok, het toenmalig hoofd van de afdeling Statistiek, een begin gemaakt met een statistiek van naar oorzaken gespecificeerd ziekteverzuim. Het plan voor deze statistiek was logisch voortgevloeid uit de in voorafgaande jaren opgedane ervaring, dat het louter kwantitatieve gegeven van de ziekteverzuimstatistiek geen bevredigend inzicht vermag te geven in het ontstaan en verdwijnen van schommelingen en verschuivingen in het ziekteverzuim, als men niet tevens de beschikking heeft over een statistiek van diagnosen.

In de hierna volgende jaren moesten vele moeilijkheden worden overwonnen met betrekking tot de verlangde representativiteit, de noodzakelijke minimum betrouwbaarheid der diagnostische gegevens en de nauwkeurigheid der administratieve verwerking. Zoals in het vervolg herhaaldelijk zal blijken, waren deze moeilijkheden in 1953 nog geenszins opgelost. Niettemin was door de inmiddels opgedane ervaringen het inzicht in de achtergronden van de tekortkomingen zoveel verbeterd, dat de cijfers met meer kennis van zaken op hun werkelijke waarde konden worden beoordeeld.

Er bestaat een fundamenteel verschil tussen een landelijke statistiek, zoals die van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, en de ziekte- of diagnosestatistieken van individuele bedrijven. Heeft men bij deze laatste allerlei factoren en omstandigheden, voorwaarden voor uniformiteit en betrouwbaarheid, grotendeels in handen, bij een statistiek die een groot aantal bedrijven omvat, is dit zeker niet het geval. Hier toch komen de gegevens bijeen van over het land verspreide bedrijfs- en controle-artsen, die met betrekking tot de verzuimnormen, de controlesystemen en de nauwkeurigheid der diagnostische opgaven soms een zeer verschillende gedragslijn volgen. Onderlinge afspraken zijn er niet en de centrale coderingsinstantie — i.c. de Afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde — kan maar weinig invloed uitoefenen op de voor vergelijking storende gevolgen van de heterogene herkomst van het materiaal.

Voor een goed begrip en een juiste waardering van de cijfers uit de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, is het daarom nodig meer uitvoerig op de achtergronden in te gaan.

#### IV.2.1. De werknemerspopulatie van de Diagnosestatistiek

In 1953 was het aantal werknemers, waarvan het naar diagnoses gespecificeerde arbeidsverzuim aan de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde werd opgegeven, geleidelijk uitgegroeid tot meer dan 50.000 mannen en circa 7.000 vrouwen, verdeeld over 9 bedrijfspgroepen \*) en 33 bedrijven. Het materiaal was voornamelijk afkomstig uit het Westen en het Centrum van het land, en door de deelname van de N.V. Philips tevens uit Brabant. De Twentse textielindustrie was zo goed als niet vertegenwoordigd en ook de Limburgse mijnen namen geen deel aan de Diagnosestatistiek. Van een landelijke representativiteit was derhalve nog geen sprake <sup>(62)</sup>.

Ook ten aanzien van de diverse bedrijfspgroepen bestond geen evenwichtigheid, aangezien enkele hiervan — met name Scheepsbouw en Metaal — veel beter vertegenwoordigd waren dan de andere. De splitsing in bedrijfspgroepen is voornamelijk van betekenis doordat hiermede een meer adequate vergelijkingsmogelijkheid wordt geboden voor de afzonderlijke deelnemende bedrijven. Waar het evenwel bij het neurose-onderzoek ging om — alle deelnemende bedrijven omvattende — landelijke verzuimcijfers, werd de voorkeur gegeven aan een indeling van de werknemers zelf, een groepering naar de aard der werkzaamheden, in plaats van de splitsing in verschillende bedrijfspgroepen.

Zo is in het hier volgende overzicht een gespecificeerde samenstelling gegeven van de gehele populatie, die door de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde in 1953 werd bestreken, gesplitst naar mannen en vrouwen, en verdeeld in de drie, nog nader te omschrijven categorieën „fabrieksarbeiders”, „administratief personeel” en „overige werknemers”.

TABEL 5 Overzichtstabel populatie N.I.P.G.-statistiek 1953, exclusief N.V. Philips

Groepen van werknemers	Gemiddelde sterkten	
	mannen	vrouwen
Fabrieksarbeiders .....	35450	1344
Administratief personeel .....	2355	1363
Overig personeel .....	2313	1468
Totaal .....	40118	4175

\*) De uit kleine eenheden samengevoegde „Bedrijfsadministratie” is hier als afzonderlijke bedrijfspgroep buiten beschouwing gelaten.

Volgens de Handleiding voor de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde wordt onder „administratief personeel” behalve de eigenlijke kantoorbedienden, ook gerekend het personeel van tekenkamers, laboratoria en het gezamenlijke toezichthoudend en leidinggevend personeel. Beter dan met enige positieve definitie kan door de hier gegeven omschrijving van het administratieve personeel worden aangegeven, wat onder „fabrieksarbeiders” moet worden verstaan. Hieronder vallen dus alle andere, in de industrie werkzame personen, inclusief corveeërs, chauffeurs en overige werknemers, die niet rechtstreeks bij het produktieproces zijn betrokken. In twijfelgevallen worden stukwerkers, uur- en weekloners onder de arbeiders, en personeel op maandsalaris onder het administratieve personeel gerangschikt. Als gevolg van de heterogene herkomst van het materiaal zal men wel nooit geheel zeker kunnen zijn dat aan de voorschriften met betrekking tot de administratieve uniformiteit overal de hand wordt gehouden. Een scherper criterium voor de begrippen „fabrieksarbeider” en „administratieve werknemer” is evenwel moeilijk te geven, als men onder de definities althans alle mogelijke functionarissen wil brengen, die in de diverse bedrijven werkzaam zijn.

In de jaarverslagen en in andere publicaties van de Afdeling Statistiek van het Instituut is — in overeenstemming met de splitsing van de werknemers in de ziekteverzuimstatistiek — de gewoonte aangehouden de gegevens voor de twee hier genoemde groepen afzonderlijk te bewerken. Geheel bevredigend is deze indeling niet sinds een aantal „bedrijven” aan de Diagnosestatistiek is gaan deelnemen waarvan de werknemers niet goed in een der beide categorieën zijn onder te brengen. Ten einde de groep fabrieksarbeiders in het onderhavige neurose-onderzoek zo zuiver mogelijk te houden, werden de hier bedoelde groepen van werknemers, waaronder bij de mannen het politiepersoneel valt en bij de vrouwen het personeel van de grootwinkelbedrijven, in een afzonderlijke categorie samengebracht, n.l. die der „Overige werknemers”. In de hiervóór gegeven overzichtstabel zijn de gezamenlijke werknemers uit de N.I.P.G.-statistiek volgens deze classificatie ingedeeld.

In het vervolg zullen wij ons slechts bezighouden met de categorie der eigenlijke *fabrieksarbeiders*. De voornaamste reden van deze beperking is, dat vergelijkingsmateriaal van voldoende omvang feitelijk alleen maar beschikbaar is voor deze groep werknemers. Een tweede motief is, dat, met name in de administratieve sector, lang niet altijd zekerheid bestaat dat elk geval van ziekteverzuim wordt doorgegeven en geregistreerd. Het kantoorpersoneel geniet veelal privileges met betrekking tot het onderworpen zijn aan controle, terwijl ook anderszins nogal eens faciliteiten bestaan, die er oorzaak van zijn dat het geregistreerde verzuim lager is dan het werkelijke. Soortgelijke verschillen doen zich ook voor in de statis-

tieken van de N.V. Philips en van de Hoogovens. Ook in deze bedrijven is een 100%-registratie slechts beschikbaar voor de categorie van onder de Ziektewet vallende, verplicht verzekerde weekloners.

#### IV.2.2. *De ingezonden diagnoses*

Het gemis aan eenvormigheid in de wijze en in de nauwkeurigheid waarop de diagnoses worden opgegeven, zou men terecht de Achilles-hiel kunnen noemen van de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Deze kwetsbaarheid is hoofdzakelijk een gevolg van de omstandigheid, dat de controle niet in alle bedrijven in handen is van de aan deze bedrijven verbonden geneeskundigen. In vele gevallen is de controle overgedragen — geheel of ten dele — aan de betreffende Bedrijfsvereniging of aan het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (G.A.K.). De controlerend geneeskundigen van deze Bedrijfsverenigingen maakten voor het noteren van de diagnoses tot voor kort gebruik van een eigen groepscode. Zij groeperen dus zelf, waardoor de afzonderlijke diagnoses in de groepsnummers verdwijnen. Voor de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde betekent dit, dat de diagnoses van de door het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor gecontroleerde werknemers niet verbatim, doch als verscheidene ziekten omvattende nummers worden ingezonden. Laat men het zoëven genoemde bezwaar, dat met name door dit vóórgroeperen de identiteit der afzonderlijke waarnemingen verloren gaat, buiten beschouwing, dan zou tegen deze procedure weinig in te brengen zijn, als de gebruikte diagnosegroepen maar zouden overeenstemmen met de rubriceringen van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Dit nu was in 1953 zeker niet het geval. Een gevolg hiervan is geweest, dat de in G.A.K.-code ingezonden diagnoses, die feitelijk opnieuw moesten worden gegroepeerd, doorgewerkt hebben in de cijfers van de Diagnosestatistiek. Bij de evaluatie van deze cijfers dient dan ook rekening gehouden te worden met de vorm waarin de diagnoses werden ingezonden.

#### IV.2.3. *De invloed van de G.A.K.-code*

De codelijst, die in de jaren 1953 en 1954 gebruikt werd door de controlerend geneeskundigen van de Bedrijfsverenigingen, was in feite nog dezelfde als die van het bekende vooroorlogse boekje van Centraal Beheer. De indelingssystematiek ervan was verre van gaaf. De diagnosegroepen waren zeker niet ondubbelzinnig gedefinieerd, communiceerden daardoor onderling en gaven vele overlappingsen te zien. De artsen, die met dit systeem moesten werken, stonden zodoende herhaaldelijk voor een *embarras du choix* bij de toekenning van een groepsnummer, wat onvermijdelijk moest leiden tot voor de statistiek onaangename consequenties. Het is niet precies te zeggen hoe groot de invloed van de G.A.K.-code is geweest op de uitkomsten van de Diagnosestatistiek van het N.I.P.G., omdat men

de bedrijven bezwaarlijk kon splitsen in een groep met, en één zonder G.A.K.-controle: in werkelijkheid blijken namelijk zeer vele bedrijven van de tweede groep toch ook wel, zij het incidenteel, b.v. voor veraf wonende werknemers, gebruik te maken van de diensten van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor. Niettemin is het mogelijk, door middel van steekproeven uit de meldingsformulieren, een indruk te krijgen van de invloed van de in G.A.K.-code opgegeven diagnoses. De resultaten van deze steekproeven zijn bijeengebracht in tabel 6.

TABEL 6 *Aantallen diagnoses verstrekt in G.A.K.-code per 100 opgegeven diagnoses. N.I.P.G.-statistiek, 1953 en 1954*

bedrijfs- code 1)	percentage G.A.K.- diagn.	1953		1954	
		gem. pers.sterkte		gem. pers.sterkte	
		mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
12023	35	272	—	280	—
12105	20	1381	10	1814	10
12122	90	265	—	269	—
12126	90	170	—	196	—
12303	75	1291	18	1366	18
21003	100	1887	240	1887	257
21004	100	1773	115	1798	110
21005	100	912	59	1181	101
21006	100	259	69	259	69
21007	100	1923	50	1923	50
40014	75	794	—	856	—
40017	40	—	—	229	—
82129	90	75	23	80	20
82405	40	—	—	29	—

1) Betreft slechts die bedrijven, die de medische controle geheel of ten dele hebben uitbesteed.

Gezien het verschil in controlegewoonten en ziekengeldregelingen voor de drie in het overzicht van blz. 26 gegeven categorieën van werknemers was het voorts te verwachten, dat de percentages G.A.K.-diagnosen voor deze groepen nogal uiteen zouden lopen. Ons interesseerde uiteraard in het bijzonder hoe groot dit percentage was voor de te bestuderen groep der Fabrieksarbeiders.

De uitkomsten zijn in tabel 7 vermeld. Ook deze cijfers zijn schattingen uit steekproeven van de meldingsformulieren.

In het oude boekje van Centraal Beheer waren de „psychosen en neurosen” in het nummer 38 ondergebracht. In 1953 is met veel moeite en goede wil op de Afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde getracht een soort vertaling te maken van de



TABEL 7

*Aantallen diagnoses verstrekt in G.A.K.-code per 100 opgegeven diagnoses bij 3 groepen werknemers  
N.I.P.G.-statistiek, 1953 en 1954*

	1953		1954	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Fabrieksarbeiders .....	25	41	26	37
Administratief personeel .....	3	1	2	1
Overige werknemers .....	—	—	—	—
Totaal .....	23	14	23	13

codenummers van de C.B.-lijst in die van de Internationale Nomenclatuur. In overleg met de medisch adviseur werd tenslotte een lijst opgesteld, waarin voor het G.A.K.-nummer 38, als best passende vertaling, het internationale codenummer 318 werd gekozen. In de Manual vinden wij als omschrijving van dit nummer „psychoneurotic disorders, other, mixed and unspecified types”. Nu is inderdaad in het G.A.K.-nummer 38 een hele reeks van psychoneurotische aandoeningen geïnccludeerd, waarvan men met recht kan zeggen, dat de diagnose van een niet gespecificeerd type is. Het woordje „other” wijst er evenwel op, dat niet *alle* neurotische stoornissen in 318 thuis horen, maar dat kennelijk de aandoeningen die in gespecificeerde vorm onder andere nummers zouden vallen, behoren te worden uitgesloten. Met andere woorden 318 is bedoeld als een restgroep, terwijl 38 alle gezamenlijke psychische stoornissen omvat. Dit houdt dus in, dat 318 t.g.v. de geïnccludeerde G.A.K.-diagnosen, overbelast moet zijn voor die bedrijven, respectievelijk voor die personeelsgroepen, waarvan de diagnosen geheel of voor een belangrijk percentage in de G.A.K.-code werden opgegeven. Wanneer dan ook in het volgende hoofdstuk getracht wordt, op basis van het N.I.P.G.-materiaal, schattingen te geven voor het verzuim door neurosen bij Philips en bij de Hoogovens, zal door het aanbrengen van correcties, rekening worden gehouden met de wisselende betekenis van de G.A.K.-code voor de cijfers van de onderscheiden werknemersgroepen.

#### IV.2.4. *Andere factoren van invloed op de uitkomsten*

Behalve de verscheidenheid in vorm en in gedetailleerdheid van het ingezonden diagnostisch materiaal, zijn er nog andere omstandigheden aan te wijzen, waarin een landelijke statistiek als die van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde fundamenteel verschilt van een tot één bepaald bedrijf beperkte diagnosestatistiek. Niet alleen vormt de werknemerspopulatie van de N.I.P.G.-statistiek een naar herkomst en woonplaats bonte verzameling van individuen met een lokaal uiteenlopende groepsmentaliteit, maar ook is er, met betrekking tot de verzuimfaciliteiten, de controlegewoonten en ziekingeldregelingen van homogeni-

teit geen sprake. Bij een enige jaren geleden door de Afdeling Statistiek ingestelde enquête bleken er nauwelijks twee bedrijven te vinden, die eenzelfde aanvullende voorziening kenden op de wettelijke ziekengelduitkeringen. Ook de organisatorische maatregelen, bedoeld om paal en perk te stellen aan te gemakkelijke verzuimneigingen, verschilden van bedrijf tot bedrijf. Hierdoor moet de overweging om het werk neer te leggen bij de werknemer die zich minder goed gedisponeerd gevoelde, eveneens van bedrijf tot bedrijf wisselende omstandigheden ontmoet hebben, die nu eens remmend, dan weer bevorderend op zijn beslissing hebben gewerkt. De invloed van deze factoren is uiteraard niet groot als het gaat om ernstige of vooral om acuut optredende ziekten. Maar zij spelen ongetwijfeld een rol als de ongesteldheid van lichte — en dan in de regel voorbijgaande — aard is. Zo zou men een geflatteerd verzuimcijfer mogen verwachten voor de frequentie van minder belangrijke, symptomatische stoornissen van de gezondheid in die bedrijven waar stipte meldingsvoorschriften bestaan, waar snel en streng wordt gecontroleerd en waar, zonder bovenwettelijke compensatieregelingen, vast wordt gehouden aan de wettelijk toegestane wacht- of carenzdagen. Een eliminatie van deze factoren is praktisch onmogelijk, omdat de regelingen ook *binnen* de bedrijven — voor diverse personeelsgroepen — herhaaldelijk blijken te variëren, afhankelijk van de duur van het dienstverband, van de burgerlijke staat en van de leeftijd der betrokkenen. De differentiaties in dit opzicht worden niet aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde opgegeven en zouden trouwens — complex als ze zijn — bezwaarlijk kunnen worden geëvalueerd.

Het staat wel buiten twijfel, dat de hier genoemde factoren mede van invloed zijn op de frequenties der „neurosen”, als men hiertoe althans ook rekent de onbetekenende sociogene neurotische reacties, die in de regel met kortdurend verzuim gepaard gaan. Veel minder waarschijnlijk is evenwel, dat er grote invloed van uitgaat op de verzuimfrequenties van de ernstiger neurotische ziektebeelden, zoals deze bijeengebracht zijn in de groep der „internationale” neurosen, onder de nummers 310-318.

Met al deze moeilijkheden heeft men veel minder te maken, wanneer men zich beperkt tot één bepaald bedrijf. Weliswaar spelen ook daar tal van niet-medische factoren een rol in de resulterende verzuimcijfers, maar zij zijn bekend en van een veel constanter karakter, zodat het mogelijk is er bij de evaluatie van de uitkomsten rekening mee te houden.

Voor een zo goed mogelijk kwantitatieve benadering van het verzuim door „neurosen” leek het aangewezen van beide typen van statistieken gebruik te maken. Bij de beoordeling van de betekenis van bepaalde ziekten voor het arbeidsverzuim in het algemeen heeft immers de heterogene herkomst van de N.I.P.G.-gegevens ontegenzeggelijk voordelen boven cijfers afkomstig uit één bepaald, naar aard en ligging gekenmerkt, bedrijf.

Uit het voorgaande bleek tegenover dit voordeel het bezwaar te bestaan, dat juist deze heterogeniteit onvermijdelijk een mindere betrouwbaarheid tengevolge heeft.

#### IV.2.5. Enkele cijfers uit de N.I.P.G.-statistiek

Alvorens over te gaan tot een bespreking van de beide bedrijfstatistieken, volgen hier eerst enkele routinegegevens over verzuim door „neurosen”, ontleend aan het Jaarverslag van de Diagnosestatistiek 1953. In dit jaar waren deze ziekten in de N.I.P.G.-statistiek als „psychosen en psychoneurosen” omschreven. De betreffende hoofdgroep werd aangeduid door het codenummer 05.

Gemakshalve zullen deze 05-ziekten in het vervolg „N”-neurosen worden genoemd. Op overeenkomstige wijze is voor de groep der „psychische stoornissen” de bij de N.V. Philips gebruikelijke betiteling „Z<sub>2</sub>-ziekten” vervangen door „P”-neurosen en zijn de „functionele ziekten” van de Hoogovensindeling met de term „H”-neurosen aangeduid. Tenslotte is de afkorting „I”-neurosen gekozen voor de Internationale Neurosen, gedefinieerd door de codenummers 310-318.

TABEL 8 *Verzuim door N-neurosen*<sup>1)</sup>  
*Diagnosestatistiek N.I.P.G. 1953 (exclusief Philips)*

Bedrijfsgroepen	sterkten		freq. p. 100		verz. dagen p. 100		gem. verz. duur	
	m	v	m	v	m	v	m	v
Scheepsbouw .....	15681	—	1,71	—	49,59	—	29,0	—
Techn. Apparaten ....	1791	280	3,80	5,71	54,10	55,71	14,3	9,8
Metaal .....	6875	—	3,00	—	53,05	—	17,7	9,4
Rayon .....	9084	785	2,66	7,26	62,58	89,04	23,5	12,3
Levensmiddelen .....	831	—	0,48	—	15,04	—	31,3	—
Chemie .....	1188	184	2,69	6,52	94,87	48,91	35,2	7,5
Zuivere Administratie .	1639	1165	2,07	9,87	11,35	47,90	5,5	4,9
Gemeentelijke Admin. .	1684	—	2,08	—	50,71	—	24,4	—
Bedrijfs Administratie .	716	198	2,09	7,07	29,05	59,60	13,9	8,4
Niet in vorige groepen onder te brengen ..	629	1432	2,38	5,24	33,39	60,54	14,0	11,6
Totaal, incl. personeels- groepen <100 ....	40118	4175	2,29	7,14	51,81	61,70	22,6	8,6

<sup>1)</sup> Personeelsgroepen <100 buiten beschouwing gelaten.

De N-neurosen omvatten in 1953 de volgende nummers uit de International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death: 300-314, 317-318, 320-326, 790.

In tabel 8 zijn voor drie verzuimgrootheden de cijfers gegeven voor de verschillende bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde aangesloten bedrijfsgroepen.

#### IV.3. DE ZIEKTEVERZUIMSTATISTIEK VAN DE N.V. PHILIPS' GLOEILAMPENFABRIEKEN TE EINDHOVEN (19)

Voor degene, die een medisch-statistisch onderzoek wil verrichten onder een grote industriële werknemersgroep, biedt de N.V. Philips' Gloeilampenfabrieken te Eindhoven veel aantrekkelijks. De Medische Afdeling van deze grote onderneming kan bogen op een statistische ervaring sinds 1929 en op een historie, die teruggaat tot de oprichting in 1909, toen een aanvang werd gemaakt met de curatieve zorg voor het eigen personeel en hun gezinsleden. Deze zorg werd in 1928 uitgebreid met de preventie, in welk jaar de bedrijfsgeneeskunde haar intree deed bij de N.V. Philips. Reeds het volgende jaar begon de toenmalige Gezondheidsdienst (Dr. G. C. E. Burger) met de verzameling van gegevens over ziekteverzuim.

Ofschoon de vorm en wijze van registratie in de loop der jaren gewijzigd is, biedt deze statistiek de op zichzelf reeds zeldzame mogelijkheid voor een aantal vergelijkingen over een periode van circa 25 jaar.

Een andere in dit opzicht gunstige omstandigheid is, dat de N.V. Philips beschikt over een eigen huisartsendienst. Hierdoor ontmoet men bij dit bedrijf een zekere mate van uniformiteit in de normen voor arbeidsongeschiktheid en in de methodiek van registratie der gegevens, die aanzienlijk groter is dan in bedrijven, waar de curatieve zorg verdeeld is over een aantal huisartsen, die geen enkele band hebben met het bedrijf.

In 1953 waren 11 artsen werkzaam bij deze huisartsendienst. Aan hen was de zorg opgedragen over circa 42.000 verzekerden. Alle werknemers, wier jaarinkomen het in de Ziektewet vastgestelde maximum van f 5.025,— niet overschreed, waren als zodanig ingevolge het Ziekenfondsbesluit lid van het ondernemingsziekenfonds, waardoor alle in het onderzoek betrokken, in Eindhoven wonende werknemers zonder uitzondering onder de curatieve zorg vielen van een der huisartsen van de N.V. Philips.

Tussen de huisartsen, die onder de leiding van een eerste geneesheer werken, bestaat niet alleen een nauw onderling contact, maar zij hebben ook de gelegenheid in wekelijkse artsen-bijeenkomsten overleg te plegen met bedrijfs- en controle-artsen. Hier bestaat de mogelijkheid voor het opstellen van gemeenschappelijke richtlijnen en voor de bespreking van moeilijkheden bij de uitvoering ervan ondervonden. Dit overleg moet van grote betekenis geweest zijn voor een juiste classificatie van ziekten en voor een uniforme toepassing van het coderingssysteem voor diagnosen. In de wekelijkse vergaderingen komt het ziekteverzuim regelmatig ter sprake. De huisartsen houden van hun patiënten ziektekaarten bij, waardoor bijzonderheden over de diagnosen van vroegere verzuimen desgewenst nog na jaren achterhaald kunnen worden.

Een van de voordelen van de samenwerking met de bedrijfsartsen en meer in het algemeen van het werken in groepsverband, bleek duidelijk bij

het vraagstuk van de statistiek van het ziekteverzuim. Als gevolg van een intensieve samenwerking was het mogelijk een zeer compleet statistisch materiaal te verzamelen, dat niet alleen voor het eigen bedrijf waardevol is gebleken. Zo heeft de grote ervaring van de medische dienst van de N.V. Philips in niet geringe mate bijgedragen tot de latere succesvolle ontwikkeling van de landelijke verzuimstatistiek van het N.I.P.G.

Afgezien van het mondeling contact zijn de bedrijfs- en controle-artsen volledig van elkaars gegevens op de hoogte, doordat de archieven en documentatie betreffende de patiënten door beide groepen van artsen gemeenschappelijk worden gebruikt. Ook deze omstandigheid biedt de onderzoeker een waarborg voor een uitstekende informatie.

Een andere voor een onderzoek gunstige factor is gelegen in het feit, dat het verzuim van de in Eindhoven woonachtige groep van werknemers op weekloon sinds 1948 afzonderlijk wordt geregistreerd. Waar wij ons onderzoek tot deze meer homogene, goed controleerbare groep hebben beperkt, betekende dit een verhoging van de betrouwbaarheid van de uitkomsten. Cijfers van een statistiek van diagnoses worden sterk beïnvloed door de categorie met onbekende oorzaak. Deze categorie nu, is reeds bij de werknemers met maandsalaris groot, maar in het bijzonder bij de buiten Eindhoven woonachtige weekloners.

De medische „controle” op de Eindhovense weekloners berust in feite grotendeels bij de huisartsen. Van een controle in de strikte zin kan hier eigenlijk niet worden gesproken. Men zou kunnen zeggen dat de huisartsen hier de verantwoordelijkheid dragen voor een niet te kort en niet te lang, d.i. voor een „optimaal” ziekteverzuim. Zo zijn deze artsen niet alleen verantwoordelijk voor de geneeskundige behandeling, maar zij bepalen tevens — voorzover het werknemers betreft — het begin en het einde van de arbeidsongeschiktheid. Zou hieruit eens een meningsverschil kunnen resulteren tussen huisarts en werknemer, dan kan de beslissing over de werkhervatting door de huisarts overgelaten worden aan de controlerend geneeskundige. Het zwaartepunt van de controle door de controlerend geneeskundige over de groep Eindhovense werknemers, ligt bij de patiënten, die niet meer bedlegerig zijn. Deze worden, indien dit wenselijk wordt geacht, opgeroepen voor het spreekuur van de controlerende geneeskundige. Door een bepaalde selectie toe te passen bij het oproepen van patiënten is het mogelijk de medische controle te richten op die groepen van werknemers, die blijkens de ziekteverzuimstatistieken opvallend hogere cijfers vertonen. De aanwijzingen voor deze selectie worden wekelijks besproken met de vier lekecontroleuses, die letten op het naleven van de controlevoorschriften door de werknemers. Voor de bij ons onderzoek betrokkenen behoort het toezicht op het ziekteverzuim dus in hoofdzaak tot de taak van de Philips-huisartsen, terwijl de controlerende geneeskundige controle verricht bij de niet-bedlegerige patiënten. De procedure van de controle-selectie brengt intussen mee, dat juist die gevallen waarvan het

ziek-zijn niet terstond duidelijk is, i.c. de werknemers met functionele klachten, nogal eens aan de controle-arts bekend zijn. Bij het onderhavige onderzoek kon dan ook herhaaldelijk van waardevolle aanvullende inlichtingen uit deze bron worden geprofiteerd.

In 1953 werd het nieuwe Gezondheidscentrum betrokken, waarin o.m. ook bijzondere aandacht is geschonken aan de geestelijke gezondheidszorg. (Dr. M. R. van Alphen de Veer) Het inzicht in de grote betekenis van psychische factoren voor het ziek-zijn en het ziekteverzuim, heeft tot een toenemende belangstelling geleid voor medisch-psychologische vraagstukken en voor psychosomatische ziekten. Door de instelling van een Consultatie Bureau voor Medische Bedrijfspsychologie werd aldus in een behoefte voorzien. In daarvoor aangewezen gevallen werd samengewerkt met de Psychologische Afdeling der N.V. Philips. In het jaar waarop ons onderzoek betrekking heeft, was deze „nieuwe loot aan de stam van de medische afdeling” nog jong. Desondanks kon in een aantal gevallen toch gebruik worden gemaakt van de kennis en het oordeel van de medische bedrijfspsycholoog, wanneer de diagnostiek ons voor moeilijkheden stelde.

#### IV.3.1. *De in Eindhoven woonachtige weekloners*

Nadat in het bovenstaande in een uiteraard onvolledig overzicht uiteen is gezet waardoor de omstandigheden voor een onderzoek naar de betekenis van neurotische stoornissen voor het arbeidsverzuim bij de N.V. Philips gunstig mogen worden genoemd, volgt thans een aantal gegevens, die betrekking hebben op de werknemersgroep, waarop het onderzoek werd gericht. Deze groep, de in Eindhoven woonachtige weekloners, bestond in 1953 uit 10.665 mannen en 2.843 vrouwen en meisjes. Zij vormden tezamen het grootste deel van de gehele werknemerspopulatie, n.l. 56% van alle mannelijke en 52% van alle vrouwelijke verplicht verzekerden. De leeftijdsopbouw was voor mannen en vrouwen geheel verschillend, zoals uit tabel 9 blijkt.

TABEL 9 *Leeftijdsverdeling van in Eindhoven woonachtige weekloners in 1953*

Leeftijdsgroepen	mannen		vrouwen	
	aantal	in %	aantal	in %
14—24 .....	2100	20.6	2130	76.6
25—34 .....	2700	26.5	450	16.2
35—44 .....	2090	20.5	120	4.3
45—54 .....	2410	23.6	60	2.2
55—65 .....	900	8.8	20	0.7
Totaal .....	10200	100	2780	100

Gegevens over het aantal gehuwden en ongehuwden binnen deze groep waren over 1953 niet meer te verkrijgen. In tabel 10 is de toestand per 1 oktober 1955 opgegeven. Ofschoon intussen verschuivingen kunnen hebben plaatsgehad, is het niet waarschijnlijk, dat deze voor het totale beeld van betekenis zijn geweest.

TABEL 10 *Burgerlijke staat van in Eindhoven woonachtige weekloners per 1-10-1955*

Burgerlijke staat	mannen		vrouwen	
	aantal	in %	aantal	in %
Gehuwd .....	7537	69	404	14
Ongehuwd, gescheiden of wed. ....	3405	31	2521	86
Totaal .....	10942	100	2925	100

Ook hier weer treft het, dat de verhoudingen bij mannen en vrouwen geheel tegengesteld zijn.

Een derde gegeven betreft de diensttijd. Opnieuw hebben wij de betreffende cijfers moeten ontlenuen aan een overzichtstabel van twee jaren later.

TABEL 11 *Diensttijdverdeling van in Eindhoven woonachtige weekloners per 1-10-1955*

Diensttijd in jaren <sup>1)</sup>	mannen		vrouwen	
	aantal	in %	aantal	in %
1 .....	894	} 25	590	} 63.4
2 .....	1011		593	
3 .....	740		461	
4 .....	141		211	
5—10 .....	3032	28	949	32.4
11—20 .....	2995	27		
>20 .....	2130	20	121	4.2
Totaal .....	10943	100	2925	100

<sup>1)</sup> Naar boven afgerond.

Hier bleek het tijdsverschil, in tegenstelling tot de verdeling naar de burgerlijke staat wél hinderlijk te zijn, als gevolg van de grote jaarlijkse fluctuaties in het aantal nieuw aangestelde werkkrachten.

Voor een goede evaluatie van Philips' verzuimcijfers is kennis van de aldaar vigerende ziekingeldregelingen onontbeerlijk. In het volgende overzicht is de officiële regeling volgens de Ziektewet opgenomen tezamen met die van Philips, zoals deze in 1953 was.

<i>Wettelijke regeling</i>	<i>Regeling bij Philips in 1953</i>
Voorzieningen in % van het loon bij volledige arbeidsongeschiktheid.	Voorzieningen in % van het loon bij volledige arbeidsongeschiktheid.
80% gedurende 1 jaar <sup>1)</sup> . Uitkering begint op derde dag na aanvang van het werkverzuim wegens ziekte. (Bepalingen Ziektewet (1930) voor verzekerden met een inkomen van f 5.025,— of minder per jaar.)	80% <sup>2)</sup> gedurende 1 jaar <sup>1)</sup> . Uitkering begint: a. voor ongehuwden 2 etmalen, en b. voor gehuwden 1 etmaal na aanvang van het werkverzuim wegens ziekte. Na een verzuimperiode van 12 werketmalen worden deze wachtdagen eveneens uitgekeerd. Na 1 jaar verlengde uitkering van 80% gedurende een periode afhankelijk van de diensttijd.

<sup>1)</sup> In geval van t.b.c. bij gezinshoofden en kostwinners wordt de uitkering tot 3 jaar verlengd.

<sup>2)</sup> Daar bij ziekte door de werknemers geen premie ingevolge de Ziektewet en het Ziekenfondsenbesluit is verschuldigd en de N.V. Philips de pensioenfondspremie voor haar rekening neemt, komt de formele 80% voor de gehuwde werknemers in de praktijk neer op 87.9% van het netto inkomen bij werken.

Volledigheidshalve volgt in tabel 12 nog een overzicht van de keuringsresultaten over de jaren na de oorlog. Waar er een geleidelijke tendens bestaat het aantal afkeuringen te beperken en ook meer beperkt arbeidsgeschikten te werk te stellen, moeten de keuringsresultaten mede in de beoordeling van ziekteverzuimcijfers worden betrokken. Bovendien is ook de gezondheidstoestand van de bevolking in de periode na de 2de wereldoorlog verbeterd (o.a. teruggang van tuberculose), waardoor er in 1952 minder reden tot afkeuring bestond dan in 1946. De invloed van de keu-

TABEL 12 *Na-oorlogse resultaten van keuringen vóór tewerkstelling N.V. Philips Eindhoven*

	totaal	goedgekeurd in %	beperkt arb.geschikt in %	afgekeurd in %
1947 .....	11323	62.3	29	8.7
1948 .....	5656	75.6	17.6	6.8
1949 .....	3923	75.6	22.2	2.2
1950 .....	8229	80.9	17.1	2.—
1951 .....	7239	81.6	15.3	3.1
1952 .....	3511	83.2	14.1	2.7



ringsfactor op het ziekteverzuim is intussen minder groot dan men zou verwachten. Uit de gegevens van het jaarverslag van de Medische Afdeling der N.V. Philips is gebleken, dat een goede plaatsing van de beperkt arbeidsgeschikten slechts een matig hoger ziekerisico oplevert in vergelijking tot de groep van de volledig geschikten.

#### IV.4. DE ZIEKTESTATISTIEK VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSE HOOGOVENS EN STAALFABRIEKEN TE IJMUIDEN

De geschiedenis van de Geneeskundige Dienst van de Koninklijke Nederlandse Hoogovens en Staalfabrieken N.V. <sup>(61)</sup>, gaat terug tot het jaar 1924, toen twee verbandmeesters werden aangesteld, met de bedoeling verbetering te brengen in de voordien soms fnuikend trage hulp bij bedrijfsongevallen. Dit was het bescheiden begin. Pas 16 jaren later deed met de komst van de eerste bedrijfsarts de moderne bedrijfsgeneeskunde haar intrede. De tweede wereldoorlog heeft een verdere uitbouw aanzienlijk belemmerd en het normale werk zo zeer bemoeilijkt, dat in 1944 het gehele bedrijfscomplex moest worden gesloten. Einde 1945 kwam het bedrijf weer op gang. Sindsdien heeft zich een krachtige ontwikkeling voorgedaan. Bedroeg het aantal werknemers, waarover de bedrijfsgeneeskundige zorg zich uitstreckte, in 1946 nog slechts 3700 man, 10 jaar later was dit uitgegroeid tot circa 10.000 werknemers. Deze zeer snelle groei heeft de Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor grote problemen gesteld met betrekking tot de organisatie, de werkruimte en de personeelsvoorzieningen. Thans, in 1957, beschikt de Dienst over vijf ondernemingsartsen in vaste dienst, benevens een eigen chirurg. Voorts bestaat er een nauwe samenwerking met de psychologische afdeling.

Het spreekt wel vanzelf, dat de aantrekking van arbeiders zich niet kon beperken tot Velsen-IJmuiden, de plaats van vestiging, waar bovendien nog andere grote industrieën een voortdurend beroep doen op de arbeidsmarkt. De Hoogovensarbeiders komen dan ook uit circa 80 wijd en zijd verspreide woonplaatsen in Noord- en Zuid-Holland.

In tabel 14 is een overzicht gegeven van de herkomst van het gehele personeel, dat per 1 april 1954 bij de Hoogovens in dienst was.

Drie maanden eerder, op 1 januari 1954, bestond het personeel van de Koninklijke Nederlandse Hoogovens en Staalfabrieken, inclusief de aangesloten ondernemingen, uit 8519 man, waaronder 5547 vaste en 484 losse arbeiders. De overige 2488 werknemers waren beambten op maand- en weeksalaris. Van de 5547 vaste arbeiders werkten er op dat tijdstip 3863 bij de eigenlijke Hoogovens, terwijl de overigen verspreid waren over de aangesloten ondernemingen Breedband (926), Mekog (661), Norduco (10) en Cemij (87).

Het hierna volgend onderzoek heeft betrekking op *alle* arbeiders van de gezamenlijke bedrijven — in het vervolg korthedshalve met „Hoogovens” aangeduid —, waarvoor in 1954 als gemiddelde sterkte werd opgegeven

TABEL 14

*Totale Hoogovenspersoneel, verdeeld naar woonstreek, per 1 april 1954*

Groep	Sterkte
Velsen .....	3655
Beverwijk .....	2368
Castricum .....	289
Alkmaar .....	392
Uitgeest .....	458
Zaanstreek .....	25
Amsterdam .....	74
Haarlem .....	1225
Leiden .....	59
Totaal .....	8545

6072 man; dat is dus iets meer dan het hiervóór gespecificeerde exacte aantal per 1 januari van dat jaar.

#### IV.4.1. *De controle bij ziekte van fabrieksarbeiders*

De wijze, waarop deze zeer heterogene fabrieksbevolking bij ziekte wordt gecontroleerd, hangt nauw samen met het afstandsprobleem en met de grote geographische spreiding der woonplaatsen: beide immers factoren, die een van het centrum uitgaande medische controle ernstig belemmeren. In 1941 was een assistent-bedrijfsarts aangesteld, die als speciale taak de ziekencontrole toegewezen kreeg. Gedeeltelijk uit praktische overwegingen, maar ten dele ook omdat de overtuiging bestond dat een vroege medische controle weinig nut afwierp, werd deze controle anders gericht: Het elders veelal toegepaste systeem van de zg. vroege controle werd geheel aan de lekecontroleurs overgelaten, terwijl de wenselijkheid en het tijdstip van de medische controle afhankelijk werden gesteld van de bevindingen van deze functionarissen.

In het peiljaar 1954 werd de geneeskundige controle verricht door twee van de drie bedrijfsartsen, die ieder een eigen geografische groep van fabrieksarbeiders onder toezicht hadden, respectievelijk ten Noorden en ten Zuiden van het Noordzeekanaal. In sporadische gevallen werd aan het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor verzocht een controle te verrichten: in 1954 geschieden in totaal 48 medische (en 35 lekecontroles) door het G.A.K., d.w.z. circa één per week.

De gang van zaken bij verzuim door ziekte was aldus: Volgens voorschrift moest de melding schriftelijk geschieden; in de praktijk werd evenwel ook met een mondelinge of telefonische melding genoeg genomen. Deze vorm van rapportering kwam trouwens bij verafwonenden de snelheid der berichtgeving ten goede. De door ziekte niet op zijn werk ver-

schenen arbeider werd — zo mogelijk reeds de eerste dag — door een der vier lekecontroleurs bezocht, wier taak het o.a. was na te gaan of aan de controlevoorschriften werd voldaan. Verder werd van hen verlangd, dat zij zich een oordeel vormden over de noodzakelijkheid van het verzuim.

Als de lekecontroleur de indruk had van een lichte ongesteldheid, dan kwam hij in de regel binnen een week — meestal binnen enkele dagen — terug. Aan ambulante reconvalescenten werd bij deze controlebezoeken een kaart verstrekt, welke een oproep inhield om de volgende dag op het spreekuur van de controlerend geneeskundige te verschijnen. Ook als er geen reden bestond om aan de noodzakelijkheid van een voortgezet verzuim te twijfelen, kreeg de zieke 6 tot 9 dagen na het begin van zijn verzuim een oproep voor het spreekuur. Als een bedlegerige zieke hierop reageerde met een bericht van verhindering, volgde in de regel na een week een nieuwe oproep. Van belang is, dat een patiënt, die een oproep had ontvangen, hieraan niet behoefde te voldoen, als hij voordien zijn werk had hervat. Het gevolg van deze regeling was dat het overgrote deel van de medisch gecontroleerden uit mensen bestond die aan langduriger ziekten hadden geleden, en dat van degenen die korter dan een week thuis waren geweest slechts een klein percentage — naar schatting circa 5% — medisch werd gezien. Ook langer durende verzuimen konden zich aan de observatie van de controlerend geneeskundige onttrekken door het werk daags vóór of op de dag van de tweede oproep te hervatten. Dit laatste was evenwel een uitzondering. Van betekenis blijft intussen, dat de arts, die met de controle was belast, slechts één van de twintig korter dan een week durende gevallen te zien kreeg.

Controle aan huis door de medicus kwam praktisch niet voor. Wij hebben gezien, dat dit ook bij Philips niet het geval was, althans voor de weekloners in Eindhoven. Toch is er belangrijk verschil. Immers de curatieve zorg is bij het Hoogovenspersoneel niet, zoals bij Philips, in handen van een aantal nauw aan het bedrijf verbonden huisartsen, maar berust bij een groot aantal, verspreid wonende huisartsen, die geen enkele binding met het Hoogovensbedrijf hebben. De aandacht van deze artsen zal zeker niet in de eerste plaats uitgaan naar de vraag of het verzuim, strikt genomen, wel nodig was, noch naar de kwestie van de werkhervatting. Dit houdt dus in, dat het, bij de een week of korter durende verzuimen in de regel de werknemer zelf is, die de verzuimnoodzaak en in zekere zin ook de duur van zijn arbeidsongeschiktheid bepaalt, uiteraard onder voorbehoud van de corrigerende invloed van de lekecontrole.

Een andere consequentie van het hier beschreven controlesysteem betreft de *diagnostiek*. Immers in al die gevallen, waarin de werknemer door een voortijdse werkhervatting niet op het controlespreekuur is verschenen, is de medicus voor de diagnosevorming geheel en al aangewezen op de mededelingen van de lekecontroleur. Op deze mensen rust dus bij de Hoogovens een ongewoon zware en verantwoordelijke taak. In de eerste

plaats moeten zij zich veel intensiever met de verzuimgerechtigdheid bezighouden dan hun collega's bij Philips, waar de „controle” aan huis in feite in handen is van de huisartsen. In de tweede plaats moeten zij, in het bijzonder in die gevallen waar een spoedig herstel is te verwachten, door een nauwkeurige anamnese, observatie en registratie, de noodzakelijke elementen leveren voor een latere diagnosevorming door de arts. Hier komt nog een derde taak bij. Anders dan bij Philips, waar de huisarts zelf zich op de hoogte stelt van de sociale omstandigheden en de gezinssituatie, rust bij de Hoogovens de verplichting op de lekecontroleur te attenderen op alle sociale en psychologische factoren, die van belang kunnen zijn voor het inzicht in het ziektebeeld. Wij zullen later zien hoe deze laatste omstandigheid kan leiden tot de inclusie van zg. „Sociosen” in de diagnosegroep der functionele aandoeningen (XIII.3.3.1. blz. 193). Is reeds hierdoor de hogere frequentie van het als „neurosen” bij de Hoogovens geregistreerde verzuim wellicht te verklaren, daar komt nog bij, dat bij de bestaande spreiding in de woonplaatsen der werknemers de controle voor grote moeilijkheden wordt geplaatst. Met andere woorden: waar de verzuim- en hervattingsbeslissing goeddeels aan de werknemer zelf wordt overgelaten, moet de *verzuimgelegenheid* (IX.1. blz. 114) ongewoon groot zijn. Ook op grond van deze laatste omstandigheid is bij de Hoogovens in het algemeen een hoger verzuim te verwachten dan b.v. bij de Eindhovense weekloners van Philips, waar men veel minder afhankelijk is van de normen voor arbeidsongeschiktheid van de werknemers zelf. In het bijzonder moet deze vrijheid van handelen evenwel consequenties hebben gehad voor de frequentie en de duur van verzuimen, waar de sociogenese der klachten onmiskenbaar was, en voor die gevallen waar een of andere psychische component in het ziektebeeld een spoedig herstel in de weg stond.

Na de hiervóór geschetste taakomschrijving van de lekecontroleurs, zal het geen verbazing wekken, dat de Bedrijfsgeneeskundige Dienst van de Hoogovens overeenkomstig de verantwoordelijkheid en kennis van zaken die van de controleurs wordt verlangd, zeer hoge eisen stelt aan deze mensen. Een van deze eisen betreft de geneeskundige scholing: slechts ervaren gediplomeerde verplegers komen voor de functie in aanmerking.

De kennis van deze van Philips zozeer afwijkende gang van zaken heeft niet alleen betekenis voor de interpretatie der verzuimgegevens en voor eventueel aan de dag tredende verschillen in het diagnostisch patroon. Zij heeft ook richting gegeven aan de wijze waarop het onderhavige neuroseonderzoek moest worden aangepakt. Herhaaldelijk bleken voor de diagnose belangrijke aantekeningen, de symptomatologie — en somtijds de sociogenese — betreffende, niet van de arts, maar van de lekecontroleur afkomstig te zijn. Deze gegevens, die op de ziektekaart geregistreerd plegen te worden, bleken onmisbaar, omdat het bij de Hoogovens niet mogelijk was, zoals bij Philips, op de huisartsen terug te vallen voor het verkrijgen

van aanvullende informatie. Terwijl bij Philips, bij de hercodering (hoofdstuk XI) het accent dus viel op de zuiver medische dossiers en de mondelinge toelichtingen der betrokken geneeskundigen, werd bij de Hoogovens tevens op ruime schaal gebruik gemaakt van de, veelal waardevolle, aantekeningen op de ziektekaarten van paramedische hulpkrachten.

#### IV.4.2. De werknemersgroep der Hoogovensarbeiders

Thans volgt een aantal gegevens over de werknemersgroep der fabrieksarbeiders, waarop het onderzoek bij de Hoogovens werd gericht.

TABEL 15 *Leeftijdsverdeling van de vaste en losse arbeiders der gezamenlijke Hoogovensbedrijven in 1952, 1953 en 1954. Absolute aantallen*

	1952	1953	1954	gem. jaar-sterkten 1952 t/m 1954
14—16 .....	40	50	66	52
17—20 .....	171	180	204	185
21—24 .....	496	492	419	469
25—29 .....	1022	1073	1047	1047
30—34 .....	1068	1130	1128	1109
35—39 .....	956	954	943	951
40—44 .....	807	823	834	821
45—49 .....	578	607	626	604
50—54 .....	392	414	443	416
55—59 .....	183	209	248	213
60—65 .....	95	105	114	105
Totaal .....	5808	6037	6072	5972

Ofschoon als peiljaar voor de Hoogovens het jaar 1954 werd gekozen, is in bovenstaande tabel ook de leeftijdsopbouw over de twee voorafgaande jaren opgenomen, omdat in het vervolg enkele malen gebruik zal worden gemaakt van over deze 3 jaren gecombineerde gegevens.

In hoofdstuk XI, paragraaf 2 worden de resultaten besproken van de hercodering van 100 als „psychische stoornissen” gediagnostiseerde Hoogovensverzuimen. Evenals bij Philips lag het aanvankelijk bij de Hoogovens in de bedoeling het kenmerk „gehuwd” of „ongehuwd” bij de te verwerken gegevens op te nemen. Nadat evenwel gebleken was, dat de burgerlijke staat van de betrokkenen in vele gevallen niet op de ziektekaarten was aangegeven en dit gegeven, als gevolg van tussentijds ontslag of vertrek herhaaldelijk niet meer te achterhalen viel, hebben wij dit voornemen moeten laten vallen. De verdeling naar de burgerlijke staat is daarom niet in deze paragraaf opgenomen.

Het volgende gegeven betreft de diensttijd in jaren. De opgegeven aan-

tallen zijn de gemiddelden van 3 peildata, nl. 2 december 1953, 7 juli 1954 en 2 december 1954.

TABEL 16 *Diensttijdverdeling der Hoogovensarbeiders in 1954*

Diensttijd in jaren	mannen	
	aantal	in %
< 1 jaar .....	247	29.4
1— 4 jaar .....	1487	
5— 9 jaar .....	3007	50.9
10—19 jaar .....	779	19.7
≥20 jaar .....	383	
Totaal .....	5903	100

De regelingen voor uitkering bij ziekte zijn verschillend voor arbeiders in los en in vast dienstverband.

<i>Wettelijke regeling</i>	<i>Regelingen bij Hoogovens in 1954</i>
Voorzieningen in % van het loon bij volledige arbeidsongeschiktheid.	Voorzieningen in % van het loon bij volledige arbeidsongeschiktheid.
<i>vaste arbeiders:</i>	<i>vaste arbeiders:</i>
80% gedurende 1 jaar <sup>1)</sup>	eerste ziektedag ..... 50%
Uitkering begint op derde dag na aanvang van het werkverzuim wegens ziekte.	tweede ziektedag ..... 90%
	derde ziektedag ..... 90%
	vervolgens ..... 100%
<i>losse arbeiders: idem</i>	<i>losse arbeiders:</i>
	eerste ziektedag ..... 0%
	tweede ziektedag ..... 50%
	derde ziektedag ..... 90%
	vierde t/m twaalfde ziektedag . 90%
	vervolgens ..... 100%

<sup>1)</sup> In geval van t.b.c. bij gezinshoofden en kostwinners wordt de uitkering tot 3 jaar verlengd.

Tenslotte volgt in tabel 17 nog een overzicht van de keuringsresultaten over de jaren 1947 t/m 1952.

In 1950 was het afkeuringspercentage hoog, het percentage beperkt arbeidsgeschikten laag. Dit kwam doordat beperkt arbeidsgeschikten in dit jaar zeer weinig konden worden aangenomen. Het had dus weinig zin beperkingen te maken. In plaats daarvan werd meer afgekeurd.

De kwaliteit van het personeelsaanbod wisselde in de jaren 1947 t/m 1952 vrij aanzienlijk doordat zeer verschillende „arbeidsreservoirs” wer-

TABEL 17 *Na-oorlogse resultaten van keuringen vóór tewerkstelling, fabrieks-  
arbeiders Hoogovens<sup>1)</sup>*

	totaal	goedgekeurd in %	beperkt arb.geschikt in %	afgekeurd in %
1947 .....	2116			8.6
1948 .....	1242	62.4	14.9	5.8
1949 .....	877	60.0	33.4	5.6
1950 .....	720	69.9	15.1	15.0
1951 .....	919	62.6	19.3	8.1
1952 .....	1100	65.5	19.0	4.8

<sup>1)</sup> Dat de jaartotalen in deze tabel niet op 100% sluiten, wordt verklaard doordat sommige kandidaten in meerdere kolommen voorkomen — bv. later tóch goedgekeurd — en doordat anderzijds sommige voorlopig goedgekeurden en personen over wier aanstelling overleg werd gepleegd met de afdeling psychotechniek, in géén der kolommen zijn opgenomen.

den aangeboord. Ook deze omstandigheid was van invloed op de keuringsresultaten.

Bij de Hoogovens krijgt de kandidaat in het algemeen al spoedig „beperkt arbeidsgeschikt”, omdat men over het algemeen slechts goed gezonde, sterke arbeiders kan gebruiken. Dit is door de jaren heen zo gebleven. Vergelijken wij de bovenstaande gegevens dan ook met de percentages goedgekeurden bij Philips (tabel 12), dan valt op, dat de aldaar gevonden tendens om — niettegenstaande de voortschrijdende „afroming” van de arbeidsmarkt — een met de jaren geleidelijk toenemend percentage goed te keuren, bij de Hoogovens ontbreekt.

## V. DE KWANTITATIEVE BETEKENIS VAN DIVERSE „NEUROSE“-GROEPERINGEN

In het voorgaande werd er op gewezen, dat het betrekkelijk onverschillig is welke groepering van diagnoses men gebruikt, mits slechts aan twee voorwaarden is voldaan:

1. nauwkeurig dient te zijn aangegeven welke diagnoses — d.w.z. welke internationale codenummers — in de gekozen combinatie zijn vervat;
2. hergroepering in elke gewenste vorm moet mogelijk zijn: de identiteit van de afzonderlijke diagnoses mag niet bij het toekennen van een groepscode verloren gaan.

Bij deze twee grondprincipes voor een deugdelijk classificatieschema komt nu nog een derde voorwaarde, waarmede de praktische betekenis van de eerstgenoemde conditie onmiddellijk is gemoeid:

3. degenen, die tot taak hebben de diagnoses te groeperen, dienen zich precies aan de grenzen van de gekozen diagnosegroepen te houden: d.w.z. geen diagnoses includeren, die krachtens de codedefinitie niet in de betreffende groep(en) thuis horen, en omgekeerd geen diagnoses buitensluiten, die formeel in de groep(en) vervat zijn.

Slechts indien aan deze laatste voorwaarde is voldaan, kan men trachten voor bedrijven waar groepscode worden gebruikt, het verzuim ten gevolge van afwijkende combinaties van diagnoses te *schatten*, op basis van een andere statistiek, waarvan de verdeling wél bekend is. Zulk een verdeling levert de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

Hoe staat het nu met de vervulling van voorwaarde 3 bij de N.V. Philips en bij de Hoogovens?

Bij het eerstgenoemde bedrijf biedt de grotere continuïteit in de medische bezetting in de jaren na de tweede wereldoorlog een vrij goede waarborg, dat de diagnosegroepen in de loop der jaren niet zijn gaan „verwateren“. Geregelde besprekingen met de centrale controle-arts, waarbij dubieuze gevallen ter juiste codering voorgelegd plegen te worden, verminderen voorts de kans, dat diagnoses in verkeerde groepen terecht komen.

Eenzelfde zekerheid, dat dit laatste bij de Hoogovens niet het geval zou zijn, bestaat — volgens mededeling van het Hoofd van de Bedrijfsgeneeskundige Dienst aldaar — helaas niet.



V.1. HERGROEPINGEN DER DIAGNOSTISCHE GEGEVENS VAN HET  
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE

V.1.1. *Berekend verzuim voor P-, H- en I-neurosen.*

Voor een eerste poging tot vergelijking werden de diagnoses van de in 1953 beëindigde „neurose”-verzuimen bij de groep „Fabrieksarbeiders” uit de N.I.P.G.-statistiek op drie verschillende wijzen opnieuw gegroepeerd, en wel overeenkomstig de Philipscode (diagnosegroep Z<sub>2</sub>), overeenkomstig de Hoogovensindeling (diagnosegroep „functionele aandoeningen”) en tenslotte volgens de Internationale Classificatie (psychoneurosen 310-318). Naast de aldus berekende verzuimfrequenties voor „P”-, „H”- en „I”-neurosen zijn in tabel 18 ook de ziektedagen bij de verschillende neurose-indelingen opgenomen.

TABEL 18 *Frequenties en ziektedagen van verzuim door „psycho-neurosen” bij fabrieksarbeiders<sup>1)</sup> N.I.P.G.-materiaal over 1953, gegroepeerd volgens vier verschillende „neurose”-indelingen<sup>2)</sup>*

„Neurose”-groepen	1 N.I.P.G. gr. 05 „N”-neurosen	2 Z <sub>2</sub> -groep Philips „P”-neurosen	3 funct. z. Hoogovens „H”-neurosen	4 Intern. Class. „I”-neurosen	
Verantwoording der indelingen door nummers der Int. Nomenclatuur	300-314 317-326 790	310-314 317.5, 318 320-326 354 780.6-780.8 790-791	310-316 317.1-317.5 318 320-321 322.1-322.2 323-326	310-318	
Mannen	frequentie p. 100 ....	2,3	4,6 <i>3,8</i>	1,2 <i>4,6</i>	1,2
	gemiddeld aantal verzuimdagen p. 100 .....	55	61 <i>58</i>	29 <i>118</i>	29
Vrouwen	frequentie p. 100 ....	7,0	11,8 <i>4,7</i>	3,4	3,4
	gemiddeld aantal verzuimdagen p. 100 .....	77	91 <i>84</i>	40	40

<sup>1)</sup> Betreft: 35.450 mannelijke en 1.344 vrouwelijke fabrieksarbeiders, in 1953 werkzaam bij de aan de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde aangesloten bedrijven, met resp. 36.440 en 2.222 ziekteverzuimen en resp. 535.093 en 23.206 verzuimdagen in totaal.

<sup>2)</sup> De cursief gedrukte cijfers in kolom 2 zijn de bij Philips gevonden cijfers voor de in Eindhoven woonachtige weekloners; die in kolom 3 de bij de Hoogovens voor het eigen personeel gevonden cijfers.

Onder de hypothese \*), dat het psychische ziektepatroon in werkelijkheid niet veel kan verschillen bij de groepen werknemers, die onder de drie statistieken vallen, zou men bij de „P”- en „H”-classificatie van het N.I.P.G.-materiaal uitkomsten mogen verwachten, die dicht in de buurt liggen van de bij Philips en Hoogovens gevonden cijfers (*cursief*).

Het blijkt echter, dat het geregistreerde neuroseverzuim vrij sterk hiervan afwijkt en in het bijzonder bij de Hoogovens veel groter is, met name ca. vier maal zo hoog (4,6 : 1,2 en 113 : 29). Dit verschil is zo groot, dat men zich afvraagt, of in de praktijk niet veel meer ziekten in de groep der Hoogovensneurosen terecht zijn gekomen dan volgens de in internationale cijfers gegeven groepsomschrijving in de bedoeling heeft gelegen.

Of deze veronderstelling juist is, dan wel of in dit bedrijf inderdaad vier maal zoveel tot verzuim aanleiding gevende H-neurosen voorkwamen, met een vier maal zo hoge totale verzuimduur, als gemiddeld in alle bij de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde aangesloten bedrijven, is een vraag, die door een onderzoek ter plaatse beantwoord moest worden (zie hoofdstuk XI).

Het vermoeden, dat de Hoogovensartsen méér bij de neurosen onderbrengen dan de eigen groepsindeling toelaat, zou met evenveel recht vervangen kunnen worden door de veronderstelling, dat de N.I.P.G.-statistiek in werkelijkheid minder bevat dan met de 05 groep bedoeld is. Verschillende overwegingen maken deze veronderstelling evenwel onwaarschijnlijk.

In de eerste plaats kwam in 1953 ca. 70% van de N.I.P.G.-diagnosen als zodanig, d.i. nominatief, binnen, waarna een zorgvuldige codering en mechanische groepering volgens het 05-systeem volgde.

In de tweede plaats heeft zich het neurosebegrip in de laatste jaren aanmerkelijk verruimd, zodat de kans, dat in een beperkte groep als die der Hoogovens, steeds meer ziektebeelden zijn ondergebracht, die er volgens de code-definitie niet in thuis horen, belangrijk groter is dan dat de artsen van de N.I.P.G.-statistiek de diagnosen vallende onder de N-neurosen „te weinig” zouden hebben gesteld.

In de derde plaats liggen de verhoudingen tussen Philips en N.I.P.G. (beide volgens  $Z_2$ -indeling) veel minder uiteen, dan die tussen Hoogovens en N.I.P.G. (beide volgens Hoogovensindeling).

De  $Z_2$ -groep van Philips, die volgens de codeverantwoording zoveel meer omvat dan de internationale neurosegroep, levert — zoals te verwachten was — voor de N.I.P.G.-populatie frequenties en ziektedagen op, die aanmerkelijk uitgaan boven de op internationale basis berekende, m.n. vinden wij volgens de  $Z_2$ -groepering voor de mannelijke fabrieksarbeiders uit het N.I.P.G.-materiaal 4,6 verzuimen per 100 werknemers tegen 1,2 „internationale” en gemiddeld 61 ziektedagen per 100 man tegenover 29. Voor de vrouwen uit de N.I.P.G.-statistiek zijn de verschillen bij gebruik van

\*) Deze hypothese is enigszins gewaagd, omdat de arbeidsongeschiktheid (het ziekteverzuim) samenhangt met de arbeidseisen (zie blz. 44).

deze twee indelingen eveneens zeer groot, n.l. 11,8 tegenover 3,4 en 91 tegenover 40.

Bezien wij nu, wat in werkelijkheid bij Philips in 1953 als  $Z_2$ -verzuim werd geregistreerd, dan blijken de verloren dagen zeer goed te kloppen met de N.I.P.G.-gegevens, n.l. 58 tegenover 61 voor de mannen en 84 tegen 91 voor de vrouwen. De frequenties van  $Z_2$ -verzuimen liggen evenwel bij Philips aanmerkelijk lager, n.l. 3,3 tegenover 4,6 bij de „N.I.P.G.-mannen” en 4,7 tegen 11,8 bij de „N.I.P.G.-vrouwen”. Blijkbaar verzuimt de fabrieksarbeider — en vooral zijn vrouwelijke collega — bij Philips minder frequent onder de diagnose „P”-neurose dan elders. Maar als het tot een zodanig verzuim komt, dan duurt het langer, voordat het werk wordt hervat, hetgeen dan ook door de kritischer selectie te verwachten was.

De diagnosegroep 05 van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde bevatte in 1953 ook de „psychosen”. Zulks in tegenstelling tot de  $Z_2$ -groep van Philips, waarin aan de andere kant meer neuroseachtige klachten (791, 354) waren opgenomen. Gezien de lange duur van een psychosegeval zou men dus verwachten, dat het aantal verzuimdagen per 100 man wegens P-neurosen bij Philips kleiner zou zijn dan dat der N-neurosen in de N.I.P.G.-statistiek. Van een zodanig verschil blijkt evenwel niets: voor de arbeiders uit de N.I.P.G.-statistiek geeft tabel 18 55 verzuimdagen aan per 100 werknemers wegens N-neurosen, tegenover 58 verzuimdagen per 100 man bij Philips wegens P-neurosen. Voor de vrouwen zijn deze cijfers respectievelijk 77 en 84. De bijdrage van de extra neurose- nummers is bij Philips blijkbaar van meer betekenis voor het gemiddeld aantal verzuimde dagen dan het ontbreken in de  $Z_2$ -groep van de uiteraard zeldzame psychosegevallen.

Tenslotte nog een opmerking over de treffende overeenkomst tussen de ratio's, berekend voor de N.I.P.G.-populatie volgens de internationale classificatie van neurosen en die volgens de nummers van de Hoogovens-groep. Deze overeenkomst geldt zowel voor mannen als voor vrouwen, voor frequenties zowel als voor ziektedagen.

Waar beide ratio's gebaseerd zijn op het materiaal van de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, volgt hieruit, dat die diagnosenummers, waarin de Hoogovensindeling afwijkt van de internationale neurosegroep, blijkbaar een zó geringe rol spelen, dat het classificatieverschil niet in de frequenties en ziektedagen tot uiting komt.

#### V.1.2. *Schattingen voor verzuim door I-neurosen bij Philips en Hoogovens*

Om tot een meerzeggende vergelijkingsmogelijkheid te komen met betrekking tot de verschillende nosologische classificaties, kan ook een geheel andere procedure worden toegepast. Werd in het voorgaande berekend hoe

groot de frequenties (en verloren ziekte-dagen) zouden zijn, als de N.I.P.G.-statistiek gebruik zou hebben gemaakt van andere indelingen (P-, H- of I-neurosen), omgekeerd kan men trachten tot schattingen te komen voor de „neurose”-frequenties bij Philips en de Hoogovens, als bij de bedrijfs-geneeskundige diensten in deze bedrijven andere neurosegroepen gebruikt zouden zijn. Een bezwaar blijft intussen, dat ook voor het maken van deze schattingen, gedetailleerde basisgegevens nodig zijn en dat het wederom de N.I.P.G.-statistiek is, die dit „kneedbare” materiaal moet leveren. Wanneer met name tussen het N.I.P.G.-materiaal enerzijds en Philips en Hoogovens anderzijds verschillen in verzuimgewoonten en verzuimfaciliteiten mochten bestaan, die storend zijn voor de eerstgevolgde methode, dan zullen dezelfde factoren ook hun invloed doen gelden op de thans volgende schattingsuitkomsten.

Deze schattingen zijn gebaseerd op een, naar afzonderlijk diagnosesnummers gedetailleerde frequentieverdeling van verzuim door alle onder het begrip „psycho-neurose” te vangen ziektebeelden. De gegevens werden wederom ontleend aan het diagnostisch materiaal van de N.I.P.G.-statistiek, ditmaal over de gecombineerde jaren 1953 en 1954, uiteraard voorzover deze gegevens betrekking hebben op de werknemersgroep „fabrieksarbeiders”. In de tabellen 19 en 20 is het totaal van alle in deze twee jaren beëindigde verzuimgevallen voor de gezamenlijke diagnosesnummers voorkomende in vijf verschillende „neurose”-groepen, op 1000 gesteld.

Uit de cijfers van tabel 18 heeft men kunnen zien, hoe groot de kwantitatieve consequenties zijn van het gebruik van verschillende neurosegroepen. Mag men nu de diagnosesverdeling van de N.I.P.G.-statistiek gebruiken voor het maken van schattingen van frequenties voor het personeel van Philips en de Hoogovens? Deze werkwijze impliceert immers een aantal vóóronderstellingen. In de eerste plaats moet men aannemen, dat in de drie betrokken statistieken, in redelijke mate, is voldaan aan de condities 1 en 3, genoemd op blz. 45. Ter plaatse is toen opgemerkt, dat dit voor de Hoogovens zeer waarschijnlijk niet het geval is, waardoor de schattingen voor dit bedrijf meer van de werkelijke frequenties zullen afwijken dan bij Philips. Nemen wij verder aan, dat de verzuimcijfers in de drie statistieken zich op evenredige wijze tot de werkelijke morbiditeit verhouden, dan komt de bovengestelde vraag op de volgende, op blz. 47 gestelde hypothese, neer: Mag men aannemen, dat de neurotische aandoeningen bij de werknemers in de drie statistieken ten naaste bij eenzelfde verdeling hebben? Onder het voorbehoud genoemd in de voetnoot op blz. 47 lijkt het, dat dit geoorloofd is. Er zijn immers geen redenen om te veronderstellen, dat de mannelijke fabrieksarbeiders in Brabant een belangrijk afwijkende scala van neurose-uitingen zullen vertonen in vergelijking tot hun collega's in West-Holland, in Gelderland of Overijsel. Met andere woorden: binnen de groep der functionele aandoeningen zal het morbidi-

teitspatroon ten naaste bij wel hetzelfde zijn.

Intussen blijft dit uitgangspunt voor de schattingsprocedure een hypothesen, waarvan de juistheid slechts in een vergelijkend bevolkingsonderzoek door psychiaters getoetst zou kunnen worden.

Met de diagnosefrequenties van tabel 19 en 20 verkrijgt men een verdeling in promillen voor de aandelen der afzonderlijke diagnoses in het totaal der neurosecijfers.

**TABEL 19** *Betekenis van verschillende groeperingen. Gegevens ontleend aan Diagnosestatistiek N.I.P.G. 1953 en 1954*

**Mannelijke fabrieksarbeiders**

1	2	3	4	5	6	7	8
Internat. nummers, voorkomende in de 5 neurosegroepen	Aantallen in 1953 en 1954 beëindigde verzuimen	Verdeling der gevallen in % van totaal van kolom 2	vóórkomend in diagnosegroep 05 v/h NIPG	vóórkomend in Z <sub>2</sub> groep van Philips	vóórkomend in neurosegroep Hoogovens	vóórkomend in 021 (neurosen) v. Nat. Lijst v. Ziektegroepen	vóórkomend in psychoneurosen v. d. Internat. Classificatie
			in promillen v/h totaal van kolom 2				
300	4	1.2	1.2				
301	3	0.9	0.9				
303	1	0.3	0.3				
305	2	0.6	0.6				
308	1	0.3	0.3				
309	33	9.5	9.5				
310	3	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
311	8	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3
314	4	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
315	18	5.2			5.2		5.2
316	72	20.7			20.7		20.7
317	3	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
318	782	224.8	224.8	224.8	224.8	224.8	224.8
320	6	1.7	1.7	1.7	1.7		
322	8	2.3	2.3	2.3	2.3		
326	1	0.3	0.3	0.3	0.3		
354	112	32.2		32.2		32.2	
780	298	85.6		85.6		85.6	
790	791	227.4	227.4	227.4			
791	1328	381.7		381.7			
	3478	1000.-	474.6	961.3	260.3	347.9	256.0

N.B. De niet vermelde nummers kwamen in het N.I.P.G.-materiaal in de jaren 1953 en 1954 bij fabrieksarbeiders niet voor.

Uit de totaalcijfers van tabel 19 blijkt, dat bij de mannelijke fabrieksarbeiders uit de N.I.P.G.-statistiek in de jaren 1953 en 1954 — bij gebruik van de N.I.P.G.-classificatie (diagnosegroep 05) — 474.6 verzuimgevallen per 1000, in de vijf gezamenlijke indelingen opgenomen „neurosen” vóórkwamen tegenover 961.3 bij gebruik van de Philips-indeling; verder 260.3 als men de Hoogovensclassificatie aanhoudt en slechts 256.0 bij gebruik van de Internationale neurosegroep.

De vraag is dus: hoe groot zou het aantal verzuimen wegens „neurosen” per 100 man bij Philips zijn geweest, als de Medische Afdeling van dit bedrijf niet de  $Z_2$  indeling had gebruikt, maar de Internationale Classificatie? Onder de hypothesen voormeld vinden wij met behulp van tabel 19 voor 1953 een geschatte frequentie van  $\frac{256}{961.3} \times 3.3$  \*) verzuimen wegens I-neurosen per 100 in Eindhoven woonachtige weekloners.

Het feit, dat in de N.I.P.G.-verdeling bij de groep der mannelijke fabrieksarbeiders, volgens tabel 7 op blz. 30, onder het diagnosenummer 318 circa 25% G.A.K.-diagnosen terecht zijn gekomen, waarvan een aantal zeer vermoedelijk niet thuis hoort in de internationale neurosegroep, maakt, dat de schatting te hoog moet zijn. Dat wil dus zeggen, dat voor de *bij Philips werkende, in Eindhoven woonachtige weekloners voor 1953 de frequentie van verzuim als gevolg van I-neurosen (310-318) op nog geen 8 per 1000 man geschat moet worden.*

Op dezelfde wijze vinden wij voor de Hoogovens in 1954 een schatting van  $\frac{260.3}{256} \times 4.6$  \*\*) verzuimen wegens I-neurosen, per 100 man. Ook hier geldt, wat ten aanzien van de G.A.K.-diagnosen, in 318 vervat, hier vóór voor Philips werd opgemerkt: de uitkomst — 4.6 — moet te hoog zijn. Veel belangrijker is evenwel, dat de noemer van de breuk zeer waarschijnlijk veel te klein is, doordat in feite de „functionele aandoeningen” bij de Hoogovens meer diagnosen moeten omvatten dan de beperkte groep der H-neurosen aangeeft. Als bij deze H-neurosen inderdaad ook diagnosen als 780, 790 en 791 opgenomen zouden zijn, dan geeft een enkele blik op de frequentieverdeling van tabel 19 al een indruk van de enorme kwantitatieve consequenties hiervan voor de schattingsfout. Gezien de gerechtvaardigde twijfel aan conditie 3 bij dit bedrijf (blz. 45) zullen schattingen voor de Hoogovens verder buiten beschouwing worden gelaten.

Het is hier de plaats er op te wijzen, dat de bij de Hoogovens-artsen

\*) 3.3 is de door Philips opgegeven frequentie van verzuimen door  $Z_2$ -ziekten per 100 man in 1953.

\*\*) 4.6 is de door de B.G.D. van de Hoogovens opgegeven frequentie van verzuimen door „functionele ziekten”, per 100 man, in 1954.

veronderstelde gedragslijn wellicht teruggebracht moet worden op een verschil in diagnostiek. In vele gevallen is 790 en 791 immers niet meer dan een diagnose-op-het-eerste-gezicht. Bij een meer diepgaande en nauwkeu- riger anamnese zullen — zoals het Hoofd van de B.G.D. der Hoogovens opmerkt — deze symptomatische diagnoses herhaaldelijk plaats moeten maken voor 310, 314 of 318. Het is dan ook niet uitgesloten, dat de hoge frequentie van I-neurosen bij de Hoogovens mede verklaard moet worden door afwijkende diagnostische opvattingen, i.c. door een betere diagnostiek. Het resultaat, m.b.t. de opgegeven cijfers over H-neurosen, blijft intussen hetzelfde, onverschillig of de inclusie van 790, 791 enz. formeel ten onrechte, dan wel diagnostisch terecht is geweest.

Op analoge wijze als dit voor de mannelijke werknemers werd gedaan, kan — nu met behulp van tabel 20 — de frequentie geschat worden van het verzuim door I-neurosen (310-318) bij het vrouwelijke fabriekspersoneel van Philips.

TABEL 20 *Betekenis van verschillende groeperingen. Gegevens ontleend aan Diagnosestatistiek N.I.P.G. 1953 en 1954*

Vrouwen, fabrieksarbeidsters

	1	2	3	4	5	6	7	8
Internat. nummers voorkomende in de 5 neurosegroepen	Aantallen in 1953 en 1954 beëindigde verzuimen	Verdeling der gevallen in $\frac{0}{100}$ van totaal v. kolom 2	in promillen v/h totaal van kolom 2					
			vóórkomend in diagnosegroep 05 v/h NIPG	vóórkomend in 2e groep van Philips	vóórkomend in neurosegroep Hoogovens	vóórkomend in 021 neurosen v. Nat. Lijst v. Ziektegroepen	vóórkomend in psychoneurosen v.d. Internat. Classificatie	
308	—							
309	1	2.7	2.7		—			
314	1	2.7	2.7	2.7	—	2.7	2.7	
315	—				—			
316	2	5.5			—		5.5	
318	94	257.6	257.6	257.6	—	257.6	257.6	
354	5	13.7			—	13.7		
780	20	54.8			—	54.8		
790	101	276.8	276.8	276.8	—			
791	141	386.2			—			
<b>totaal</b>	<b>365</b>	<b>1000.—</b>	<b>539.8</b>	<b>991.8</b>	<b>—</b>	<b>328.8</b>	<b>265.8</b>	

N.B. De niet vermelde nummers kwamen in de jaren 1953 en 1954 bij de fabrieksarbeidsters van het N.I.P.G.-materiaal niet voor.

Met de verdeling van tabel 20 komt men aldus tot een frequentie van  $\frac{265.8}{991.8} \times 4.7$  \*) verzuimen per 100 fabrieksarbeidsters.

Wederom rekening houdende met de overbelasting van diagnosenummer 318, komt dit voor 1953 neer op een schatting van minder dan 12 verzuimen door I-neurosen per 1000 in Eindhoven woonachtige, bij Philips werkende vrouwen met weekloon.

Aldus moet het aantal verzuimen door I-neurosen bij de fabrieksarbeidsters uit de N.I.P.G.-statistiek in 1953 — met inachtneming van de berekende frequentie uit tabel 18 en de 41% diagnosen in G.A.K.-code (tabel 7) — tussen de 20 en 34 per 1000 vrouwen hebben bedragen.

Bij de vrouwelijke fabrieksarbeiders is derhalve de overeenkomst tussen de geschatte frequentie voor Philips (<12) en de berekende uitkomst voor de N.I.P.G.-populatie (20—34) aanmerkelijk minder groot dan bij de mannen (<8 bij Philips en 8—12 bij N.I.P.G.). Een verklaring is hiervoor moeilijk te geven. Zelfs als men uitgaat van de meest extreme veronderstelling, dat alle G.A.K.-diagnosen ten onrechte als „internationale” zouden zijn geëvalueerd, dan nog blijft het feit bestaan, dat in 1953 de vrouwen uit de N.I.P.G.-statistiek circa twee maal zo frequent verzuimden als de vrouwen bij Philips. De veronderstelling ligt voor de hand, dat het gevonden verschil samenhangt met verschillen in leeftijdsopbouw, waarmee bij de uiteraard globale schattingen geen rekening werd gehouden. Maar dan zou men — zoals in VII.2 zal blijken — bij Philips, speciaal voor de vrouwelijke werknemers, eerder een hogere frequentie verwacht hebben en een kortere duur dan omgekeerd. Een betere verklaring lijkt daarom, dat wij in de uiteenlopende uitkomsten de resultaten moeten zien van het bedrijfsgeneeskundig beleid, dat bij Philips in veel sterker mate dan bij de individuele N.I.P.G.-bedrijven, het kenmerk draagt van uniformiteit in de normen voor verzuimnoodzaak. Intussen blijft het dan vreemd, dat deze verschillen niet tot uiting komen in de cijfers voor de mannen. Met betrekking tot dit laatste punt is het misschien van belang, dat de mannelijke en vrouwelijke fabrieksarbeiders op zeer onevenredige wijze verdeeld zijn over de aan de N.I.P.G.-statistiek deelnemende bedrijven. Hierdoor wordt het aannemelijk, dat factoren als verzuimnormen en G.A.K.-controle op een voor beide geslachten verschillende wijze hebben bijgedragen tot de uiteindelijke verzuimcijfers.

In hoofdstuk VII zal aan de leeftijds- en geslachtsfactor aandacht worden besteed.

#### V.1.3. Invloed van telling van „begonnen” of „beëindigde” verzuimen

In aansluiting aan de schattingen van frequenties moet thans iets gezegd

\*) 4.7 is de door Philips opgegeven frequentie van verzuimen door Z<sub>2</sub>-ziekten, per 100 vrouwen in 1953.



worden over de door I-neurosen bij Philips en Hoogovens naar schatting verzuimde dagen.

Tevoren — met name op bladzijde 55 en volgende — werd een aantal omstandigheden genoemd, die bij de schattingen van frequenties, de grootte van de schattingsfout in belangrijke mate bepalen. Deze omstandigheden zijn in de eerste plaats neergelegd in de condities 1 en 3 van bladzijde 45, en voorts bleek de fout afhankelijk te zijn van het percentage diagnoses, dat in het dubieuze G.A.K.-nummer 38 vervat is. De invloed van deze laatste factor is — zoals uiteen werd gezet — althans voor de verzuimfrequentie van de mannelijke arbeiders, vrij nauwkeurig af te grenzen. Daarnaast mag men aannemen, dat de condities 1 en 3 bij Philips inderdaad zeer redelijk zijn vervuld.

De begrippen „vrij nauwkeurig” en „zeer redelijk” mogen intussen voldoende zijn voor het schatten van *frequenties*, geheel anders ligt dit bij de *verzuimduren*. Hier kan een kleine fout in de classificatie belangrijke consequenties hebben voor de juistheid van de schatting, als gevolg van de grote variatie in verzuimduur van de diverse soorten „neurosen”. Wil men de hierdoor toch reeds weinig betrouwbare schattingen voor verzuimde dagen vervolgens vergelijken met de gevonden duren van het neuroseverzuim in het betrokken bedrijf, dan komt hier nog een nieuwe storende factor bij, die theoretisch eveneens tot een onjuiste schatting kan leiden, vooral als het om verzuimde dagen gaat:

In het gekozen vergelijkingsjaar 1953 waren in de N.I.P.G.-statistiek uitsluitend opgenomen de verzuimgevallen, die van 1 januari t/m 31 december van dat jaar waren *beëindigd*. De gegevens van Philips en van de Hoogovens hebben evenwel betrekking op de, in diezelfde periode, *begonnen* gevallen. Dit zijn dus „inception rates” tegenover „termination rates” in de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Bij deze uiteenlopende wijzen van bewerking zijn altijd wel kleine, toevallige verschillen te verwachten in de aantallen in een kalenderjaar geregistreerde verzuimgevallen, verschillen, die voor de vergelijking van jaarfrequenties gevoeglijk verwaarloosd mogen worden. Hetzelfde geldt voor de verzuimde dagen, als althans de ziekteduur kort is (en weinig varieert) in verhouding tot de observatieperiode. In een van de bekende Studies on Medical and Population Subjects, getiteld „Measurement of Morbidity”<sup>(47)</sup> wordt hierover het volgende opgemerkt:

„It may sometimes be easier to derive a rate of termination of spells from the available records instead of a rate of inception. The uses of such a rate would be similar and, when the duration of sickness is short in relation to the period of observation, the two rates would, in effect, be interchangeable”.

Een onderzoek bij de N.I.P.G.-statistiek over 1953 bracht aan het licht, dat van 1 januari t/m 31 december 755 gevallen méér beëindigd waren dan begonnen. Op een totaal van 40.248 „inceptions” komt dit neer op

1.8%. Voor de diagnosegroep 05 bedroeg het „teveel” nog minder, nl. 1.1% voor de mannen bij een gemiddelde verzuimduur van 24 dagen en 0.3% voor de vrouwen, bij wie een 05-verzuim gemiddeld 11 dagen duurde. Natuurlijk bewijzen deze percentages niets. Ze kunnen zuiver toevallig het volgende jaar wel geheel anders liggen. Maar zij geven althans een indruk van de grootteorde van de verschillen in jaarfrequenties bij gebruik van „inception” en „termination”. De vraag was nu, kan het verschil wellicht veel groter zijn als het de berekening of schatting van verzuimde dagen betreft?

Deze vraag leek van belang, toen uit de ziektestatistiek van een Bedrijfsgeneeskundige Dienst hier te lande\*) gebleken was, dat aldaar in 1953 de frequentie van „functionele hersenziekten” weliswaar slechts een verschil te zien gaf van 2.4%, maar dat het totaal aantal verzuimde dagen door deze ziekten 6.3% verschilde, al naar gelang gerekend werd met in 1953 begonnen, dan wel met in dat jaar beëindigde verzuimgevallen.

Voorals het aantal gevallen klein is, is voor de verzuimde dagen een grotere toevalsfout te verwachten dan voor de frequenties. In dat geval kan zich de invloed van een enkel langdurig, ultimo december doorlopend, verzuimgeval in sterke mate doen gelden. Met deze omstandigheid hebben wij niet alleen te maken als de statistiek slechts een beperkte bevolkingsgroep omvat, maar ook als het om weinig vóórkomende ziekten gaat met een soms tamelijk lange, in ieder geval zeer inconstante, verzuimduur. Een nieuwe bewerking van het N.I.P.G.-materiaal over 1953, ditmaal betrekking hebbend op de in dit jaar begonnen verzuimgevallen, bracht aan het licht, dat het totaal aantal door I-neurosen verzuimde dagen bij de mannelijke fabrieksarbeiders 11% minder zou hebben bedragen als destijds de methode van Philips was gevolgd, terwijl de N.I.P.G.-frequenties voor deze verzuimen slechts 1% „te hoog” bleken te zijn.

Niettegenstaande de invloed van in 1953 „beëindigde” gevallen, ook voor het maken van schattingen van verloren dagen t.g.v. in dat jaar „begonnen” verzuimen in de N.I.P.G.-statistiek „slechts” 11% blijkt te zijn, hebben wij van een schatting bij Philips en Hoogovens door I-neurosen verzuimde dagen afgezien. De andere, eerder genoemde bedenkingen tegen de schattingsprocedure — waarbij in de eerste plaats gedacht moet worden aan de enorme onderlinge spreiding van de verzuimduren — zijn zo groot, dat deze methode niet te gebruiken is voor een kwantitatieve benadering van de verzuimde dagen; óók niet, als deze schattingen gebaseerd zouden zijn, niet op een frequentieverdeling van gevallen, maar op een verdeling der verliesdagen voor de afzonderlijke diagnosenummers.

Wij zullen daarom moeten volstaan met de in kolom 4 van tabel 18 gegeven cijfers voor I-neurosen bij fabrieksarbeiders uit de N.I.P.G.-statistiek. Deze kwamen in 1953 neer op een verlies van 29 dagen per 100 mannen en 40 dagen per 100 vrouwen.

\*) P. G. Op de Coul, 7e en 8e Jaarverslag van de B.G.D. te Almelo.

Ook aan deze cijfers kan intussen geen grote waarde worden toegekend na alles wat gezegd werd over de betrouwbaarheid van het materiaal en over de consequenties van een eventuele onjuiste classificatie (G.A.K.-nummer 38!).

Op de kwestie „termination“- of „inception-rates” komen wij terug in hoofdstuk XIII.1.6. bij de algemene aanbevelingen.

#### V.1.4. I-neurosen bij arbeiders, kantoorpersoneel en overige werknemers

##### V.1.4.1. Frequenties

Tabel 21 vermeldt de frequenties voor de drie onderscheiden groepen werknemers uit de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Waar ook hier de overbelasting van 318 — in het bijzonder bij de fabrieksarbeiders — een rol speelt, moet het aantal verzuimen als gevolg van I-neurosen, zoals wij reeds zagen, bij de mannelijke fabrieksarbeiders uit de N.I.P.G.-statistiek in 1953 minder dan 12 per 1000 man hebben bedragen.

Het aantal diagnoses in G.A.K.-code bedroeg voor deze groep ongeveer één kwart van alle diagnoses. Indien men van de, uiteraard onjuiste veronderstelling uitgaat, dat *alle* nummers 38 van de G.A.K.-codelijst *ten onrechte* als 318 tot de Internationale Neurosegroep zijn gerekend, dan komt men tot een frequentie van ca. 8 I-neurosen per 1000 man. In werkelijkheid moet *de frequentie* van het „echte” neuroseverzuim (310-318) in 1953 *bij de fabrieksarbeiders uit de N.I.P.G.-statistiek dus ergens tussen 8 en 12 per 1000 man hebben gelegen.*

TABEL 21 *Verzuimen door „internationale” neurosen (310-318) bij drie verschillende groepen werknemers. Diagnosestatistiek N.I.P.G. 1953*

groepen werknemers	gem. sterkten		verzuimen door 310-318 in absolute aantallen		aantal verzuimen door 310-318 per 100 werknemers	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
admin. personeel	2355	1363	42	30	1.8	2.2
fabrieksarbeiders	35450	1344	411	46	1.2	3.4
overig personeel	2313	1468	5	2	0.2	0.1
totaal	40118	4175	458	78	1.1	1.9

In tabel 21 komen enkele merkwaardige feiten aan het licht. In de eerste plaats blijkt de frequentie van het geregistreerde I-neurosenverzuim in de drie groepen van werknemers sterk uiteen te lopen — 1.8, 1.2 en 0.2% bij de mannen en bij de drie ongeveer even grote groepen vrouwelijk personeel respectievelijk 2.2, 3.4 en 0.1% —, zózeer zelfs, dat deze uit-

komsten ernstige twijfel oproepen aan de betrouwbaarheid der opgaven. Nu is er voor het „Overig Personeel” zeker grond voor twijfel. De groep bestond in 1953, wat de vrouwen betreft, bijna uitsluitend uit personeel van een aantal grootwinkelbedrijven zonder eigen bedrijfsarts. De „diagnosen” werden grotendeels door de bedrijfsverpleegster gesteld na een gesprek met de patiënte en soms na informatie van de behandelend arts. Van deze laatste is, in verband met het medisch beroepsgeheim, uiteraard weinig opening van zaken te verwachten. Meer dan somatische ziekten vertonen de functionele aandoeningen hiervan de duidelijke sporen. De zeker niet abnormaal lage frequentie van de gezamenlijke 05-verzuimen (37 per 1000 gevallen) bij de vrouwen in de grootwinkelbedrijven, doet het vermoeden rijzen, dat de „diagnose” bij echte neurosen veelal symptomatisch op „nervositas” of „overspannen” (790) werd gesteld, waardoor deze gevallen, ten onrechte, buiten de groep der I-neurosen zijn gebleven.

Bij de mannen uit de groep „Overige werknemers” is de invloed van de leke diagnose niet zo groot geweest. Het feit evenwel, dat ook deze groep voor een groot deel (27%) in de grootwinkelbedrijven werkzaam was, stempelt het lage frequentiecijfer voor I-neurosen voor deze mannelijke werknemers eveneens tot een weinig betrouwbaar gegeven.

Op het eerste gezicht lijken de gegevens van tabel 21, die op het Administratief Personeel betrekking hebben, veel aannemelijker te zijn dan de frequentiecijfers voor het „Overig Personeel”. De eerstgenoemde groep bestond in 1953 bij de mannen voor 15% en bij de vrouwen voor 30% uit personen, werkzaam in de industrie. De overigen vormden het personeel van het zuiver administratieve bedrijf 80.002 <sup>(77)</sup>.

Later zal evenwel blijken, dat ook bij de groep „Administratief Personeel” de gemiddelde verzuimduur voor I-neurosen zo ongeloofwaardig kort is geweest, dat opnieuw twijfel rijst aan de betrouwbaarheid der opgaven. Vermoedelijk heeft ook hier een onjuiste classificatie plaatsgevonden, als gevolg van symptomatische diagnose-opgaven (790!). Dat in de administratieve sector zo weinig „neurosen” zouden zijn voorgekomen, wordt trouwens ontzenuwd door de frequentie der 05-neurosen (waarin 790 wèl voorkomt), die in 1953 bij de mannen van bedrijf 80.002 precies op het totaalniveau lagen (22) en bij de vrouwen zelfs nog hoger (57 tegenover 45) <sup>(77)</sup>. Intussen blijft het mogelijk, dat wij hier met een uitzonderlijke, doch niettemin reële, zeer korte verzuimduur te maken hebben. Ook bij een ernstige (I-) neurose is het denkbaar, dat deze slechts tot frequente kortdurende onderbrekingen van het werk leidt. Dit kan zich o.a. voordoen bij dwangneurotici, bij mensen met een overdreven plichtsbefes, vooral als de aard van het werk meebrengt, dat het, koste wat het kost, àf moet worden gemaakt. Het is niet onmogelijk, dat juist in bedrijf 80.002 een samentreffen heeft plaatsgehad van deze beide omstandigheden, die aldus geleid hebben tot een hoog frequent kort verzuim bij een aantal ernstig neurotisch gestoorden (310-318).

### V.1.4.2. Verzuimde dagen

Volledigheidshalve zijn in tabel 22 de berekende verzuimdagen vermeld voor de drie groepen werknemers uit de N.I.P.G.-statistiek. Deze tabel, die uitsluitend betrekking heeft op de verzuimdagen ten gevolge van „internationale” neurosen (310-318) sluit dus aan bij tabel 21 op blz. 56, waarin voor dezelfde werknemersgroepen de frequenties voor deze I-neurosen te vinden zijn.

TABEL 22 *Door ziekte verzuimde dagen t.g.v. „internationale” neurosen (310-318) bij drie verschillende groepen werknemers. Diagnose-statistiek N.I.P.G. 1953*

groepen werknemers	gemiddelde sterkten		aant. verz. dgn t.g.v. 310-318 in absolute cijfers		aant. verz. dgn t.g.v. 310-318 per 100 m/vr werknemers		gem. verz.duur van een neurose-geval 310-318	
	m	v	m	v	m	v	m	v
Administratief personeel	2355	1363	275	91	12	7	7	3
Fabrieksarbeiders	35450	1344	10125	542	29	40	25	12
Overige werknemers	2313	1468	55	4	2	(0.3)	11	2
Totaal	40118	4175	10455	637	26	15	23	8

Met betrekking tot de in deze tabel gegeven cijfers voor de groepen „Administratief” en „Overig” personeel, kan volstaan worden met te verwijzen naar hetgeen werd opgemerkt bij tabel 21 over de geringe betrouwbaarheid van de gegevens.

### V.2. ENKELE CIJFERS UIT DE UITKERINGSSTATISTIEK VAN „CENTRAAL BEHEER” (1950) TE AMSTERDAM

In IV.2.3. werd bij de bespreking van de N.I.P.G.-gegevens reeds een en ander gezegd over de G.A.K.-code. In herinnering zij gebracht, dat deze diagnose-indeling in 1953 nog berustte op de oude lijst van Centraal Beheer. In dit veel gebruikte boekje waren de neurosen, tezamen met de psychosen, ondergebracht in het diagnosenummer 38. De titel suggereerde, dat met deze groep van ziekten de nummers 300-309 en 310-318 van de Internationale Nomenclatuur waren bedoeld. Naarmate het begrip „neurose” evenwel een meer omvattende betekenis ging krijgen, werd de begrenzing van het nummer 38 naar de zijde van de minder belangrijke zenuwstoornissen dubieuzer, waardoor het achteraf niet goed mogelijk was,

een goed passende „vertaling” voor dit nummer te geven in het internationale coderingssysteem.

Tot zover liep het bezwaar tegen de groepscode van het G.A.K. parallel met die tegen andere ongedefinieerde indelingen. Bij de codelijst van het G.A.K. kwam hier evenwel nog bij, dat functionele — neurotische — klachten en stoornissen ook bij andere nummers ondergebracht konden worden: tussen verschillende diagnosegroepen bestond een onderlinge communicatie.

Zo had men voor vaag omschreven nerveuze toestanden de keuze tussen:

38 psychosen en neurosen

42 andere ziekten van het zenuwstelsel en van de zintuigen

99 ziekten met onbekende oorzaak

De Medisch Adviseur van het G.A.K. merkt hierover op, dat het zelden zal zijn voorgekomen, dat de nummers 42 en 99 werden gebruikt voor neurosen. Twijfel treedt evenwel pas op bij de onduidelijke sociopathische reacties en à fortiori bij de passagère sociosen (XIII.3.3.1). Hier moet de controlerend geneeskundige bij de toekenning van het codenummer herhaaldelijk voor een moeilijke keuze hebben gestaan.

Voor al het nummer 99, waarvan de omschrijving feitelijk impliceert, dat bij elke andere codekeuze de oorzaak wèl bekend zou zijn, moet o.i. voor de controle-arts een welkome opslagplaats betekend hebben voor allerlei moeilijk te classificeren vage ziektebeelden.

Als men verder bedenkt, dat de orgaanneurosen niet alleen een plaats konden krijgen bij de functionele stoornissen (38), maar even goed — als het een maagneurose betrof — bij „andere maagziekten” (68) of „andere ziekten van de spijsverteringsorganen” (74), of wel als het om een neurodermatitis of een psychogeen eczeem ging, bij „eczeem” (86) of „andere huidziekten” (88) enz., dan is het wel duidelijk, dat vergelijking van groep 38 met „neurose”-gegevens uit andere statistieken slechts met het grootste voorbehoud mag geschieden.

Intussen spreekt het vanzelf, dat de gegevens van het G.A.K. van waarde zijn voor interne vergelijkingen, b.v. tussen leeftijdsgroepen, respectievelijk tussen mannen en vrouwen, en ook voor een onderzoek naar seizoensfluctuaties van bepaalde ziekten.

Bij externe vergelijking, in casu met statistieken van ziekteverzuim, wordt de vergelijkbaarheid nog extra bemoeilijkt, doordat de gegevens van het G.A.K. en van andere Bedrijfsverenigingen betrekking hebben op uitkering van ziekengelden. Hierdoor zijn de termen, teleenheden en verhoudingsmaten afwijkend van die bij statistieken van verzuim. De frequenties van uitkeringsgevallen zijn lager door het ontbreken van de veelvuldige zeer korte verzuimen in de uitkeringsstatistiek, met name van die verzuimgevallen, waarvan het herstel binnen de — één tot drie — wachtdagen valt. Bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid kan, zij het slechts bij uitzondering,

verminderde uitkering voortduren, ook als het werk partiëel is hervat. Dit heeft tot gevolg, dat de gemiddelde uitkeringsduur langer kan zijn dan de gemiddelde ziekte duur. Omgekeerd is voor elk geval afzonderlijk de uitkeringsduur juist korter, doordat wacht- en zondagen niet worden meegeteld. Voorts kunnen zich gevallen voordoen, waarin de uitkering geheel of gedeeltelijk wordt geweigerd, terwijl de arbeidsongeschiktheid voortduurt. Ook dan is het resultaat, dat de geregistreerde duur korter is dan het werkelijk aantal verzuimde dagen.

De Bedrijfsverenigingen beschikken over een zeer groot cijfermateriaal. Zij zouden zonder twijfel de belangrijkste informatiebron voor het morbiditeitspatroon van de produktieve bevolking in Nederland kunnen zijn, als het verzekerdenbestand bekend was (thans zijn alleen proportionele cijfers beschikbaar), als de classificatiecriteria scherper waren gesteld en als de gegevens betrekking zouden hebben op de werkelijke ziekteverzuimduur in plaats van op de uitkeringsduur.

Aan het tweede desideratum is thans voldaan, nu het G.A.K. met ingang van 1 januari 1956 van de eigen diagnoselijst is overgegaan op de Nationale Lijst van Ziektegroepen. Inmiddels worden ook — met name door de Sociale Verzekeringsraad — pogingen aangewend om, door het opnemen van de meest noodzakelijke aanvullende gegevens, de statistieken der Bedrijfsverenigingen beter toegankelijk te maken voor vergelijking met statistieken van ziekteverzuim.

Bij het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor zijn geen naar diagnoses gespecificeerde cijfers beschikbaar over het door ons gekozen vergelijkingsjaar 1953. De hierna volgende cijfers hebben betrekking op gegevens van Centraal Beheer over het jaar 1950. Zij worden hier volledigheidshalve vermeld, evenwel met het nadrukkelijk gemaakte voorbehoud met betrekking tot de onzekerheid van de diagnosegroep in kwestie en met het voorbehoud tevens, dat de vergelijkbaarheid maar zeer betrekkelijk is door de aan een ziekteverzekeringstatistiek inhaerente afwijking van tel-eenheden en verhoudingsmaten.

In 1950 werden volgens de statistiek van Centraal Beheer per 100 aan-giften 2.01 gevallen gemeld met de diagnose 38 „psychosen en neurosen”. Een geval uit deze diagnosegroep kwam in dat jaar gemiddeld neer op 21.6 uitkeringsdagen.

De tijd, uitgedrukt in mandagen, die als gevolg van ziekten uit de diagnosegroep 38 in 1950 verloren ging, bedroeg 0.145% van de totaal beschikbare werktijd, eveneens uitgedrukt in mandagen.

### V.3. SAMENVATTING VAN DE GESCHATTE VERZUIMCIJFERS TEN GEVOLGE VAN I-NEUROSEN

In onderstaande tabel zijn de in hoofdstuk V gegeven schattingen voor Philips en Hoogovens bijeengebracht, benevens de voor de N.I.P.G.-statis-

tiel berekende cijfers voor de frequentie per 1000, en voor het aantal wegens I-neurosen verzuimde dagen per 100 mannelijke en vrouwelijke fabrieksarbeiders.

In de laatste kolom zijn voorts de gemiddelde verzuimduren uit de laatstgenoemde statistiek opgenomen.

TABEL 23 *Verzuim door I-neurosen (310-318) bij Nederlandse fabrieksarbeiders. Voorlopige benaderingen, gebaseerd op gegevens van de N.I.P.G.-statistiek*

	gem. sterkten		frequentie per 1000		verz.dgn per 100		gem. verz.duur	
	m	v	m <sup>1)</sup>	v <sup>2)</sup>	m	v	m	v
N.I.P.G. 1953	35450	1344	8—12	20—34	29	40	25	12
Philips <sup>3)</sup> 1953	10200	2780	6—8	7—12	?	?	?	?
Hoogovens 1954	6030		(≥ 46)		?		?	

<sup>1)</sup> Na correctie van G.A.K.-factor (25%).

<sup>2)</sup> Na correctie van G.A.K.-factor (41%).

<sup>3)</sup> In Eindhoven woonachtige weekloners.

<sup>4)</sup> Met het —teken wordt in deze tabel „tussen” bedoeld, dus a—b betekent a > freq. < b.

Laten wij, om vroeger vermelde redenen, de Hoogovens buiten beschouwing, dan is het resultaat van de toegepaste hergroepering, dat *volgens een zo goed mogelijke schatting, in 1953 bij 45.650 mannelijke fabrieksarbeiders slechts één verzuim per 100 werknemers is voorgekomen, als gevolg van neurosen, gedefinieerd door de nummers 310-318 van de internationale nomenclatuur. In datzelfde jaar kwamen naar schatting, bij circa 4100 fabrieksarbeidsters één tot drie verzuimen voor per 100 vrouwelijke werknemers, als gevolg van deze I-neurosen.*



## VI. VERGELIJKING VAN NEDERLANDSE GEGEVENS MET DE UITKOMSTEN VAN RUSSELL FRASER

In de tabellen 19 en 20 werd voor beide geslachten een frequentieverdeling gegeven van diagnoses, voorkomende in een vijftal „neurose”-groepen, zoals het gecodeerde materiaal van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde deze in 1953 en 1954 te zien gaf. Met behulp van deze gespecificeerde verdeling is het mogelijk een vrij nauwkeurige vergelijking te maken met de cijfers, die Russell Fraser opgeeft voor de frequenties van zijn „definite neurosis”.

Volgens zijn — door ons op blz. 9 overgenomen — omschrijving van het begrip „definite”, vallen hieronder de volgende nummers van de Internationale Nomenclatuur:

300-309, psychosen en  
310-314, 318, neurosen.

Russell Fraser preciseert zijn opgaven o.m. door de frequenties van „definite neurosis” te geven voor een drietal leeftijdsklassen. Deze klassen wijken enigszins af van de door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde gebruikte. Ofschoon het in principe mogelijk is, door een extra mechanische bewerking van het materiaal, de ratio's te berekenen voor elke gewenste leeftijdsindeling, wordt hier volstaan met de in tabel 25 gegeven klassen, waarvan de gegevens al bekend waren. Zij geven o.i. voldoende vergelijkingsmogelijkheid met de Engelse cijfers.

Eerst laten wij in tabel 24 de frequenties van „definite neurosis” volgen, zoals deze te vinden zijn in overzicht 5 op blz. 27 van Fraser's rapport. De cijfers hebben betrekking op de percentages patiënten, die in de loop van zes maanden aan neurosen hadden geleden:

„Though each person's data concern six months only, the total data cover more than two years (October, 1942 to December, 1944), with nearly equal representation of all the months of the year”.

Vervolgens zijn ter vergelijking in tabel 25 de frequenties voor de Fraser-nummers gegeven uit de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde over de jaren 1953 en 1954, voor de categorie „fabrieksarbeiders”.

In tabel 25 zijn de aantallen lijdens per leeftijdsklasse niet vermeld. Dit vereist enige toelichting.

Sinds 1 januari 1954 is het, door de invoering van identiteitsnummers op de aangifteformulieren mogelijk geworden het aantal lijdens te berekenen, waarop de verzuimen in een omschreven periode betrekking hebben

TABEL 24

*Aantallen lijdens aan „Definite Neurosis” per 100 mann./vrouwel. werknemers, per 6 maanden — naar Russell Fraser, 1942-1944*

Geslacht	Leeftijdsklasse	1		2		3	
		Aantallen werknemers		Lijders aan D.N. in ‰ van kolom 1		Aantal verzuimen t.g.v. D.N. in ‰ v. kolom 1	
Mannen	21—30	316		68			
	31—40	566		89			
	41—50	564		92			
	51—60						
	Alle leeftijden	1446		85			
Vrouwen	21—30	792		123			
	31—40	388		121			
	41—50	268		149			
	51—60						
	Alle leeftijden	1448		127			

TABEL 25

*Aantallen verzuimen door „Definite Neurosis” per 100 mann./vrouwel. fabrieksarbeiders in 1953 en 1954. Diagnosestatistiek N.I.P.G.*

Geslacht	Leeftijdsklasse	1		2		3	
		Gem. sterkten		Lijders aan D.N. in ‰ van kolom 1		Aantal verzuimen t.g.v. D.N. in ‰ v. kolom 1	
		1953	1954	1953	1954	1953	1954
Mannen	20—29	9576	9829			12	12
	30—39	17024	18142			11	14
	40—49						
	50 en ouder	6342	6963			11	12
	Alle leeftijden	32942	34934			11	13
Vrouwen	20—29	707	835			40	32
	30—39	174	229			23	39
	40—49						
	50 en ouder	21	52			—	39
	Alle leeftijden	902	1116			35	34

gehad. Op deze wijze berekend, zouden evenwel in kolom 2 verhoudingsgetallen worden ingevuld, die in feite niet geheel vergelijkbaar zijn met de overeenkomstige ratio's van tabel 24. Fraser's cijfers hebben namelijk betrekking op de zg. zuivere populatie, de „main sample”, welke uitsluitend werd gevormd door arbeiders, die gedurende de gehele observatieperiode van zes maanden in het betrokken bedrijf in dienst waren geweest. Bij de N.I.P.G.-statistiek zijn de neurosegegevens daarentegen afkomstig van het totaal aantal personen, dat — ongeacht de duur van hun verband — in 1953 en 1954 in de diverse bedrijven fabrieksarbeid heeft verricht. Dit aantal moet, als gevolg van het personeelsverloop, zonder twijfel hoger zijn geweest dan de opgegeven gemiddelde sterkten. Dit betekent dus, dat de noemers van de verhoudingsgetallen in kolom 2 van tabel 25 eigenlijk groter hadden moeten zijn — respectievelijk de tellers kleiner — om met Fraser's „main sample” te kunnen vergelijken. Aangezien dit evenwel inhoudt, dat het verschil tussen de Engelse en Nederlandse cijfers dan nóg sprekender zou zijn geworden dan het nu reeds is en het bovendien een vrijwel onmogelijke opgave zou zijn om achteraf de „blijvers” van de „verlopers” in het Nederlandse materiaal te scheiden, hebben wij de berekening van de ongecorrigeerde ratio's van kolom 2 achterwege gelaten.

Beschouwing van beide tabellen levert intussen verrassende resultaten op. Bepalen wij ons tot de voor vergelijking betrekkelijk goed toegankelijke kolommen 2 van tabel 24 en 3 van tabel 25, dan valt het grote verschil op, dat blijktbaar — met betrekking tot dezelfde nosologische neurose-eenheid — bestaat tussen de Engelse en Nederlandse cijfers:

*De frequenties, die Fraser opgeeft, liggen bij de vrouwen ca. 4 maal en bij de mannelijke arbeiders zelfs 6 à 7 maal zo hoog als die van „definite” neurosen in de N.I.P.G.-statistiek.*

Hierboven werd er reeds op gewezen, dat de cijfers uit tabel 24 en 25 niet volkomen vergelijkbaar zijn. In de Nederlandse tabel zijn het geen gegevens over lijdens, maar over verzuimgevallen. Aangezien de frequentie van dit laatste gegeven, ten gevolge van recidief, wel groter, maar nooit kleiner kan zijn dan het aantal personen dat in diezelfde periode één of meermalen heeft verzuimd, zijn de Nederlandse verhoudingscijfers eerder aan de hoge kant. \*) Dit maakt het verschil tussen Fraser's uitkomsten uit de oorlogsjaren en die van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde van tien jaar later nog groter dan het volgens de tabellen reeds is. Bovendien hebben Fraser's cijfers betrekking op een half, die van het N.I.P.G. op een heel jaar. Het procentuele aantal lijdens uit het Engelse rapport zou, berekend over een vol jaar, waarschijnlijk groter zijn geweest. Tenslotte hebben wij gezien, dat de gegevens van tabel 24 slechts betrekking hebben op de „main sample” van Fraser, de groep van arbeiders, die

\*) Deze redenering steunt intussen op de zeker niet onaantastbare veronderstelling, dat elke door Fraser genoteerde lijder aan D.N. minstens éénmaal in de observatieperiode zou hebben verzuimd.

de volle zes maanden, waarover gegevens werden verzameld, in dienst was van het betrokken bedrijf. De meer passagère groep, samengevat als „short sample”, leverde nog hogere frequenties voor „definite neurosis” op, nl.  $184^0/00$  voor de 109 in deze groep vallende mannen en  $175^0/00$  voor de 80 vrouwen uit deze groep! Het doet dan ook vreemd aan, dat een Nederlandse auteur <sup>(85)</sup>, met betrekking tot het onderzoek van Fraser, van mening is, dat de „veronderstelling gerechtvaardigd is”, dat de neurosefrequenties (in Nederland! Schr.) eerder hoger dan lager zullen zijn.

De frappante verschillen tussen de Nederlandse en Engelse uitkomsten demonstreren ten duidelijkste, dat *Fraser's cijfers niet — gelijk te doen gebruikelijk is — als stuk van overtuiging voor de hedendaagse situatie in ons land aangevoerd mogen worden.*

Men kan zich afvragen, waar deze grote verschillen vandaan komen. Nu ligt tussen beide perioden van onderzoek een tijdsverloop van tien jaren. Dit betekent, dat intussen allerlei omstandigheden veranderd kunnen zijn, die de verzuimgedragingen hebben beïnvloed. Met andere woorden: een gunstig verzuimbeeld uit 1954 bewijst nog geenszins, dat de werkelijke neurosemorbiditeit zoveel lager is, als vergelijking met een ziektecijfer van tien jaren geleden ons zou doen geloven. Het zou in theorie bv. mogelijk zijn, dat in Nederland veel meer ernstig gestoorde neurotici onder de fabrieksarbeiders rondlopen dan uit de verzuimcijfers zou blijken. Met deze mogelijkheid moet inderdaad rekening worden gehouden, in het bijzonder in landen en tijden, waarin de verzuimgelegenheid voor de zieke arbeider bijzonder klein is. Later, bij de bespreking van de trends in het neuroseverzuim, zullen wij zien, dat de hier geopperde veronderstelling voor ons land wel onwaarschijnlijk is en dat — integendeel — sinds de laatste wereldoorlog een verschuiving gaande is in de zin van grotere verzuimfaciliteiten dan ooit te voren. Men kan daarom moeilijk aannemen, dat in deze tijd, in Nederland, een aantal lijdens aan „definite neurosis” gedurende twee volle jaren geheel buiten de verzuimstatistiek zou zijn gebleven.

Intussen moet met de mogelijkheid rekening worden gehouden, dat de N.I.P.G.-cijfers door welke omstandigheid dan ook, inderdaad te laag zijn. De Nederlandse gegevens dragen immers, in het bijzonder t.a.v. diagnostiek en codering, onvermijdelijk de sporen van de tekortkomingen die nu eenmaal aan iedere vorm van verzamelstatistieken kleven. Later — in Hoofdstuk XI — zullen wij zien, dat de meer betrouwbare uitkomsten, verkregen bij het hercoderingsonderzoek bij Philips en de Hoogovens, een ca.  $1\frac{1}{2}$  à  $2 \times$  zo hoge frequentie aan I-neurosen aangeven. Maar ook dan nog blijven zeer grote verschillen bestaan met de cijfers uit het Engelse onderzoek.

Volgens Fraser's gegevens uit tabel 24 blijken de vrouwen vaker aan „definite neurosis” te hebben geleden dan de mannelijke fabrieksarbeiders uit zijn „main sample”. Een dergelijk verschil vinden wij terug — en wel in sterker mate — in de statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeven-

tieve Geneeskunde. Op deze plaats wordt slechts volstaan met het vaststellen van dit verschijnsel, waarop in het volgende hoofdstuk nader zal worden ingegaan.

Tabel 26 geeft de sexeverhoudingen voor de onderscheiden leeftijdsgroepen bij de fabrieksarbeiders van beide statistieken.

TABEL 26 *Geslachtsindices voor de frequenties van „Definite Neurosis” bij fabriekspersoneel. N.I.P.G.: verzuimgevallen. Fraser: aantallen lijdens*

Leeftijdsgroepen	vr./m. N.I.P.G. 1953	vr./m. R. Fraser 1942—1944
20—29 (21—30) .....	2.7	1.8
30—39 (31—40) .....	} 2.8	1.4
40—49 (41—50) .....		} 1.6
50—59 (51—60) .....		
60 en ouder .....	3.3	
Alle leeftijden .....	2.6	1.5

## VII. DE FACTOREN LEEFTIJD EN GESLACHT BIJ HET VERZUIM DOOR „NEUROSEN”

Bij een vergelijking van het verzuim door „neurosen” op verschillende leeftijden betreedt men het terrein van de interne statistiek. Niet alleen het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, maar ook de N.V. Philips en de Kon. Ned. Hoogovens beschikken over een leeftijdsverdeling voor het neuroseverzuim. Van de drie grote statistieken is evenwel slechts de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde in staat informatie te verschaffen over de rol, die geslacht en leeftijd spelen bij het optreden en de duur van verzuim door *I-neurosen*. De cijfers van de beide bedrijven hebben betrekking op de eigen groeperingen, de P- en H-neurosen.

Het is nuttig zich hiervan bewust te zijn, omdat eventueel aan de dag tredende trends kunnen samenhangen met de gekozen neurosegroepen, d.w.z. zij kunnen veroorzaakt zijn door inclusie van bepaalde leeftijdsgevoelige psychische stoornissen, die buiten de eigenlijke *I-neurosen* vallen. Dit is speciaal van belang voor de evaluatie van de Hoogovenscijfers. Immers *formeel* komt de groep der H-neurosen nauw overeen met die der *I-neurosen*, zodat men geneigd zou zijn, de geldigheid der uitkomsten van de Hoogovens over te dragen op de groep der „internationale” neurosen. Waar het evenwel — zoals eerder werd opgemerkt — zeer waarschijnlijk is, dat de H-groep in werkelijkheid aanmerkelijk méér omvat, moet er rekening mee worden gehouden, dat de *feitelijke* H-ziekten leeftijds- en geslachtstendenzen te zien kunnen geven, die niet opgaan voor de *I-neurosen*.

Op zichzelf is het een interessant vraagstuk of *bepaalde* psychische stoornissen wèl en andere niet met leeftijd en geslacht samenhangen. Om die reden zullen in dit hoofdstuk, ook voor de H-, P- en N-neurosen, de genoemde invloeden worden onderzocht.

### VII.1. „NEUROSEN” IN VERSCHILLENDE LEEFTIJDSKLASSEN

#### VII.1.1. *Leeftijd en verzuim door H-neurosen bij de fabrieksarbeiders van de Hoogovens*

De Bedrijfsgeneeskundige Dienst van de Hoogovens beschikt sinds 1952 over gegevens van neuroseverzuim, gespecificeerd naar leeftijdsklassen van 5 jaren. Een zodanig ver doorgevoerde onderverdeling heeft het bezwaar, dat het aantal verzuimgevallen per klasse soms zeer gering is. De

gegevens werden daarom gecombineerd over een drietal jaren. Hierbij viel de keuze op 1952, 1953 en 1954, eensdeels omdat in het gehele onderzoek 1953 als vergelijkingsjaar is gekozen, maar ook omdat uit de cijfers van de veel grotere bevolkingsgroep van Philips gebleken was, dat het neurose-verzuim juist in deze jaren een opmerkelijke constantie vertoonde.

In tabel 27 vindt men de uitkomsten voor de leeftijdsklassen van het Hoogovenspersoneel. De frequenties en ziektedagen zijn hier per 100 man gegeven voor de gehele periode 1952 t/m 1954, afzonderlijk voor de Hoogovensneurosen en voor alle ziekten tezamen. Geheel rechts in de tabel is, in kolom 10 en 11, in de proportionele frequentie en de proportionele duur voor verschillende leeftijden de relatieve betekenis te zien van de H-neurose als verzuimoorzaak in het totale verzuim door alle gezamenlijke ziekten.

Bij het beschouwen van tabel 27 valt het op, dat in de jaren 1952 t/m 1954 bij de allerjongsten van 14—16 jaar blijkbaar geen verzuim door H-neurosen is voorgekomen.

Verder is opmerkelijk, dat — volgens de cijfers van kolom 3 — voor de arbeiders van 16 tot 60 jaar maar zeer weinig van een leeftijdsinvloed is te bespeuren. De frequentie vertoont een betrekkelijk stabiel niveau en beweegt zich tussen de 3.6 en 5.4 neuroseverzuimen per 100 man per jaar, een opvallend geringe variatie, als men bedenkt, dat de extreme waarden betrekking hebben op gemiddelde jaarsterkten van slechts 100 à 200 man.

Zoals te verwachten was, geven de verzuimde dagen van kolom 5 een minder gelijkmatig beeld te zien. Ook hier is het de kleine groep van 60-jarigen en ouderen, die boven de anderen uitkomt: het hoge cijfer in deze leeftijdsklasse heeft overigens weinig betekenis, omdat dit voornamelijk veroorzaakt wordt door de neurosegevallen uit 1952, die — ofschoon slechts vier in aantal — tezamen de ongewoon lange duur van 318 dagen opleverden.

Kolommen 7 en 9, die betrekking hebben op alle gezamenlijke verzuimoorzaken in de jaren 1952 t/m 1954, bieden het normale beeld van een met de leeftijd afnemende verzuimfrequentie en een toeneming van het aantal verzuimde dagen.

Vergelijken wij hiermee het verzuim door H-neurosen, dan is in frequentie en duur weinig terug te vinden van de, voor het totale verzuim zo bekende, chiasmatische leeftijdstrend. Hoogstens is er een aanwijzing, dat het aantal per 100 man verzuimde dagen ook bij de H-neurosen in hogere leeftijdsklassen toeneemt. In hoofdstuk XI zal blijken, dat dit verschijnsel ook optreedt bij de bij hercodering gevonden I-neurosen.

In de figuren 1a en 1b, die zijn samengesteld uit de gegevens van tabel 27, is dit verschil tussen „alle oorzaken” en „H-neurosen” in beeld gebracht. In deze samengestelde figuur is, zowel voor de aantallen verzuimen als voor de verloren dagen, gebruik gemaakt van verschillende schalen.

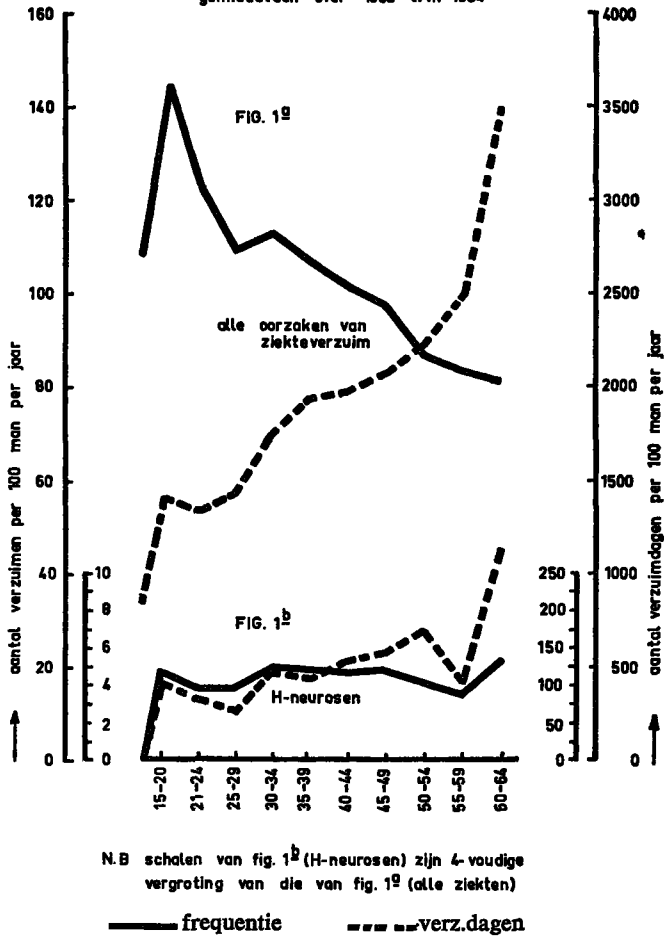
TABEL 27

Leeftijd en H-neurosen. Hoogovens 1952 t/m 1954

Leeftijdsgroepen	H - N E U R O S E N							ALLE VERZUIMOORZAKEN			H-NEUROSEN	
	1 Gesom- meerde sterkten over de jaren 1952, 1953 en 1954	2 Totaal aantal verzuimen in de jaren '52, '53 en '54	3 Aantal gevallen per 100 man per jaar	4 Totaal aantal ziekte- dagen in de jaren '52, '53 en '54	5 Aantal ziekte- dagen per 100 man per jaar	6 Totaal aantal verzuimen in de jaren '52, '53 en '54	7 Aantal gevallen per 100 man per jaar	8 Totaal aantal ziekte- dagen in de jaren '52, '53 en '54	9 Aantal ziekte- dagen per 100 man per jaar	10 Propor- tionale freg. (kol. 2: kol. 6 × 100)	11 Propor- tionale duur (kol. 4: kol. 8 × 100)	
14—16	156	0	0	0	0	169	108	1323	848	0	0	
17—20	555	27	4.9	623	112	802	145	7834	1412	3.37	7.95	
21—24	1407	55	3.9	1171	83	1716	122	18753	1333	3.21	6.24	
25—29	3142	123	3.9	2061	66	3420	109	45187	1438	3.60	4.56	
30—34	3326	171	5.1	4080	123	3770	113	58508	1759	4.54	6.97	
35—39	2853	141	4.9	3088	108	3048	107	55569	1948	4.63	5.56	
40—44	2464	119	4.8	3348	136	2493	101	48781	1980	4.77	6.86	
45—49	1811	88	4.9	2618	145	1752	97	37860	2091	5.02	6.91	
50—54	1249	52	4.2	2177	174	1077	86	27773	2224	4.83	7.84	
55—59	640	23	3.6	684	107	528	83	16040	2506	4.36	4.26	
60—64	314	17	5.4	894	285	255	81	10981	3497	6.67	8.14	
Alle leeftijden	17917	816	4.6	20634	115	19030	106	328609	1834	4.29	6.28	



**LEEFTIJD EN VERZUIM**  
**ALLE OORZAKEN EN H-NEUROSEN**  
 fabrieksarbeiders Hoogovens  
 gemiddelden over 1952 t/m 1954



De verhoudingen van de gebruikte eenheden zijn links en rechts gelijk gehouden. Aldus zijn de verdelingen op de Y-as van figuur 1b te beschouwen als viermaal vergrotingen van de Y-as-schalen van figuur 1a.

In figuur 1a zien we, voor alle gezamenlijke verzuimoorzaken, het bekende beeld van een met het „ouder worden” afnemende frequentie onder gelijktijdig langduriger ziekteverzuim. In figuur 1b blijkt een zodanig leeftijdseffect, althans voor de frequentie van de H-neurosen te ontbreken. Wel komen ook in deze figuur enkele kleine toppen voor, maar bij de gebruikte schaalvergroting mag men hier geen waarde aan hechten.

Het feit, dat de lijnen voor frequentie en voor ziektedagen in figuur 1b nagenoeg parallel verlopen, betekent, dat de gemiddelde verzuimduur van een H-neurose in de jaren 1952 t/m 1954 bij de Hoogovens voor jongere en oudere arbeiders weinig verschilde; zulks in tegenstelling tot het verzuim door alle oorzaken, waarvan de gemiddelde duur na het 30ste jaar regelmatig langer blijkt te zijn geweest.

Uit de gegevens over verzuim door H-neurosen bij het Hoogovenspersoneel in de jaren 1952 t/m 1954 blijkt dus niet, dat in bepaalde leeftijdsgroepen meer of langduriger werd verzuimd. Slechts in de groep der allerjongste arbeiders kwam in deze jaren in het geheel geen verzuim door H-neurosen voor.

#### VII.1.2. *Leeftijd en verzuim door P-neurosen bij weekloners te Eindhoven*

Bij de N.V. Philips was voor de in Eindhoven woonachtige weekloners over 1953 een leeftijdsverdeling beschikbaar over 10 jaren-klassen, aansluitend op de internationale classificatie, zoals deze is voorgeschreven in artikel 15 van het Reglement nr. 1 voor de 1948-Nomenclatuur.

Bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde werden in dat jaar eveneens 10 jaren-klassen gebruikt, waarvan evenwel de klassemiddens samenvielen met de klassegrenzen van de Philipsindeling. In principe is het mogelijk alle drie de statistieken te baseren op de internationale indeling. Dit kan bij de Hoogovens eenvoudig geschieden door samenvoeging van 5 jaren-klassen. Bij de N.I.P.G.-statistiek zou hiervoor een speciale mechanische bewerking van het gehele materiaal over 1953 nodig zijn geweest. Wij hebben deze hergroepering achterwege gelaten, omdat een zodanig omvangrijke en kostbare bewerking slechts tot resultaat zou hebben gehad, dat een schijn van vergelijkbaarheid zou zijn gewekt, die in werkelijkheid, door het gebruik van uiteenlopende neuroseclassificaties, zeker niet bestaat. Met andere woorden, het is voor de vergelijking van ondergeschikt belang of de klassegrenzen precies dezelfde zijn.

In tabel 28 zijn de bij Philips gevonden cijfers vermeld. Ook in dit bedrijf blijkt de neurose — i.c. de P-neurose — het minst voor te komen in de jongste leeftijdsgroep, om vervolgens iets veelvuldiger op te treden bij werknemers van middelbare leeftijd, dan weer te dalen, en tenslotte een maximum te bereiken voor de leeftijdsklasse van 55 t/m 65 jaar. De verschillen zijn evenwel klein: het gaat slechts om een enkel verzuimgeval meer of minder per 100 arbeiders, per jaar. Opgemerkt moet worden dat de frequentie der H-neurosen bij het Hoogovenspersoneel in bijna alle leeftijdsklassen groter is dan die der P-neurosen bij de mannelijke weekloners van Philips.

Met betrekking tot het aantal per 100 man verzuimde dagen blijkt de overeenkomstige leeftijdstrend bij P- en H-neurosen te zijn verdwenen. Dit is niet zo verwonderlijk, gezien de uiteenlopende neurosegroeperingen

TABEL 28 *Leeftijd en P-neurosen bij in Eindhoven woonachtige weekloners. 1953*

	Sierkten der in Eindhoven woonachtige weekloners 1953				P-NEUROSEN				ALLE GEZAMENLIJKE ZIEKTEN				P-NEUROSEN			
	1		3		5		7		9		10		11			
	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr		
14—24	2100	2130	2.7	4.5	37	78	59.4	75.8	687	840	4.6	5.7	5.4	9.3		
25—34	2700	450	3.0	5.8	42	79	54.1	71.1	790	1092	5.5	8.2	5.3	7.2		
35—44	2090	120	3.9	5.0	73	148	57.1	56.7	1179	1053	6.8	8.8	6.2	14.1		
45—54	2410	60	3.3	5.0	80	55	54.2	70.0	1476	1820	6.1	7.1	5.4	3.0		
55—65	900	20	4.1	10.0	64	505	60.1	40.0	2369	3060	6.8	25.0	2.7	16.5		
Alle leef-tijden	10200 <sup>1)</sup>	2780 <sup>1)</sup>	3.3	4.7	58	84	56.4	73.8	1150	927	5.9	6.4	5.0	9.1		

1) Exact 10.565 m. en 2.843 vr.

2) Berekend uit kolommen 3 en 7, resp. uit kolommen 5 en 9.

en de grote spreiding van de gemiddelde duren der afzonderlijke geïncledeerde psychische stoornissen.

Bij de vrouwen valt ten aanzien van de frequentie op te merken, dat de P-neurosen in 1953 bij haar  $1\frac{1}{2}$  à  $2 \times$  zo frequent voorkwamen als bij de mannelijke weekloners. Ook nu weer vinden wij de laagste frequentie bij de jeugdigen tot 24 jaar en de hoogste bij de vrouwen van 55 jaar en ouder. De bezetting van de hogere leeftijdsgroepen is evenwel zo gering, dat aan dit maximum — en dit geldt in nog sterkere mate voor de verzuimde dagen — weinig waarde mag worden toegekend.

### VII.1.3. *Leeftijd en „Neurosen” in de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde*

#### VII.1.3.1. *Leeftijden en N-neurosen*

De uitkomsten van de Hoogovensstatistiek worden grotendeels bevestigd door de leeftijdsgegevens van de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde.

In tabel 29 is voor beide geslachten een overzicht gegeven van de frequenties en ziektedagen per 100 personen per leeftijdsgroep, afzonderlijk voor de neurosen en voor alle ziekten tezamen, met dien verstande dus, dat het hier de N.I.P.G.-groep der N-neurosen betreft (05-ziekten).

Uit de relatieve frequentiecijfers van kolom 3 is te zien, hoe wederom, met uitzondering van de jongsten, de veelvuldigheid waarmede bij de mannen wegens neurosen verzuimd wordt voor alle leeftijden nagenoeg dezelfde is. Ook nu is de variatie weer zeer gering, nl. 2.2 tot 2.5. Toch neemt, zoals uit kolom 10 blijkt, de betekenis van neurosen als verzuimoorzaak toe met de leeftijd. Bij het Hoogovensmateriaal was dit verschijnsel voor de H-neurosen niet zo duidelijk. Het groter worden van de proportionele frequentie behoeft intussen niet meer te betekenen, dan dat het een gevolg is van het minder verzuimen door andere oorzaken, bij oudere arbeiders.

Ook de toeneming met de leeftijd van het aantal verzuimdagen als gevolg van N-neurosen, per 100 man, geschiedt regelmatig in de N.I.P.G.-statistiek dan het H-verzuim in de Hoogovenstabel 27. Bleef hier de gemiddelde verzuimduur ten naaste bij hetzelfde, bij het N.I.P.G.-materiaal vinden wij — zoals tabel 29 laat zien — een met de leeftijd regelmatig langer wordende gemiddelde duur van het verzuim ten gevolge van N-neurosen. Theoretisch kan dit verschil veroorzaakt zijn door de uiteenlopende neuroseclassificaties: korte onderbrekingen van het werk ten gevolge van „zenuwen” (790) gelden bij de Hoogovens formeel niet als „neurosen”, terwijl dit codenummer wel inbegrepen is in de 05-groep van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Het is juist dit soort korte verzuimen, dat bij toenemende leeftijd steeds minder frequent voorkomt. Intussen valt ook nu weer op, dat zowel de frequenties als de ver-

TABEL 29 *Leeftijd en N-neurosen. Fabrieksarbeiders. N.I.P.G.-statistiek 1953*

Leeftijds- klassen	N-NEUROSEN					ALLE VERZUIMOORZAKEN				N-NEUROSEN	
	1 Gemid- delde sterkten	2 Aantal verz. diagn.gr. 05	3 Aantal 05-verz. p. 100 man resp. 100 vrouwen	4 Aantal verz. dgn diagn.gr. 05	5 Aantal 05- verz. dgn per 100 mannen resp. 100 vrouwen	6 Totaal aantal ver- zuimen	7 Aantal verz. door alle oorz. per 100 man resp. 100 vrouwen	8 Totaal aantal verz. dagen	9 Aantal verz. dgn door alle oorz. p. 100 man resp. 100 vrouwen	10 Propor- tionele freq. (kol. 2: kol. 6 × 100)	11 Propor- tionele duur (kol. 4: kol. 8 × 100)
14—19	2508	40	1.6	674	27	2862	114	22294	889	1.40	3.02
20—29	9576	244	2.5	4435	46	11376	119	115773	1209	2.14	3.83
30—39	10026	241	2.4	4814	48	10483	105	144107	1437	2.30	3.34
40—49	6998	151	2.2	3797	54	6412	92	166989	1672	2.35	3.25
50—59	4670	103	2.2	2906	62	3888	83	92939	1990	2.65	3.13
60 j. en ouder	1672	38	2.3	2692	161	1404	84	43040	2574	2.71	6.25
Alle leeftijden	35450	817	2.3	19318	54	36425	103	535142	1510	2.24	3.61
14—19	442	24	5.4	189	43	588	133	4641	1050	4.08	4.07
20—29	707	52	7.4	669	95	1253	177	11427	1616	4.15	5.85
30—39	118	12	10.2	126	107	209	177	3174	2690	5.74	3.97
40—49	56	3	5.4	15	27	100	179	2204	3936	3.00	0.68
50—59	21	3	14.3	34	162	70	333	1390	6619	4.29	2.45
60 j. en ouder	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alle leeftijden	1344	94	7.0	1033	77	2220	165	22836	1699	4.23	4.52

zuimde dagen per 100 man — in strijd met de verwachting — voor de H-neurosen in alle leeftijdsgroepen hoger zijn bij het Hoogovenspersoneel, dan dezelfde verzuimgrootheden voor de theoretisch zoveel meer omvatende N-neurosen in het N.I.P.G.-materiaal; eenzelfde verschijnsel dus als eerder, bij de bespreking van de leeftijdsgegevens van Philips, werd gesignaleerd. Voorts komt in de kolommen 10 en 11 van de beide tabellen 27 en 29 tot uiting, dat ook proportioneel bij het Hoogovenspersoneel opmerkelijk veel en vooral langdurig wegens H-neurosen werd verzuimd, in vergelijking met de mannelijke werknemers uit de N.I.P.G.-statistiek.

In de onderste helft van tabel 29 zijn de gegevens opgenomen over verzuim door N-neurosen bij vrouwelijk fabriekspersoneel.

Van enige stabiliteit in de relatieve frequenties — kolom 3 — zoals wij deze bij de mannen ontmoetten, is hier geen sprake.

Het „niveau” — als men dit zo noemen kan — ligt circa 3 maal zo hoog en de variaties tussen de leeftijdsklassen zijn aanzienlijk, n.l. 5.4 tot 14.3. Vanzelfsprekend zijn de schommelingen groter doordat de aantallen kleiner zijn. Vooral in oudere leeftijdsgroepen doet zich deze omstandigheid gevoelen. Het is evenwel zeer waarschijnlijk, dat hiernaast nog andere oorzaken bestaan voor de verschillen tussen de sexen. Zo kan het feit, dat in alle klassen de gemiddelde verzuimduren voor N-neurosen bij vrouwen opmerkelijk veel korter zijn (zie tabel 32, blz. 79), zeker niet verklaard worden uit het kleiner aantal gevallen. Later in dit hoofdstuk komt het hier gesignaleerde sexeverschil uitvoeriger ter sprake.

Intussen kan bij de bestaande variaties in het verzuim door N-neurosen onder de vrouwelijke fabrieksarbeiders uit de N.I.P.G.-statistiek, niet van een leeftijdseffect worden gesproken.

### VII.1.3.2. Leeftijd en I-neurosen

In tabel 30 is het N.I.P.G.-materiaal over 1953 opnieuw gegroepeerd, ditmaal volgens de internationale neuroseclassificatie. De indeling van de tabel is conform die van tabel 27. Voor de kolommen 6 t/m 9 zij kortheidshalve verwezen naar tabel 29.

Bij vergelijking van de gegevens in de kolommen 3, 5, 10 en 11 van de tabellen 27 en 30 blijkt van de verwachte overeenstemming tussen I- en H-neurosen niets uit te komen. De frequentie per 100 man is in alle leeftijdsklassen bij de Hoogovens circa 4 maal zo hoog als in de statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde. Bij de verzuimde dagen is dit verschil soms nog sprekender, en uit de kolommen 10 en 11 is te zien hoe ook de proportionele betekenis van de H-neurose als verzuimoorzaak bij de Hoogovens circa 4 maal zo groot is als die van de I-neurose in de N.I.P.G.-statistiek. *Niettegenstaande de eerder genoemde verklaringen, moet — zoals straks zal blijken — op grond van de gemiddelde verzuimduur toch wel ernstig rekening worden gehouden met een*

TABELL 30 *Leeftijd en I-neurosen. Mannelijke en vrouwelijke fabrieksarbeiders. N.I.P.G.-statistiek 1953 <sup>1)</sup>*

**I - N E U R O S E N (310-318)**

Leeftijdsklassen	1 Gemiddelde sterkten in 1953	2 Aantal verzuimen	3 Aantal verzuimen per 100 man resp. per 100 vrouwen	4 Aantal verzuim- dagen	5 Aantal verzuim- dagen per 100 man resp. p. 100 vrouwen	10 Proportionele frequentie (kol. 2: kol. 6 van tabel 29 × 100)	11 Proportionele duur (kol. 4: kol. 8 van tabel 29 × 100)
<b>Mannen</b>							
14—19 .....	2508	14	0.6	476	19	0.48	2.14
20—29 .....	9576	122	1.3	3074	32	1.07	2.66
30—39 .....	10026	134	1.3	2712	27	1.28	1.88
40—49 .....	6998	69	1.0	1646	24	1.08	1.41
50—59 .....	4670	54	1.2	1277	27	1.39	1.37
60 jaar en ouder .....	1672	18	1.1	940	56	1.28	2.18
Alle leeftijden .....	35450	411	1.2	10125	29	1.13	1.89
<b>Vrouwen</b>							
14—19 .....	442	14	3.2	120	27	2.38	2.59
20—29 .....	707	28	4.0	401	57	2.23	3.51
30—39 .....	118	3	2.5	15	13	1.44	0.47
40—49 .....	56	1	1.8	6	11	1.00	0.27
50—59 .....	21	0	—	—	—	—	—
60 jaar en ouder .....	0	—	—	—	—	—	—
Alle leeftijden .....	1344	46	3.4	542	40	2.07	2.37

<sup>1)</sup> Voor de kolommen 6, 7, 8 en 9 wordt verwezen naar tabel 29.

*bijzonder frequent voorkomen van echte I-neurosen (310-318) bij het Hoogovenspersoneel.*

Wat de invloed van de leeftijdsfactor betreft, levert de I-classificatie geen nieuwe gezichtspunten. Ook hier blijkt een opmerkelijk geringe variatie te bestaan in de relatieve frequentiecijfers.

Laten wij de allerjongste werknemers, bij wie zeer weinig I-neurosen voorkomen, buiten beschouwing, dan blijken de schommelingen zich in de onderscheiden leeftijdsklassen te bewegen tussen 10 en 13 verzuimen per 1000 mannelijke fabrieksarbeiders.

Het gemiddelde aantal verzuimde dagen is evenals bij de N-neurosen, voor de oudste arbeiders veel groter dan in de overige leeftijdsgroepen. Nu diagnose 790 is uitgeschakeld, ontbreekt de regelmaat van een met de jaren groeiende verzuimduur in kolom 5. Voor het overige valt ook ten aanzien van de verzuimde dagen te constateren, dat de variatie voor de leeftijdsgroepen tussen 20 en 60 jaar bij de I-neurosen opmerkelijk gering is (24—32. dagen per 100 man).

Opmerkelijk is voorts het zeer kleine aandeel, dat de I-neurosen in 1953 hebben gehad in het totale ziekteverzuim. Voor de *frequentie* schommelt dit aandeel rond *één procent*, terwijl de *verloren tijd* circa *twee procent* bedroeg van alle door ziekte verzuimde dagen. Bovendien moet nog in aanmerking worden genomen, dat deze cijfers betrekking hebben op de mannelijke fabrieksbevolking van de N.I.P.G.-statistiek. Zoals wij in hoofdstuk V hebben gezien, betekent dit, dat de uitkomsten circa 25% te hoog moeten zijn.

*In de analyse van de gegevens over 1953 van de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde vinden wij derhalve geen enkele steun voor de veel gehoorde opvatting, dat de neurose (gedefinieerd door de codenummers 310-318 van de internationale nomenclatuur) voor enige leeftijdsklasse een belangrijke rol zou spelen in het ziekteverzuim bij fabrieksarbeiders.*

Bij de vrouwen liggen de zaken niet veel anders. Weliswaar wordt bij haar, voor alle gezamenlijke leeftijdsgroepen, een circa 3 maal zo hoge frequentie aangetroffen en is speciaal in de meest vóórkomende klasse van 20—29 jaar ook het gemiddeld verzuim per persoon ongeveer het dubbele van dat bij haar mannelijke collega's, maar dit verschijnsel geldt evenzeer voor het totale ziekteverzuim. Uit de proportionele cijfers van kolommen 10 en 11 blijkt de I-neurose ook bij vrouwelijke fabrieksarbeiders slechts een fractie, met name ongeveer 2%, van het totale verzuim te hebben bedragen. Wederom met verwijzing naar hoofdstuk V, kan deze uitkomst bovendien nog 40% te hoog zijn. De grote schommelingen in het I-neuroseverzuim bij het vrouwelijke fabriekspersoneel laten, na wat hierover gezegd werd met betrekking tot de leeftijdsfactor, geen verder commentaar toe.



### VII.1.3.3. Vergelijking met recente Engelse cijfers van L. Norman

Interessant is, dat de N.I.P.G.-cijfers voor de mannelijke fabrieksarbeiders zeer fraai overeenstemmen met de uitkomsten, die L. Norman vond voor de frequentie van I-neurosen bij werknemers van de Chiswick-werkplaatsen („overhaul works”) van de „London Transport Bus and Coach Fleet”, in de jaren 1949—1952 <sup>(80)</sup>. De term „I-neurosen” is in dit verband eigenlijk niet juist, omdat zijn cijfers ook de psychosen (300-309) bevatten. De frequentie van deze ziekten is evenwel in verhouding tot die der psychoneurosen (310-318) buitengewoon gering, in de N.I.P.G.-statistiek slechts 4 : 95 (zie tabel 2 op blz. 18). Waar aan de andere kant in Norman's statistiek de eveneens zeldzame, kortdurende I-neurosen van 1, 2 en 3 dagen zijn geëxcludeerd, is zijn frequentiecijfer vrij redelijk te vergelijken met dat voor de I-neurosen uit de N.I.P.G.-statistiek.

Wij laten hieronder, in tabel 31 de Engelse cijfers volgen voor de, in totaal 15970 manjaren omvattende, groep van Norman's werklieden, de „male workshop staff”.

*Diagnosegroep „functionele zenuwaandoeningen”, internat. codenrs. 300-318. Frequenties van verzuim (bewerkt naar gegevens uit „Health in Industry” <sup>(80)</sup>, p. 100 e.v.)*

TABEL 31

Leeftijdsgroep	Manjaren obs. periode	Diagn.groep 300-318		Alle ziekten	Benaderde proportionele frequentie <sup>2)</sup> (kol. 2: kol. 6 × 100)
		Aantal <sup>1)</sup> verzuimen in obs. periode	Frequentie <sup>1)</sup> per 100 man per jaar	Totaal aantal <sup>2)</sup> verzuimen in obs.periode	
	1	2	3	6	10
—19	440	—	—	449	—
20—29	2204	26	1.2	1872	1.4
30—39	3524	27	0.8	2303	1.2
40—49	4414	52	1.2	3113	1.7
50—59	3550	29	0.8	3192	0.9
60—	1838	13	0.7	1883	0.7
Alle leeftijden	15970	147	0.9	12812	1.1

<sup>1)</sup> Exclusief verzuimen van 1, 2 of 3 dagen en van meer dan 182 dagen.

<sup>2)</sup> In het totaal voor „alle ziekten” zijn de verzuimen van 1, 2 en 3 dagen wél meegerekend.

Vergelijkt men de frequentie per 100 man en de proportionele frequentie van Leslie Norman's statistiek met de N.I.P.G.-cijfers van tabel 30 (kolommen 3 en 10) dan blijkt er inderdaad een treffende overeenkomst te bestaan.

Door de inclusie der psychosen heeft een vergelijking met de per 100 man verzuimde dagen weinig zin. Weliswaar bedraagt de maximum verzuimduur in Norman's statistiek slechts 182 dagen tegenover 365 in de N.I.P.G.-statistiek, maar de invloed van enkele psychosegevallen kan de vergelijkbaarheid met betrekking tot de verzuimde dagen hinderlijk verstoren. Om dezelfde reden hebben wij ervan afgezien de gemiddelde verzuimduren in de vergelijking te betrekken.

#### VII.1.4. *Leeftijd en gemiddelde verzuimduur van P-, H-, N-, en I-neurosen*

In het bovenstaande werd reeds enige malen gesproken over de gemiddelde duur der onderscheiden „neurose“-verzuimen. De gegevens over deze verzuimgrootheid zijn in tabel 32 bijeengebracht.

Bij de mannelijke werknemers blijkt alleen bij de N-neurosen de verzuimduur regelmatig met de leeftijd toe te nemen. De verzuimduur is bij de vrouwen met uitzondering van die voor de P-neurosen bij Philips, voor alle neuroseindelingen en in alle leeftijdsklassen opvallend kort. *Bij de I-classificatie* blijken volgens tabel 32 de *gemiddelde verzuimduren bij de vrouwen (12 dagen) ongeveer de helft te bedragen van die bij de mannen (25 dagen)*.

TABEL 32 *Gemiddelde verzuimduren „neurosen“ per leeftijdsklasse. Fabrieksarbeiders*

Leeftijdsklasse	H-neurose Hoogovens 1954		P-neurose Philips weekloners Ehv '53		N-neurose N.I.P.G.-stat. 1953		I-neurose N.I.P.G.-stat. 1953	
	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr
—19 (20)	30.5		} 14.0	17.5	17	8	34	9
20—24	22.8			} 14.1	13.7	} 18	13	} 25
25—29	15.7		} 18.9		29.5		} 20	
30—34	14.4			} 24.2	11.0	} 25		5
35—39	23.4		} 24.2		11.0		} 28	11
40—44	28.6			} 17.6	50.5	} 71		
45—49	31.3							
50—54	15.4							
55—59	33.4							
60—64 (65)	39.1							
65—								
Alle leeftijden	22.5		17.8	17.6	24	11	25	12

VII.1.5. *Proportionele frequentie- en duurgegevens uit de Uitkeringsstatistiek van Centraal Beheer, 1937/1940* <sup>(28)</sup>

Diagnosegroep 38 — neurosen en psychosen.

De betekenis van de leeftijd van de werknemer voor het arbeidsverzuim door „neurosen” kan men ook bestuderen met behulp van gegevens over ziekengelduitkering van Centraal Beheer. Over de samenstelling van de ziektegroep „neurosen en psychosen”, die met het in hoofdstuk IV.2.3. besproken codenummer 38 werd aangeduid, valt niets met zekerheid te zeggen. Vermoedelijk is van dit nummer een zeer ruim gebruik gemaakt, waardoor de inhoud ervan, afgezien van de inclusie der psychosen, nog het meest de Philips-classificatie „Z<sub>2</sub>-ziekten” nabij moet zijn gekomen.

Wij wezen er reeds op, dat er, door de onderlinge communicatie der ziektegroepen, voor de controle-artsen ruime gelegenheid was om met name de orgaanneurosen bij een der andere in aanmerking komende groepscodes onder te brengen.

De in deze paragraaf bijeengebrachte cijfers moeten dan ook in dit licht worden gezien: zij zijn hier vermeld met geen andere bedoeling dan na te gaan, of het aandeel der uitkeringen voor „neurosen en psychosen” in het totaal der uitkeringen verschillend is geweest voor de onderscheiden leeftijdsklassen der verzekerden.

Over recente jaren stonden geen naar leeftijd gespecificeerde gegevens ter beschikking, zodat moest worden teruggегреpen op de statistieken van het toenmalige Centraal Beheer, over de vooroorlogse jaren 1937 t/m 1940.

TABEL 33 *Aandeel van C.B.-nr. 38 in het totaal der uitkeringsgevallen en der uitgekeerde dagen. Periode 1-1-1937 t/m 31-12-1940*

Leeftijdsgroepen	Uitkeringsgevallen			Uitkeringsdagen		
	Aantal onder C.B.-code 38	Totaal aantal (alle diagnosegroepen)	Proport. freq. van diagn.gr. 38	Aantal onder C.B.-code 38	Totaal aantal (alle diagnosegroepen)	Proport. duur van diagn.gr. 38
tot 19	533	41455	1.29	10096	410978	2.46
20—29	1592	70097	2.27	35437	866725	4.09
30—39	1967	66890	2.94	51890	997383	5.20
40—49	1370	46009	2.98	38966	813242	4.79
50—59	838	29813	2.81	25080	641993	3.91
60 en ouder	313	15759	1.99	11667	507534	2.30

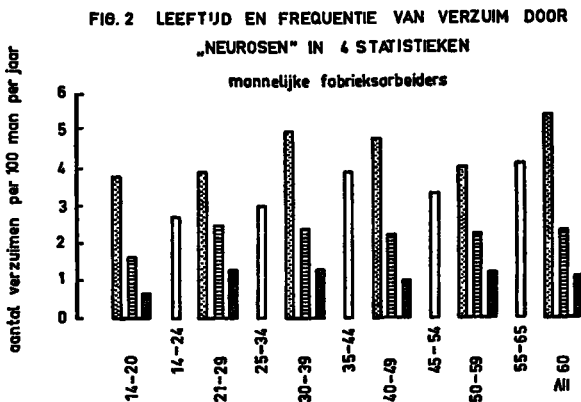
De cijfers in tabel 33 hebben geen betrekking op het aantal werknemers — de grootte van het verzekerdenbestand was onbekend — maar op het

totaal der uitkeringsgevallen en op het totaal der uitkeringsdagen. Soortgelijke verhoudingscijfers zijn voor de „neurosen” te vinden in de tabellen 27 t/m 30 (kolommen 10 en 11). Merkwaardig is, dat in de vooroorlogse statistiek van Centraal Beheer de relatieve betekenis van de „psychosen en neurosen”, en wel in het bijzonder de proportionele duur ervan, na het 40ste jaar regelmatig afneemt en het kleinst blijkt te zijn geweest voor de werknemers van 60 jaar en ouder, dus juist voor die groep, voor wie, circa 15 jaar later, blijkens de H- en N-tabellen, de „neurose” relatief een belangrijker arbeidsverlies zou gaan betekenen dan voor enige andere leeftijdsklasse. Alleen de P-neurosen zijn in dit opzicht met de vroegere bevindingen in overeenstemming.

### VII.1.6. *Samenvatting leeftijd en verzuim door „Neurosen”*

In de figuren 2 en 3 zijn de verzuimfrequenties en verzuimde dagen ten gevolge van P-, H-, N- en I-neurosen, per 100 man en per jaar, voor opeenvolgende 10 jaren-klassen door staafdiagrammen voorgesteld.

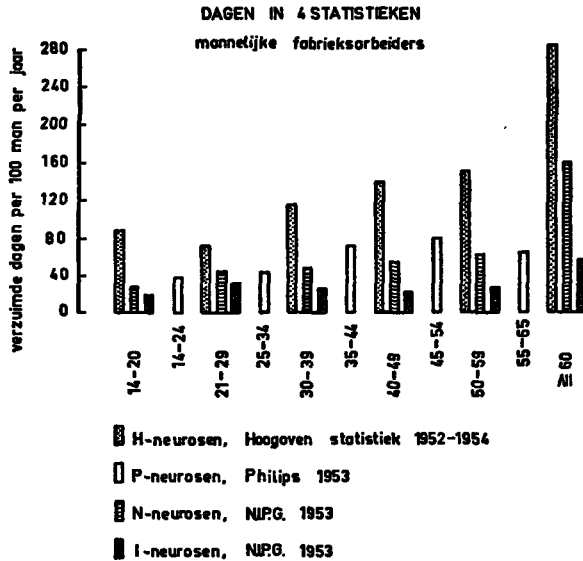
In figuur 2 is te zien, dat in 1953 de frequentie van het verzuim door I-neurosen, gedefinieerd door de internationale codenummers 310-318, bij mannelijke fabrieksarbeiders, in de onderscheiden leeftijdsklassen slechts zeer weinig uiteenliep als de groep der jongste werknemers, door wie zelden onder de diagnose „neurose” werd verzuimd, buiten beschouwing wordt gelaten. Relatief kwam het I-verzuim nog het veelvuldigst voor onder de 20—40-jarigen.



Zie voor verklaring fig. 3 op blz. 82.

De verdeling van de onder deze diagnoses per 100 man verzuimde dagen volgt in fig. 3 in grote lijnen het leeftijdspatroon van de relatieve frequenties. Slechts bij de 18 gevallen uit de groep van 60-jarigen en ouderen werd een duidelijk langere gemiddelde verzuimduur van I-neurosen in de N.I.P.G.-statistiek aangetroffen.

FIG.3 LEEFTIJD EN DOOR NEUROSEN VERZUIMDE



Het is hier de plaats er op te wijzen, dat men zich, bij de beoordeling van leeftijdstrends, voor ogen moet houden, dat de naast elkaar geplaatste staafdiagrammen in feite dwarsdoorsneden zijn van verzuimgedragingen bij verschillende „generaties”. Een polygoon, die de toppen der staven verbindt, zou kunnen suggereren, dat de figuren betrekking hebben op een en dezelfde bevolking. In tegenstelling tot de zg. kohort-statistiek hebben wij hier te maken met een reeks van verhoudingsmaten, die elk voor zich àndere jaarklassen, d.w.z. àndere mensen betreffen. Wanneer b.v. door welke omstandigheid dan ook, bij de oudere arbeiders in dit materiaal toevallig een procentueel groot aantal neurotici zou voorkomen, dan houdt dit nog niet in, dat het neuroseverschijnsel aan het ouder worden gekoppeld zou zijn.

In de figuren 4 en 5 is de proportionele betekenis van „neurosen” voor opeenvolgende leeftijdsklassen grafisch voorgesteld, afzonderlijk voor H-, P-, N- en I-neurosen, en tevens voor de uitkeringen, vallende onder nr. 38 van Centraal Beheer. Elke kolom stelt hierbij een 10-jaren klasse voor, oplopend van links naar rechts.

## VII.2. VERZUIM DOOR „NEUROSEN” BIJ MANNEN EN VROUWEN

Waar in het voorgaande gegevens over vrouwelijke werknemers ter sprake kwamen, werd telkens gewezen op de verschillen, die er tussen de geslachten bestaan met betrekking tot het arbeidsverzuim door neurosen.

Het feit, dat de „neurose” — althans het verzuim door deze ziekten —

FIG.4 PROPORCIONELE FREQUENCIES „NEUROSEN“

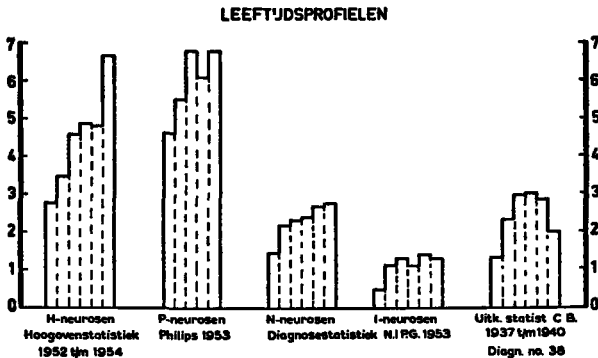
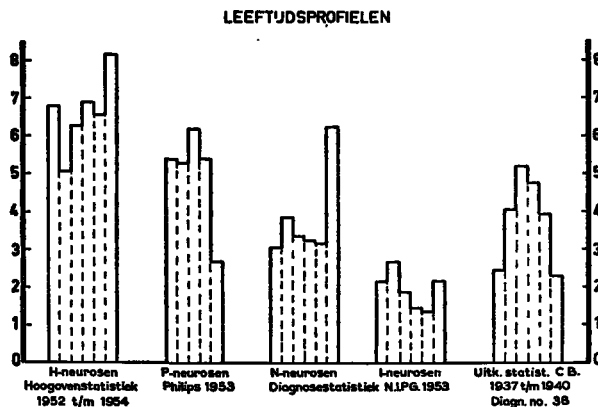


FIG.5 PROPORCIONELE DUREN „NEUROSEN“



zie tabel 27,28,29,30 en 33 voor gegevens en leeftijdsgroepen

méer voorkomt bij vrouwen en ook proportioneel een grotere betekenis heeft als verzuimoorzaak, wordt in vele binnen- en buitenlandse publicaties bevestigd.

Zo vond Wyatt <sup>(104)</sup>, dat 21.1% van het verzuim bij munitiearbeidsters een gevolg is van „zenuwen” of „geestelijke vermoeidheid”.

Fraser <sup>(44)</sup> geeft op, dat in zijn materiaal bij 13% van de vrouwen een „definite neurosis” zou hebben bestaan tegenover 9.1% bij de mannen en dat 23% van de vrouwen in de observatieperiode aan een of andere vorm van „minor neurosis” zou hebben geleden.

Een recente Duitse statistiek <sup>(16)</sup> komt tot een proportioneel verzuim van 4% bij de vrouwen tegenover 1.5% bij de mannen.

In een jaarverslag van de Grafische Bedrijfsvereniging wordt voor de 6500 in deze industrie werkende vrouwen een cijfer genoemd van 5.06

verzuimen per 100 vrouwen tegenover 2.28 per 100 mannen voor de 26.000 mannelijke werknemers, als gevolg van „zenuwstoornissen, exclusief psychosen”.

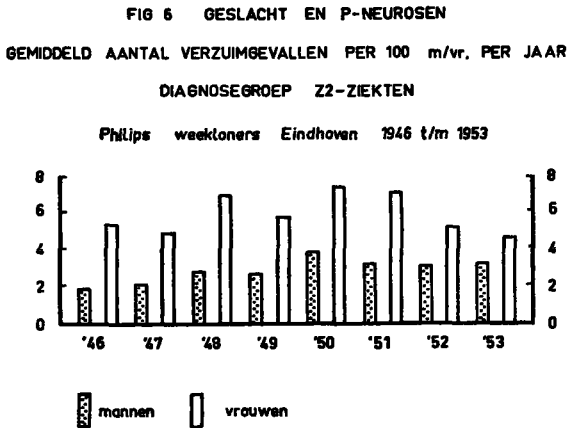
Ook in het N.I.P.G.-materiaal werden soortgelijke sexeverschillen aangetroffen. Hierbij doet zich evenwel een moeilijkheid voor. Het gros der mannelijke arbeiders is uit geheel andere bedrijven afkomstig dan de meeste vrouwen, zodat de geslachtsindices — met name teller en noemer — niet op dezelfde omstandigheden, dezelfde verzuimfaciliteiten en dezelfde normen voor diagnostiek en verzuimnoodzaak betrekking hebben.

Voor de Philipscijfers gelden deze bedenkingen in veel mindere mate. Binnen dit bedrijf mogen wij een zekere homogeniteit — en ook een zekere continuïteit — verwachten in diagnostiek en classificatie, in verzuimcriteria en normen voor herstel. Bovendien staan hier cijfers voor beide geslachten ter beschikking over een reeks van naoorlogse jaren. Om deze twee redenen werd de kwestie van de sexeverhoudingen meer uitvoerig aan de hand van de Philipsgegevens nagegaan.

### VII.2.1. *Geslacht en P-neurosen bij Philips*

Zoals wij zagen treedt het neuroseverschijnsel volgens de onder deze diagnose geregistreerde verzuimen in al de jaren, dat de  $Z_2$ -groep bestaat, ook bij Philips niet bij man en vrouw in dezelfde mate op.

In het staafdiagram van fig. 6 is de frequentie van het neuroseverzuim in de jaren 1946 t/m 1953 afzonderlijk voor beide geslachten grafisch voorgesteld. De gegevens zijn ontleend aan tabel 34 op blz. 86. De gearceerde kolommen betreffen de mannelijke werknemers.



Ofschoon de verschillen tussen de verzuimfrequenties wegens P-neurosen bij mannen en vrouwen in de laatste jaren bij Philips regelmatig kleiner zijn geworden, werd ook in dit bedrijf in 1953 nog altijd voor

vrouwen bijna  $1\frac{1}{2}$  maal zo vaak „neurose” als verzuimoorzaak geregistreerd als voor de mannelijke weekloners.

Voor de fabrieksarbeidsters uit de N.I.P.G.-statistiek was het verhoudingscijfer voor N-neurosen in 1953 — volgens tabel 29 op blz. 74 —  $\frac{70}{23} = 3.0$  en in 1954  $\frac{63}{23} = 2.7$  (\*\*).

In hoeverre de hogere geslachtsindex bij het N.I.P.G. samenhangt met de afwijkende classificatie der neurosen, is niet te zeggen. Afgaande op de frequentieverdeling der afzonderlijke diagnosen van tabellen 19 en 20, zou men bij Philips voor *beide* geslachten relatief meer verzuim wegens „neurosen” verwachten. De  $Z_2$ -groep omvat immers naast de gezamenlijke N-neurosen bovendien nog de nummers 354, 780 en 791. Hier staat weliswaar tegenover, dat in de 05-indeling van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde ook de psychosen — de codenummers 300 t/m 309 — zijn inbegrepen, doch deze spelen in de frequentie een zeer geringe rol. \*) Nu werden voor de mannen inderdaad in 1953 minder N-neurosen per 100 man gevonden dan P-neurosen bij Philips. Maar de frequentie is bij de vrouwelijke fabrieksarbeiders in de statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde aanmerkelijk hoger.

Dit feit onderstreept nog eens de wenselijkheid van een gedetailleerd onderzoek naar de frequenties der afzonderlijke diagnosen.

Het is van belang te weten, welk ziektebeeld, respectievelijk welke als „neurose” aan te merken aandoeningen, bij de vrouwelijke weekloners van Philips zoveel minder voorkomen, althans zoveel minder tot verzuim leiden dan bij de, bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde aangesloten bedrijven.

Met de beschikbare gegevens is het niet mogelijk een dergelijk onderzoek te doen: bij Philips zijn, als gevolg van het rechtstreekse groeperen, de oorspronkelijke diagnosen slechts met grote moeite te achterhalen en anderzijds verschaft het N.I.P.G.-materiaal, speciaal voor de vrouwen, geen voldoende betrouwbare verdeling van diagnosen, doordat bij haar in 1953 ongeveer twee van elke vijf diagnosen — eveneens voorgegroepeerd — in G.A.K.-code werden ingezonden.

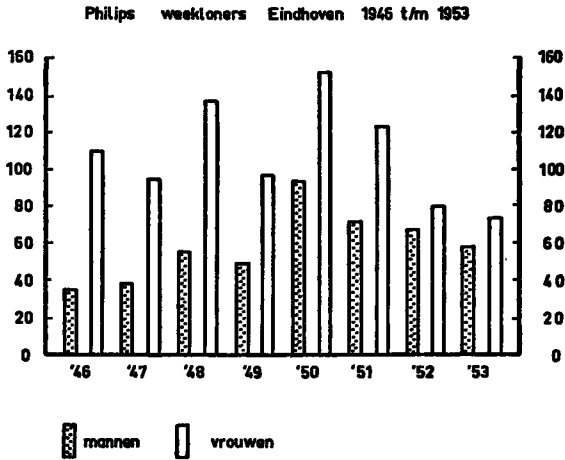
In het staafdiagram van fig. 7 zijn, wederom voor de jaren 1946 t/m 1953, de verschillen tussen beide geslachten te zien voor de door  $Z_2$ -ziekten verloren ziektedagen. Ook voor deze figuur zijn de gegevens ontleend aan tabel 34.

Eenzelfde verschuiving als voor de frequenties van het  $Z_2$ -verzuim werd opgemerkt, doet zich bij Philips voor bij de door deze ziekten verzuimde dagen: van 1946 af wordt het verschil tussen de geslachten steeds geringer, om in 1952 een minimum te bereiken met een indexcijfer van 1.18. Het

\*) Voor 1953 bedroeg het percentage psychosen 4.2 van alle 05-ziekten (N-neurosen).



FIG. 7 GESLACHT EN P-NEUROSEN  
GEMIDDELD AANTAL VERZUIMDE DAGEN PER 100 m/vr, PER JAAR  
DIAGNOSE GROEP Z<sub>2</sub>-ZIEKTEN



jaar 1953 lag met 1.43 weer iets hoger. In het N.I.P.G.-materiaal werd voor dit laatste jaar — voor de groep fabrieksarbeiders — volgens tabel 29 op blz. 74, precies dezelfde geslachtsindex voor de duren der 05-neurosen gevonden, namelijk  $\frac{77}{54} = 1.43$ .

Het samengaan van de tendenzen van frequentie en verzuimde dagen houdt in, dat de gemiddelde verzuimduur bij Philips blijkbaar weinig is veranderd in de periode 1946 t/m 1953. Ook deze gemiddelde duren vindt men met de bijbehorende indices in tabel 34.

TABEL 34 *Verzuim door P-neurosen (Z<sub>2</sub>-ziekten) bij mannelijke en vrouwelijke weekloners in Ehv., in de jaren 1946 tot en met 1953*

	gemiddeld aantal verzuimen per jaar			gemiddeld aantal per jaar verzuimde dagen			gemiddelde verzuimduur		
	per 100		gesl.-index vr/m	per 100		gesl.-index vr/m	per geval		gesl.-index vr/m
	m	vr		m	vr		m	vr	
1946	1.9	5.4	2.8	36	110	3.0	19	20	1.1
1947	2.2	4.9	2.2	39	95	2.4	18	19	1.1
1948	2.9	6.9	2.4	56	137	2.4	19	20	1.1
1949	2.7	5.8	2.1	50	97	1.9	19	17	0.9
1950	3.9	7.4	1.9	94	152	1.6	24	21	0.9
1951	3.2	7.1	2.2	74	123	1.7	23	17	0.7
1952	3.2	5.3	1.7	68	80	1.2	21	15	0.7
1953	3.3	4.7	1.4	58	83	1.4	18	18	1.0

Volgens de tabel is de gemiddelde verzuimduur van een P-neurose bij de vrouwelijke werknemers van Philips sinds 1948 weliswaar korter (index <1) geweest dan bij de mannen — in het vergelijkingsjaar 1953 was er geen verschil — maar de geslachtsindex wijkt hier toch belangrijk af van die bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, waar in 1953 als verhoudingscijfer voor de gemiddelde verzuimduren door 05-ziekten  $\frac{24}{11} = 2.2$  werd gevonden en  $\frac{25}{12} = 2.1$  voor de I-neurosen.

Opnieuw doet zich de vraag voor, wat de oorzaak kan zijn van het gevonden verschil tussen Philips en de andere bedrijven, i.c. van de zoveel kortere gemiddelde verzuimduur bij de vrouwelijke fabrieksarbeiders in de N.I.P.G.-statistiek. Aan welke diagnose(n) is dit verschil toe te schrijven? Wij komen op blz. 88 e.v. op de hier gestelde vragen terug.

## VII.2.2. *Geslacht en „Neurosen” in de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde*

### VII.2.2.1. *Geslachten N-neurosen*

In tabel 35 volgen de gegevens van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde over de verzuimverhoudingen bij N-neurosen voor mannen en vrouwen in verschillende leeftijdsgroepen.

TABEL 35 *Leeftijd en geslachtsindex. Diagnosestatistiek N.I.P.G. — N-neurosen in 1953. Fabrieksarbeiders (excl. Philips) <sup>1)</sup>*

Leeftijdsgroep	Neurosefrequentie-index vr/m	Neuroseduur-index vr/m
< 20 jaar .....	3.4	1.6
20—29 .....	3.0	2.1
30—39 .....	4.3	2.2
40 jaar en ouder .....	3.5	0.9

<sup>1)</sup> Gegevens ontleend aan tabel 29 op blz. 74, kolom 3 en 5.

### VII.2.2.2. *Geslachten I-neurosen*

Tabel 36 geeft een overzicht van de geslachtsverhoudingen voor de groep der „internationale” neurosen, gedefinieerd door de codenummers 310-318.

Het blijkt, dat — volgens de gegevens van de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde — door de meisjes t/m 19 jaar, die in de fabrieken werkzaam waren, ruim 5 × zo vaak verzuimd werd wegens I-neurosen, als door de jongens uit diezelfde leeftijdsgroep. In de hogere leeftijdsklassen wordt het verschil tussen de geslachten steeds kleiner, maar ook bij de vrouwen van 30 jaar en ouder

blijkt de frequentie toch altijd nog het dubbele te zijn van die bij de mannen boven 30 jaar.

Ook het aandeel van de I-neurosen in de frequentie van het totale verzuim is bij de jonge fabrieksarbeidsters 5 × zo hoog als bij de jonge mannen en ook hier blijkt het verschil in de betekenis der I-neurosen als verzuimoorzaak geleidelijk kleiner te worden in hogere leeftijdsklassen.

TABEL 36 *Geslachtsindices voor verzuim door I-neurosen bij fabrieksarbeiders*<sup>1)</sup>. N.I.P.G.-statistiek 1953 (exclusief Philips)

Leeftijdsgroep	frequentie-index (vr./m.)	verzuim-index (vr./m.)	index van prop. freq. (vr./m.)	index van prop. duur (vr./m.)
14—19 .....	5.3	1.4	5.0	1.2
20—29 .....	3.0	1.8	2.1	1.3
30—39 .....	2.0	0.5	1.1	0.3
40 en ouder .....	1.8	0.5	0.9	0.2
Alle leeftijden .....	2.8	1.4	1.7	1.3

<sup>1)</sup> Berekend naar gegevens uit tabel 30 op blz. 76.

Ten aanzien van de verzuimde dagen lopen de verhoudingen tussen vrouwen en mannen veel minder uiteen. De grootste verschillen vinden wij hier in de leeftijdsklasse van 20—29 jaar, waarin het aantal door I-neurosen verloren dagen, per 100 koppen zowel als dat per 100 in totaal verzuimde dagen, bij de vrouwen respectievelijk 1.8 en 1.3 × zo groot is als bij de mannen.

Tenslotte blijkt ook uit tabel 36, dat de I-neurosen bij de vrouwen van 40 jaar en ouder relatief aanmerkelijk minder verzuim veroorzaakten dan bij de mannen.

### VII.2.3. *Betekenis van de gevonden verschillen*

Mag men nu uit deze bevindingen concluderen, dat de „neurose” een aandoening is, die bij vrouwen meer voorkomt dan bij mannen en in de regel minder ernstig verloopt, d.w.z. minder langdurige arbeidsongeschiktheid meebrengt? Deze conclusies zouden ongetwijfeld geoorloofd zijn als:

- 1e. de diagnose „neurose” bij beide geslachten eenzelfde betekenis zou hebben, d.w.z. als bij de diagnostiek en classificatie dezelfde criteria werden toegepast;
- 2e. de verzuimnormen voor beide geslachten dezelfde zouden zijn.

Er zijn evenwel redenen om aan te nemen, dat in de praktijk noch het een, noch het ander regelmatig het geval is.

Vluchtige verzuimen worden bij het zwakke geslacht zowel door de

patiënt zelf alsook door de omgeving en door de arts gemakkelijker „zenuwen” genoemd dan bij de man, bij wie het orgaan — en wel in het bijzonder de maag — een voor hem en zijn omgeving meer acceptabel verzuimexcuus betekent. Zo is de kans groot, dat een neurotische anorexie bv., als het een man geldt, niet als maagneurose — 316 — in de statistiek verschijnt, maar als ingewandsstoornis — 573 —, terwijl precies hetzelfde neurotische symptoom bij de vrouw in de groep der „neurosen” terecht komt. Men etiketteert een vrouw nu eenmaal gemakkelijker als zenuwpatiënte, doordat de diagnostiek nog altijd gebonden is aan conventionele vanzelfsprekendheden en aan een historische terminologie<sup>(90)</sup>. Heeft een van de eerstbeschreven vormen van „definite neurosis”, de hysterie, zijn naam niet ontleend aan een specifiek vrouwelijk orgaan?

Ook met betrekking tot de noodzaak van verzuim legt de medicus, onbewust misschien, voor man en vrouw niet altijd een gelijke maatstaf aan. Voor de vrouw betekent het werk in de fabriek zeker niet de vervulling van een levensbehoefte<sup>(82, 50)</sup>. Haar wacht in vele gevallen — en dit geldt zeker niet alleen voor de gehuwde vrouw — thuis nog een tweede, een huishoudelijke taak. In dit opzicht heeft zij een handicap ten opzichte van de man, die zich zo goed als altijd wel verzorgd weet. Zo zal de controlerend arts, als hij op de hoogte is met de gezinssituatie en huiselijke achtergronden, onbewust meer consideratie hebben met de wegens spanningen verzuimende vrouw.

Waar het zowel bij de classificatie als bij de verzuimnormen om de mogelijkheid van discriminatie gaat in *niet*-ernstige gevallen, betekent dit, dat bij de „neurosen” bij de vrouwen méér kortdurende verzuimen opgenomen zullen zijn dan bij de mannen. Zo zou de — met betrekking tot het geslacht — ongelijke instelling van de arts een verklaring kunnen geven voor de kortere gemiddelde verzuimduur van de I-neurosen bij de vrouwelijke fabrieksarbeiders en tevens van de hogere frequentie bij haar van een aantal als 314 gecodeerde „depressieve reacties”.

#### VII.2.4. *Geslacht en Ziekengelduitkeringen wegens „Neurosen”*

Uit de cijfers van Centraal Beheer<sup>(23)</sup> over de jaren 1937 tot en met 1940 blijkt, dat de „neurose” als oorzaak van ziekengelduitkering vóór de oorlog proportioneel belangrijker was bij de vrouwelijke werknemers dan bij de mannen. Hetzelfde geldt voor de proportionele betekenis van de uitkeringsdagen.

De volgende cijfers zijn beschikbaar over het naoorlogse jaar 1950:

diagnosegroep 38	}	proportionele frequentie: 4.1
(mannen + vrouwen)		proportionele duur: 4.7

Wil men — uiteraard met inachtneming van de o.a. op blz. 80 genoemde restrictie — de cijfers uit tabel 37 vergelijken met naoorlogse gegevens,

**TABEL 37** *Proportionele betekenis van uitkeringen wegens „psychosen en neurosen” (diag.code 38) bij mannelijke en vrouwelijke verzekerden. Statistiek van Centr. Beheer over de jaren 1937 t/m 1940<sup>1)</sup>*

Jaar	gevallen <sup>2)</sup>		dagen <sup>2)</sup>	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
1937 .....	2.25	5.25	4.02	9.11
1938 .....	2.79	6.46	4.49	10.59
1939 .....	2.59	5.57	4.10	10.25
1940 .....	2.22	4.21	3.81	8.54

<sup>1)</sup> Betreft circa 200.000 à 300.000 verzekerden.

<sup>2)</sup> C.B.-diagn. nr. 38, in procenten van alle gezamenlijke uitkeringsgevallen, resp. uitkeringsdagen.

dan komen hiervoor nog het meest in aanmerking de proportionele verzuimcijfers van Philips. Deze cijfers volgen hier voor de jaren 1950 tot en met 1953.

**TABEL 38** *Proportionele betekenis van verzuim wegens P-neurosen (Z<sub>2</sub>-ziekten) bij mannelijke en vrouwelijke, in Eindhoven woonachtige weekloners. 1950—1953*

Jaar	gevallen <sup>1)</sup>		dagen <sup>1)</sup>	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
1950 .....	6.3	8.3	7.8	11.4
1951 .....	5.2	8.7	6.7	11.4
1952 .....	5.5	6.1	6.5	7.4
1953 .....	5.8	6.4	5.5	9.2

<sup>1)</sup> Z<sub>2</sub>-ziekten in procenten van alle gezamenlijke tot verzuim leidende ziekten.

De eerste drie kolommen van deze tabel geven hogere cijfers te zien dan de overeenkomstige kolommen van tabel 37. Het zou, op grond van de twijfelachtige vergelijkbaarheid, niet juist zijn deze verschillen zonder meer te willen zien als functies van de tijd. In hoofdstuk VIII komen wij uitvoeriger terug op de geregistreerde toeneming.

## VIII. DE GEREGISTREERDE TOENEMING

Wanneer men acht slaat op de vele uitspraken over het hedendaagse „neuroseprobleem”, dan krijgt men telkens weer de indruk, dat iedereen wel overtuigd is van een reële toeneming van neurotische aandoeningen, d.w.z. van een achteruitgang in de geestelijke gezondheid, misschien ook in de psychische stabiliteit van de Nederlandse bevolking.

Reeds meermalen is er in het voorgaande op gewezen, dat wanneer dergelijke overtuigingen gebaseerd zijn op wijzigingen in verzuimcijfers, men er op bedacht dient te zijn, dat het lang niet zeker, zelfs onwaarschijnlijk is, dat het vele jaren geleden geregistreerde verzuim in eenzelfde verhouding stond tot de werkelijke morbiditeit als tegenwoordig.

Het feit, dat het verzuim is toegenomen, valt niet te loochenen. Men behoeft slechts de cijfers uit de grote statistiek van Philips van voor de laatste wereldoorlog te vergelijken met die uit recente jaren.

In het Interim Rapport van de Commissie tot Onderzoek van de Invloed van het Ziekteverzuim op de Arbeidsproductiviteit wordt erop gewezen, dat de toeneming niet in dezelfde mate plaats heeft gevonden voor de verschillende diagnosegroepen. Ook voor dit rapport werd in hoofdzaak gebruik gemaakt van de ziekteverzuimcijfers van Philips. De sterkste stijgingen bleken voor te komen bij de Ziekten van het Zenuwstelsel (3 ×), de Ziekten van de Perifere Organen en de Chronische Ziekten van de Spijsverteringsorganen. Op blz. 26 van genoemd rapport schrijft de Commissie in aansluiting op deze constatering:

„hieronder zijn de functionele zenuwziekten, de neurosen en de nervositeit inbegrepen, die na de oorlog meer dan de helft van de gevallen van ziekten van het zenuwstelsel uitmaakten”.

De Commissie wijst er vervolgens op, dat vooral de functionele ziekten van het zenuwstelsel, de neurosen en de psychosen — die bij de gebruikte indeling onder de groep van Ziekten van het Zenuwstelsel vielen — in sterke mate door psychische factoren worden beïnvloed, mede in de frequenties, waarmee zij tot verzuimen leiden. Ook bij de beide andere diagnosegroepen waarvan de verzuimfrequenties sterk zijn gestegen, speelt de „instelling” van de patiënt een belangrijke rol.

Hoofdzakelijk op deze gronden komt de Commissie dan tot de conclusie, dat het niet onwaarschijnlijk lijkt, dat voornamelijk psychologische factoren aansprakelijk zijn voor de ongelijkmatige verhoging van de frequenties, die immers het sterkst zijn toegenomen in die diagnosegroepen, bij welke het subjectief beoordelen van de ziekte-toestand door de patiënt

zelf een grote rol speelt. In het Interim Rapport wordt dit aldus geformuleerd: De grotere ziektefrequentie zou een gevolg zijn van een naoorlogse mentaliteitsverandering, een gewijzigde instelling van de bevolking ten aanzien van het ziek-zijn enerzijds of ten aanzien van de plichten tegenover het werk, het bedrijf, of het landsbelang anderzijds.

Terloops moge hier opgemerkt worden, dat de gekozen bewoordingen tot misvatting aanleiding kunnen geven, waar bij herhaling van „ziekte” wordt gesproken als „verzuim” is bedoeld.

Als verklaring voor de gevonden verschillen wordt in het Interim Rapport telkens weer de hiervoor geciteerde veranderde subjectieve instelling van de betrokkenen genoemd. Het is zeer de vraag of het juist is, om een wijziging in de instelling vooral, en (of) alleen maar bij de werknemer aan te nemen. Vele normen van vroeger komen ons tegenwoordig dwaas en verouderd voor. Veeleer is het daarom het hele complex van gewijzigde opvattingen geweest, dat het verzuim als sociaal verschijnsel een andere waardering heeft gegeven, wat o.m. geresulteerd heeft in een verhoogde verzuimfrequentie.

Intussen is de conclusie uit het rapport, voor het vraagstuk van de toeneming van de „neurose”, in zoverre voor ons onderzoek van belang, dat ook de Commissie niet in de eerste plaats heeft gedacht aan een gewijzigde morbiditeit, maar aan verschuivingen in de verzuimgedragingen ten gevolge van veranderde normen.

In de volgende bladzijden zullen wij in de gelegenheid zijn om te laten zien hoe ook een groep van typisch somatische ziekten — met name de neurologische aandoeningen en de ziekten van de zintuigen — in vergelijking met vooroorlogse jaren een belangrijk toegenomen verzuimfrequentie vertoont.

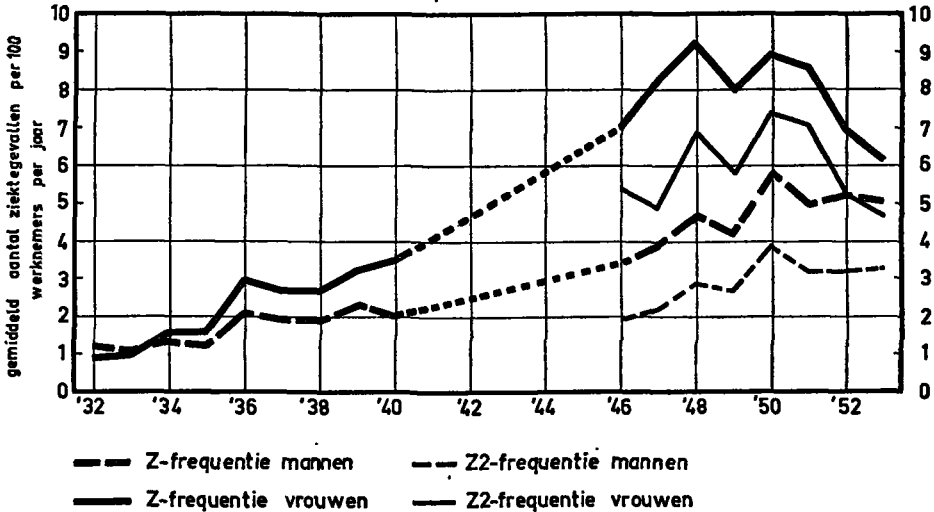
### VIII.1. DE CIJFERS VAN PHILIPS

Ofschoon de Commissie, die het Interim Rapport heeft samengesteld terecht dankbaar gewag maakt van de uitstekende registratie van gegevens over ziekteverzuim bij Philips, levert deze bron slechts weinig houvast voor de bestudering van trends in het neuroseverschijnsel. Dit is een gevolg van het feit, dat de zg.  $Z_2$ -ziekten eerst van 1946 af afzonderlijk werden gerubriceerd. \*) In de jaren 1932 tot 1945 waren de psychoneurosen in de publicaties van de Medische Dienst opgenomen in de groep van Ziekten van het Zenuwstelsel. Deze grote heterogene rubriek omvatte alle zg.  $Z$ -ziekten, dus ook de organische aandoeningen van het Centrale en Perifere Zenuwstelsel benevens de Ziekten van de Zintuigen. Na de afsplitsing van de  $Z_2$ -ziekten bleek de begrenzing van deze ziekten ten aanzien van de

\*) De  $Z_2$ -ziekten werden tevoren wel gecodeerd, maar wegens de kleine getallen niet als afzonderlijke groep in de jaarverslagen opgenomen.

andere Z-nummers somtijds moeilijkheden te geven. Daarom zijn in de meeste tabellen, die op het Philipsmateriaal betrekking hebben en ook in de daaraan ontleende figuur 8, zowel de gegevens voor de Z<sub>2</sub>-groep alsook die voor de gehele Z-groep opgenomen.

FIG.8 ZIEKTEN VAN HET ZENUWSTELSEL EN VAN DE ZINTUIGEN  
diagnosestatistiek Philips, weekloners, Eindhoven



In deze figuur zijn voor opeenvolgende jaren, te beginnen met 1932, de frequenties per 100 werknemers voor alle gezamenlijke Z-ziekten grafisch voorgesteld, afzonderlijk voor mannen en voor vrouwen. De bijbehorende cijfers zijn te vinden in tabel 39, voorzover het vooroorlogse gegevens betreft, en in tabel 40 voor de jaren na 1945.

### VIII.1.1. De jaren vóór de tweede wereldoorlog

In tabel 39 zijn, behalve de cijfers voor Z-ziekten, ook de frequenties vermeld van verzuim door alle ziekten gezamenlijk.

Het valt op, dat zich in het jaar 1936 een vrij plotselinge verhoging van de verzuimfrequentie voor Z-ziekten heeft voorgedaan, terwijl een dergelijke verhoging voor de gezamenlijke ziekten ontbreekt: frequentie per 100 m. 1932 t/m 1935 = frequentie 1936 t/m 1940 = 41.7.

De verhoging van de frequentie van Z-verzuimen — van 1.2 tot 2 per 100 man — is niet geleidelijk ontstaan, maar sprongsgewijze in het jaar 1936. Merkwaardig is, dat de frequentie van de gezamenlijke verzuimen in dat jaar juist opvallend laag was.

Bij de vrouwen vinden wij eenzelfde gang van zaken: ook daar praktisch géén verschil tussen de frequenties voor alle ziekten in de beide voor-



TABEL 39

Aantal verzuimgevallen per 100 mannen/vrouwen per jaar door alle ziekten en door diagnose „Z”. Philips weekloners Ehv. 1932 t/m 1940

Jaar	Alle ziekten		Diagnose „Z”		% „Z” t.o.v. alle ziekten		
	m	vr	m	vr	m	vr	
1932	41.7	38.1	45.0	1.2	0.9	3.1	2.0
1933		41.1	56.7	1.1	1.0	2.7	1.8
1934		38.8	57.1	1.3	1.6	3.4	2.8
1935		48.9	65.3	1.2	1.6	2.4	2.4
1936		35.7	48.4	2.1	3.0	5.6	6.2
1937	41.7	44.3	60.7	1.9	2.7	4.3	4.4
1938		37.0	48.0	± 1.9	± 2.7	5.1	5.6
1939		48.9	62.7	2.3	3.2	4.7	5.1
1940		43.3	52.3	2.0	3.5	4.6	6.7

oorlogse perioden, n.l. 56.0 voor 1932 t/m 1935 en 54.4 voor 1936 t/m 1940, en ook daar een plotselinge stijging van Z-verzuimen in het jaar 1936. Nadien blijkt het frequentieniveau voor het Z-verzuim meer dan 100% hoger te liggen dan in voorafgaande jaren. Tenslotte geeft het jaar 1936 ook voor de vrouwelijke werknemers een minimumwaarde te zien voor de totale verzuimfrequentie.

Onwillekeurig dringt zich de vraag op, wat er in dit „kritieke” jaar bij Philips is gebeurd. Welke verandering heeft zich toen plotseling voorgedaan, een verandering die zich zowel in de cijfers van het totale verzuim heeft gemanifesteerd alsook — zij het op geheel andere wijze (en blijvend!) — in de cijfers van verzuim door Z-ziekten. En waardoor zijn de Z-verzuimen sindsdien ook proportioneel toegenomen?

De beantwoording van deze vragen is van meer dan statistische betekenis, omdat hier een aangrijpingspunt kan liggen voor de verdieping van ons inzicht in de betekenis van „organisatorische” factoren voor de frequentie van het verzuim in het algemeen en van dat door bepaalde ziekten in het bijzonder.

De Medische Dienst bleek bij navraag geen zekerheid te kunnen geven met betrekking tot de verklaring van dit belangwekkend verschijnsel. Het is mogelijk veroorzaakt door wijziging in de samenstelling van de groep huisartsen (toenemend personeel).

### VIII.1.2. De naoorlogse periode

De cijfers over de oorlogsjaren zijn met betrekking tot het werkelijke ziekteverzuim weinig betrouwbaar. In figuur 8 zijn de perioden vóór en na de oorlog door gebroken lijnen verbonden. Deze lijnen zouden kunnen suggereren, dat de aanwas tussen 1940 en 1945 een geleidelijk verloop

heeft gehad. Dit is zeker niet het geval geweest. Afgaande op de uitkomsten van Fraser lijkt het waarschijnlijk, dat de voor 1943 en 1944 bij Philips berekende, voor dit bedrijf uitzonderlijk hoge ratio's van circa twee verzuimen per m/vr per jaar, door alle oorzaken tezamen de werkelijkheid dicht moeten hebben benaderd \*). Over deze jaren staan geen cijfers van Z- of Z<sub>2</sub>-ziekten ter beschikking.

Na de oorlog blijkt vooral bij de vrouwelijke werknemers de frequentie van Z-ziekten zeer sterk te zijn gestegen. In 1948 werd hier een maximum bereikt, bij de mannen enige jaren later. Sindsdien maakt het de indruk alsof er een neiging bestaat tot daling van de frequentie van verzuim door Z-ziekten.

Met ingang van het jaar 1946 werden de Z<sub>2</sub>-ziekten, zoals reeds werd opgemerkt, voor het eerst afzonderlijk bewerkt. Hierbij bleek het aandeel van deze functionele aandoeningen in de totale frequentie van Z-ziekten bijzonder groot te zijn. In tabel 40 vindt men in kolom 4 voor de mannelijke werknemers bij Philips percentages van 55.9 in 1946 tot 64.7 in 1953. Nog opmerkelijker is misschien het constante karakter van de verhouding frequentie Z<sub>2</sub>-ziekten tot frequentie Z-ziekten. In figuur 8 volgt de Z<sub>2</sub>-curve bij beide geslachten met een opvallende regelmaat de ups en downs van de Z-curve.

De meest merkwaardige bevinding is evenwel, dat ook het verzuim door niet-functionele, organische ziekten van het zenuwstelsel — vergeleken bij de periode 1932 t/m 1935 — sterk in frequentie is toegenomen. Zelfs als men aanneemt, dat er in deze rustige vooroorlogse periode helemaal geen Z<sub>2</sub>-ziekten voorkwamen, die tot verzuim aanleiding hebben gegeven, dan nog overtreft het naoorlogse verschil tussen de relatieve frequenties van Z- en Z<sub>2</sub>-ziekten aanzienlijk dat der gezamenlijke Z-ziekten uit de jaren 1932 tot 1935.

Werd vóór de oorlog een toeneming van Z-ziekten gevonden bij een onveranderd verzuim door alle gezamenlijke oorzaken, na de oorlog blijkt de frequentie van dit totale verzuim, vergeleken met de periode van voor de oorlog, ongeveer verdubbeld te zijn. Men zie hiervoor kolom 1 van tabel 39 en 40. Deze omstandigheid plaatst de aanwas voor bepaalde diagnoses na de oorlog fundamenteel in een ander licht. Er blijkt uit, dat beperkte oorzakelijke factoren, zoals verschillen in classificatie of nomen-

\*) De volgende gemiddelde jaarcijfers worden opgegeven voor het verzuim door de gezamenlijke ziekten:

Jaar	gém. verz. frequentie per		gemiddeld verzuim per	
	man	vrouw	man	vrouw
1943 .....	± 1.7	± 2.1	± 23	± 24
1944 .....	± 1.9	± 2.2	± 25	± 26

TABEL 40 Gemiddeld aantal ziektegevallen per jaar per 100 mannen, resp. 100 vrouwen. Philipsstatistiek 1946—1953. Weekloners Ekv.

Frequenties

Jaar	Gem. aantal verzuimen door alle oorzaken per 100		Gem. aantal verzuimen door diagn. Z per 100		Gem. aantal verzuimen door diagn. Z <sub>2</sub> per 100		% Z <sub>2</sub> gevallen van Z gevallen kol. 3/2 × 100		% Z gevallen van alle oorzaken kol. 2/1 × 100		% Z <sub>2</sub> gevallen van alle oorzaken kol. 3/1 × 100	
	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr
1946 .....	85,5	114,6	3,4	7,1	1,9	5,4	55,9	76,1	4,0	6,2	2,2	
1947 .....	73,2	116,2	3,9	8,3	2,2	4,9	56,4	59,0	5,3	7,1	3,0	
1948 .....	62,8	91,7	4,7	9,3	2,9	6,9	61,7	74,2	7,5	10,1	4,6	
1949 .....	67,9	92,2	4,2	8,0	2,7	5,8	64,3	72,5	6,2	8,7	4,0	
1950 .....	62,2	89,4	5,9	9,0	3,9	7,4	66,1	82,6	9,5	10,1		
1951 .....	60,8	81,7	5,0	8,6	3,2	7,1	64,0	82,6	8,2	10,5		
1952 .....	57,7	86,7	5,2	7,0	3,2	5,3	61,5	75,7	9,0	8,1		
1953 .....	56,4	73,8	5,1	6,2	3,3	4,7	64,7	75,8	9,0	8,4		

clatuur, die mogelijk iets te maken hebben met de aanwas van Z-ziekten in 1936, zeker niet uitsluitend verantwoordelijk zijn voor de geregistreerde toeneming sindsdien, maar dat na de oorlog meer algemene oorzaken aan het verzuimaccres ten grondslag hebben gelegen.

VIII.1.3. *De toeneming van het verzuim door niet-functionele ziekten van het zenuwstelsel*

VIII.1.3.1. *Wijzigingen in de frequenties*

Over de jaren na 1945 is de frequentie van niet-functionele ziekten van het Zenuwstelsel bekend. Deze is gelijk aan de frequentie van verzuim door alle gezamenlijke Z-ziekten, verminderd met die van  $Z_2$ -ziekten.

Bezien wij de verhouding tussen de frequenties van verzuim door Z-ziekten en (Z- $Z_2$ )-ziekten in opeenvolgende jaren, dan blijkt er, afgezien van een geringe daling, weinig veranderd te zijn van 1946 tot 1953 in het aandeel der (Z- $Z_2$ )-ziekten in het totaal der Z-ziekten. Tabel 41 toont deze proportionele frequenties voor mannelijke en vrouwelijke weekloners bij Philips.

TABEL 41 *Verzuimen door niet-functionele ziekten van het zenuwstelsel, in procenten van het verzuim door alle gezamenlijke Z-ziekten. Philips, 1946—1953. Weekloners Ehv.*

Jaar	mannen	vrouwen
1946 .....	44,1	23,9
1947 .....	43,6	41,0
1948 .....	38,3	25,8
1949 .....	35,7	27,5
1950 .....	33,9	17,4
1951 .....	36,0	17,4
1952 .....	38,5	24,3
1953 .....	35,3	24,2

Het is niet mogelijk, op basis van deze naoorlogse reeks, schattingen te doen voor het proportionele (Z- $Z_2$ )-verzuim gedurende de jaren vóór de oorlog, gezien de grote onzekerheid over veranderingen in het  $Z_2$ -verzuim tussen 1940 en 1945. Maar wel kan men een indruk krijgen van de aanzienlijke toeneming van het verzuim door niet-functionele ziekten van het zenuwstelsel, door het  $Z_2$ -aandeel in de totale Z-frequentie voor de jaren 1932—1935 hypothetisch te stellen op b.v. 0%, 25% en 50%. Men krijgt dan de volgende uitkomsten: (zie tabel 42).

Uit de laatste kolom van tabel 42 is te zien, dat — onder de respectieve hypothesen van een proportionele frequentie van  $Z_2$ -verzuimen van 0 tot

TABEL 42 Toeneming van niet-functionele zenuwziekten sinds 1932

1	2		3		4		5		6		7	
	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr		
Veronderstelde percentages Z <sub>a</sub> -verzuimen t.o.v. Z-verzuimen in periode 1932 t/m 1935	Geregistreeerde frequentie van Z <sub>a</sub> -verzuimen in periode 1932 t/m 1935 per 100 m/vr		Hypothetische verz.-freq. door Z <sub>a</sub> -verzuimen in periode 1932 t/m 1935 per 100 m/vr		Hypothetische verz.-freq. door niet-functionele zenuwziekten (Z-Z <sub>a</sub> ) in periode 1932 t/m 1935 per 100 m/vr		Geregistreeerde verz.-freq. door niet-functionele zenuwziekten (Z-Z <sub>a</sub> ) in 1953 per 100 m/vr <sup>1)</sup>		Toename van verz.-freq. door niet-functionele zenuwziekten in 1953 vergeleken bij periode 1932 t/m 1935 per 100 m/vr		Procentuele toename van verz.-freq. door niet-functionele zenuwziekten in 1953 vergeleken bij periode 1932 t/m 1935 per 100 m/vr	
	0%	1,2	1,3	0	0	1,2	1,3	1,8	1,5	0,6	0,2	50%
	25%	1,2	1,3	0,40	0,42	0,80	0,88	1,8	1,5	1,0	0,62	75%
50%	1,2	1,3	0,60	0,65	0,60	0,65	1,8	1,5	1,2	0,85	200%	

<sup>1)</sup> In 1953 kwamen per 100 mannen resp. 5,1 en 3,3 verzuimen voor t.g.v. Z- en Z<sub>a</sub>-ziekten, en per 100 vrouwen resp. 6,2 en 4,7 verzuimen.

50% — de verzuimaanwas door niet-functionele zenuwziekten bij de mannen reeds 50—200% zou hebben bedragen en bij de vrouwelijke werknemers 15—185%. Nu zijn de veronderstelde percentages willekeurig gekozen. Het is echter duidelijk, dat, naarmate het aandeel der functionele ziekten in de jaren 1932 t/m 1935 groter is geweest — b.v. 60 of 70% — de toeneming van verzuim door niet-functionele ziekten sindsdien nog veel indrukwekkender moet zijn geweest dan de 200 en 185%, die bij de 50%-hypothese werd gevonden!

Een dusdanige stijging van verzuim door niet-functionele ziekten van het zenuwstelsel kan bezwaarlijk teruggevoerd worden op een gewijzigde morbiditeit. De aanwas van verzuim door deze objectief te constateren lichamelijke aandoeningen pleit sterk voor belangrijke wijzigingen in de verzuimfaciliteiten en voor een invloed van gewijzigde opvattingen en mogelijkheden van de geneeskunde (zie IX.1.1.2.).

Terloops moet hier worden opgemerkt, dat deze uitkomsten tevens een ander licht werpen op de vermeende mentaliteitsverandering van de werknemers. Een gewijzigde subjectieve instelling komt bij niet-functionele objectief te diagnostiseren ziekten zeker niet in de eerste plaats in aanmerking als verklaring van het geregistreerde verzuimaccres.

Tegenover de conclusie, dat de oorzaak van de toeneming van verzuimgevallen wegens niet-functionele ziekten van het zenuwstelsel gezocht moet worden in gewijzigde verzuimnormen en opvattingen in de geneeskunde, wekt het bevreemding, dat voor een andere groep van ziekten — de neurosen — op grond van hetzelfde statistische materiaal, een reële achteruitgang in de gezondheidstoestand wordt aangenomen. Om tot een onrustbarende toeneming der neurosen te besluiten is meer nodig dan een vergelijking van gegevens over ziekteverzuim. Over eventuele wijzigingen in de neurosemorbiditeit geven deze geen betrouwbare informatie. Reëel is slechts, dat het *verzuim* is toegenomen.

### VIII.1.3.2. De verzuimde dagen vóór 1940

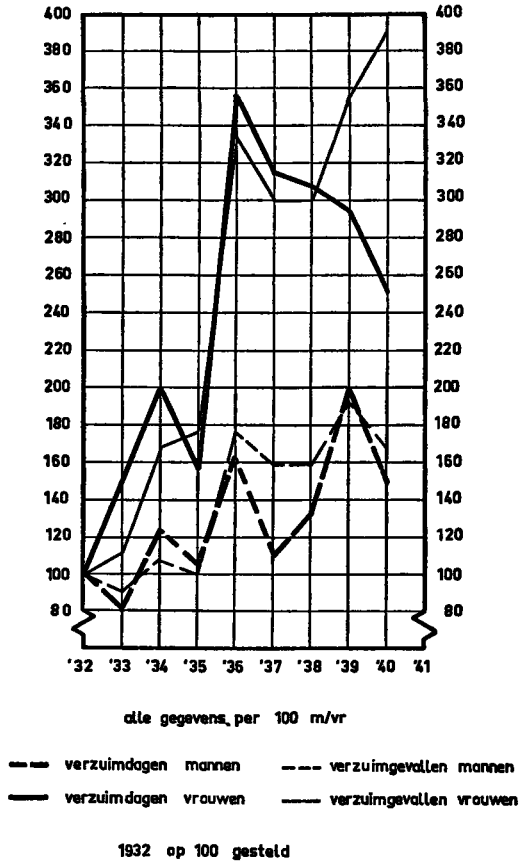
In figuur 9 is, afzonderlijk voor mannelijke en vrouwelijke werknemers, het verloop van de „gemiddelde ziektedag” \*) over de jaren 1932 tot en met 1940 aangegeven, waarbij het aantal wegens Z-ziekten verzuimde dagen, per 100 man, voor het basisjaar 1932 op 100 is gesteld. In dezelfde figuur is voor deze jaren door stippellijnen het verloop van de gemiddelde frequenties voorgesteld, eveneens in relatie tot het jaar van uitgang 1932.

In 1940 bedroeg het gemiddeld aantal *verzuimdagen* per man door alle gezamenlijke ziekteoorzaken 5.73. Dit is precies evenveel als in 1932. Het gemiddelde voor Z-ziekten is volgens tabel 43 in diezelfde jaren opge-

\*) Hieronder wordt in de Philips-statistiek verstaan het gemiddeld aantal door ziekte verzuimde dagen, per man en per jaar (het gemiddeld verzuim).

FIG.9 Z-ZIEKTEN BIJ PHILIPS

JAARINDICES VERZUIM, VOORoorlogse TRENDS



De gegevens voor de figuur zijn ontleend aan de verhoudingscijfers van tabel 43.

lopen van 0.21 dagen per man tot 0.31 dagen, een vermeerdering van circa 50% \*).

Waar het aantal *verzuimgevallen* door Z-ziekten in deze periode een toename van 67% aanwijst \*\*), moet de gemiddelde verzuimduur van een Z-geval in de loop van deze 9 jaren slechts weinig veranderd zijn. In figuur 9 zien we de lijnen van het aantal door Z-ziekten verzuimde dagen gerelativeerd op 1932, dan ook weinig afwijken van de gestippelde relatieve frequenties. Een uitzondering vormen de jaren 1937 en 1938, toen de

\*) 1940: index = 148.

\*\*\*) 1940: index = 167.

TABEL 43

*Verzuim door Z-ziekten bij Philips. Jaarindices t.o.v. 1932*

Jaar	VERZUIMDE DAGEN				VERZUIMFREQUENTIE			
	Verzuim-dgn per 100 m. p. jaar	Ratio t.o.v. 1932	Verzuim-dgn per 100 vr. p. jaar	Ratio t.o.v. 1932	Verzuim-gev. per 100 m. p. jaar	Ratio t.o.v. 1932	Verzuim-gev. per 100 vr. p. jaar	Ratio t.o.v. 1932
1932	21	100	14	100	12	100	9	100
1933	17	81	21	150	11	91	10	111
1934	27	124	28	200	13	108	16	167
1935	22	105	22	157	12	100	16	177
1936	34	162	50	357	21	175	30	333
1937	23	110	44	314	19	158	27	300
1938	29	133	43	307	± 19	± 158	± 27	± 300
1939	42	200	41	293	23	192	32	356
1940	31	148	35	250	20	167	35	389

1932 = 100.

gemiddelde verzuimduur bij de mannen blijkbaar korter is geweest dan in de andere jaren. Bij de vrouwen zien wij iets dergelijks na 1938. Frequentie en duurindex vertonen daarna een plotselinge, opmerkelijke divergentie. Op de betekenis van dit verschijnsel komen wij straks terug.

Het voordien overeenkomstige verloop van frequentie- en duurcurve in figuur 9 is tevens een aanwijzing, dat zich in deze periode geen verschuivingen van betekenis hebben voorgedaan in de classificatie der Z-ziekten. Wanneer dit wél het geval was geweest, wanneer met name in latere jaren ook minder belangrijke  $Z_2$ -aandoeningen in de Z-groep opgenomen zouden zijn, dan had men een met de jaren toenemende verkorting van de gemiddelde verzuimduur mogen verwachten. Nu deze slechts weinig veranderd blijkt te zijn, is het waarschijnlijk, dat dezelfde ziekten, die in 1932 onder de Z-groep vielen, in 1940 veelvuldiger voorkwamen respectievelijk dat deze ziekten in 1932 minder frequent tot verzuim leidden, dan later het geval was.

De hier besproken periode heeft zich niet gekenmerkt door zodanig belangrijke gebeurtenissen — b.v. op politiek of maatschappelijk gebied — dat een toeneming van Z- (in casu van  $Z_2$ )verzuimen daardoor verklaarbaar zouden zijn. Werkloosheid kan hier als verklaring buiten beschouwing blijven, omdat deze maatschappelijke factor, zelfs bij een toeneming van psychische spanningen, door de vermindering van de bestaanszekerheid, eerder tot een teruggang van het  $Z_2$ -verzuim moet hebben geleid. Wel was er in latere jaren de steeds groter wordende oorlogsdreiging, maar ook deze omstandigheid kan bezwaarlijk aansprakelijk gesteld worden voor de regelmatige trapsgewijze stijging, die zich reeds in 1934 manifesteerde.



De meest waarschijnlijke verklaring is dan ook, naast een toegenomen diagnostisch iatrogeen verzuim, een met de jaren lager wordende verzuimdrempel, waardoor een meer frequent en naar rato ook groter aantal verzuimdagen mogelijk werd, bij een niet of slechts weinig veranderde Z-morbiditeit.

De factoren, die tot deze verlaging van de verzuimdrempel hebben bijgedragen, komen in hoofdstuk IX ter sprake.

Bij de vrouwelijke werknemers vertonen de beide verzuimkarakteristieken, blijkens figuur 9, — wederom in hun relatie tot het basisjaar 1932 — in grote trekken dezelfde kenmerken als bij de mannen. Het overeenkomstig verloop is hier tot 1938 frappant. Verder springt bij de vrouwen nog veel duidelijker dan bij de mannelijke werknemers het geval was, de plotse-linge aanwas in 1936 in het oog, waarop reeds werd gewezen.

Na 1938 doet zich evenwel — in afwijking van wat bij de mannen werd gevonden — een scherpe stijging van de frequentie voor, terwijl het gemiddelde aantal ziektedagen daalt.

Ook Collins <sup>(25)</sup> vond, in het bijzonder bij vrouwen, een opvallende stijging in het kortdurend (ééndags-)verzuim in het jaar, voorafgaand aan het uitbreken van de tweede wereldoorlog.

Wil men zich aan speculaties wagen, dan zou men zich af kunnen vragen of hier misschien toch betekenis moet worden toegekend aan de invloed van de politieke onzekerheid en de naderende oorlogsdreiging. Dat zich deze factor bij de man niet in de verzuimstatistiek laat onderkennen, zou kunnen samenhangen met de mobilisatie, waardoor het verzuimpatroon evenredig met de gewijzigde leeftijdsopbouw veranderingen moet hebben ondergaan. Hoe groot het  $Z_2$ -verzuim zou zijn geweest als de jongemannen aan het werk waren gebleven, blijft een open vraag. Fraser's studie wijst er wel op, dat, in dat geval, ook bij het sterke geslacht een aanmerkelijke toename van kortdurend  $Z_2$ -verzuim te verwachten was geweest.

## VIII.2. DE TOENEMING DER ZIEKENGELDUITKERINGEN

Op blz. 20 van het Interim Rapport merkt de Commissie op, dat de cijfers van Philips de enige waren, die toelieten over een niet te kleine groep van werknemers, een vergelijking te maken tussen de toestand voor de oorlog en die erna, voor wat betreft de verdeling van verzuimen over verschillende soorten van ziekten (diagnosegroepen).

Weliswaar stonden ook enkele vooroorlogse gegevens van Centraal Beheer ter beschikking, maar deze cijfers kunnen niet nauwkeurig tot frequenties en duren per „man” worden omgerekend, doordat de omvang van het verzekerdenbestand niet precies bekend was.

Aangezien men de cijfers van de Uitkerings-statistiek evenwel gaarne gebruikt om aan te tonen in welke mate het ziekteverzuim is toegenomen, volgen hieronder de voor „neurosen en psychosen” beschikbare cijfers. Als vergelijkingsjaren zijn hier 1937 en 1950 genomen, omdat bestandsschattingen over andere jaren geheel ontbreken.

. Naast de onzekerheid over de ziekten, die in de diagnosegroep 38 van Centraal Beheer in deze beide jaren zijn samengebracht — waarbij het allerminst zeker is, dat de groep als zodanig hetzelfde is gebleven — kleeft aan deze gegevens bovendien nog het bezwaar, dat de groep der „onbekende” diagnoses \*) dusdanig groot is, dat rekening moet worden gehouden met een — in de vergelijkingsjaren — onevenredige onttrekking aan de diagnosegroep in kwestie. Om deze redenen zal dan ook geen commentaar worden gegeven op de spectaculaire aanwas van frequentie en uitkeringsdagen. De uitkomsten onderstrepen slechts de *gewijzigde verzuimsituatie*, maar ook niets meer dan dat.

TABEL 44 „Psychosen en Neurosen” bij Centraal Beheer. CB-code 38

Jaar	Geraamd bestand der omslagleden	Freq. per 100 verzeerden	Gemidd. duur in uitker. dagen <sup>1)</sup>	„Ziektepercentage” <sup>1)2)</sup>	Proportionele frequentie	Proportionele duur <sup>1)</sup>
1937	± 226.000	0.77	27.2	0.070	2.8	5.0
1950	± 305.000	2.01	21.6	0.145	4.1	4.7

<sup>1)</sup> De maximumduur, in 1937 op ½ jaar gesteld, werd in 1948 gebracht op 1 jaar. Ten einde de gegevens van vóór en na de oorlog vergelijkbaar te maken, is bij de berekening van het zg. ziektepercentage, de gemiddelde en de proportionele duur in 1950, het aantal dagen, waarover na 156 dagen (het voor 1937 geldende maximum) uitkering werd verleend, buiten beschouwing gelaten.

$$^2) = \frac{\text{frequentie} \times \text{gem. duur}}{300}$$

### VIII.3. RECENTE CIJFERS VAN DE HOOGOVENS

Noch de Diagnose-statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, noch die van de Hoogovens vermogen een bijdrage van betekenis te leveren voor het probleem van de toeneming van het neuroseverzuim. De eerste is pas in het najaar van 1951 tot stand gekomen, waarna enige malen een wijziging in de indeling der ziektegroepen heeft plaatsgehad. Vergelijking over latere jaren heeft hierdoor weinig zin.

De Hoogovensstatistiek geeft iets meer informatie, doch is eveneens tot een aantal recente jaren beperkt. Over 1951 stonden nog geen uitvoerige gegevens ter beschikking, maar van 1952 af beschikt de Medische Dienst van dit Bedrijf over volledig gespecificeerd diagnostisch materiaal.

In tabel 45 zijn de gegevens over enkele sindsdien verlopen jaren bijeengebracht:

\*) Dit aantal bedroeg in 1937 circa een kwart van alle uitkeringsgevallen (22.96%).

TABEL 45 H-neurosen. Hoogovens-statistiek

Jaar	Sterkten	FREQUENTIES							VERZUIMDE DAGEN				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	Aantal arbeiders waarover berekend	Totaal aantal verzuimen <i>alle</i> oorzaken	Idem per 100 man	Aantal verzuimen door H-neurosen	Idem per 100 man	Percentage v/h totaal aantal verzuimgevallen	Totaal aantal verzuim-dgn <i>alle</i> oorzaken	Gem. aantal verz.dgn per 100 man	Aantal door H-neurosen verz. dgn	Idem per 100 man	Percentage v/h totaal aantal verz.dgn	Gem. duur v/e verz. door H-neurosen	
1952	5808	5946	102.5	237	3.9	3.8	103843	1788	6101	105	5.9	26	
1953	6037	6159	102.0	275	4.6	4.5	107680	1784	6815	113	6.3	25	
1954	6072	6925	114.0	304	5.0	4.4	117086	1928	7828	113	6.7	26	

Na 1952 doet zich blijkens tabel 45 een lichte stijging voor in het jaarlijkse aantal verzuimen door H-neurosen per 100 man, en ook het aandeel der H-neurosen in de totale verzuimfrequentie was in de jaren 1953 en 1954 hoger dan in 1952. Het Hoofd van de Bedrijfsgeneeskundige Dienst merkt hierbij op, dat waarschijnlijk in deze periode de toenemende aandacht voor dit soort ziekten mede aansprakelijk moet worden gesteld voor de geregistreerde toeneming in kolom 4, 5, 9 en 10 van tabel 45. Voor de proportionele cijfers (kolom 5 en 10) is dit des te opmerkelijker, omdat ook het totale verzuim (kolom 2 en 7) over 1954 hogere waarden aangeeft dan in beide voorafgaande jaren.

Ofschoon niet op de aanwas van het neuroseverzuim betrekking hebbend, moge hier nog eens gewezen worden op de verschillen tussen de verzuimcijfers van Philips en van de Hoogovens. Weliswaar lijkt het alsof een redelijke overeenstemming bestaat tussen de frequenties per 100 man voor H-ziekten uit kolom 4, en die bij de mannen van Philips, zoals deze in tabel 40 op blz. 96 te vinden zijn, maar men vergete niet, dat het hier om verschillende neurosegroepen gaat. Volgens tabel 3 vormen de H-neurosen een aanzienlijk beperkter nosologische groep dan de P-neurosen van Philips. Gaat men uit van de inhoud van de H-neurosegroep, zoals deze werd opgegeven, dan kan met behulp van de verdeling op blz. 50 een ruwe schatting gemaakt worden van het aantal verzuimen, dat zich bij de Hoogovens wegens „neurosen” zou hebben voorgedaan, als in dit bedrijf de classificatie van Philips zou zijn gebruikt. Men komt dan voor de jaren 1953 en 1954 tot een geschatte frequentie van  $\frac{961.3}{260.3} \times 4.8 = 17.8$  verzuimen per 100 man wegens P-neurosen. Dit is — de 25% G.A.K.-diagnosen 318 in aanmerking genomen — ruim vier maal zo hoog als bij Philips, waar in 1953 een verzuimfrequentie voor P-neurosen werd gevonden van 3.2 per 100 mannelijke, in Eindhoven woonachtige weekloners.

#### VIII.4. OUDERE NEDERLANDSE GEGEVENS

Als het aantal jaren, dat tussen twee statistieken ligt, niet groot is, zijn geen spectaculaire verschillen in de verzuimcijfers te verwachten. Verschuivingen in de normen ontstaan niet in één dag, in één week of in één jaar. Ook met de realisatie van sociale voorzieningen zijn vele jaren gemoeid geweest. Deze wijzigingen hebben zich evenwel niet altijd even gelijkmatig voltrokken: in aansluiting aan de tweede wereldoorlog traden in korte tijd radicale veranderingen op in tal van traditionele opvattingen en normen.

De periode, die aan de laatste oorlog voorafging, is in dit opzicht veel rustiger verlopen.

Naast organisatorische en sociaal normatieve invloeden is er één factor, die zonder twijfel van grote invloed moet zijn geweest op de veranderingen

in de verzuimgedragingen, met name de sterke wisseling van de conjunctuur. Ofschoon in de reeds eerder genoemde publicatie van het I.L.O. <sup>(12)</sup> geen Nederlandse gegevens zijn vermeld, kan het wel niet anders of de opeenvolging van hausseperiodes en economische depressies, moet ook voor ons land van betekenis zijn geweest voor de hoogte van de verzuimdrempel en wel speciaal als het om nerveuze bezwaren ging. Deze overweging moet men in gedachten houden bij vergelijking van de huidige met de hier volgende ziektecijfers, welke ontleend zijn aan de dissertatie van F. P. J. Doeleman uit het jaar 1928 <sup>(32)</sup>. In die jaren was de arbeidsmarkt niet zo krap als heden ten dage. De bedrijfsarts kon zich althans, zoals de schrijver op blz. 25 van zijn proefschrift opmerkt, bij het aannemen van personeel een strenge selectie veroorloven.

De gegevens van Doeleman hebben betrekking op het personeel van de P.T.T. en de Spoorwegen te Rotterdam. In tabel 46 is de personeelssterkte in deze twee bedrijven gegeven over de jaren 1924—1926. Voor de Spoorwegen is een specificatie naar het geslacht achterwege gelaten. Op blz. 58 van zijn proefschrift schrijft Doeleman hierover: „Het aantal vrouwen is onder het personeel zo minimaal, dat men de groep als uitsluitend uit mannen bestaande mag beschouwen”.

TABEL 46 *Personeel P.T.T. en Spoorwegen Rotterdam, naar F. P. J. Doeleman. 1928*

	P.T.T.			Spoorwegen		
	m	vr	totaal	m	vr	totaal
1924 .....	1535	392	1927			2500
1925 .....	1514	395	1909			2427
1926 .....	1514	393	1907			2367

De functionele zenuwziekten zijn helaas niet naar geslacht en leeftijd gespecificeerd. Een tweede manco is — wat door de schrijver zelf wordt betreurd — dat de aanvankelijk door hem verzamelde frequentiegegevens later verloren zijn gegaan. Zodoende staan voor vergelijking met latere jaren slechts twee gegevens ter beschikking:

1. Het procentuele aandeel van de functionele zenuwziekten in het totaal aantal door ziekte verloren dagen, (de proportionele duur).
2. Het gemiddeld aantal door ziekte verzuimde dagen per man en per jaar, (het gemiddeld verzuim).

Het is achteraf moeilijk uit te maken, welke ziekten Doeleman in zijn groep 5 „Nervositas, hysterie” heeft begrepen. Zeker is, dat de psychosen er niet in vielen. Deze zijn in een afzonderlijke diagnosegroep ondergebracht. Dit is van belang, omdat juist deze laatste ziekten in zo sterke mate de verloren arbeidstijd beïnvloeden. Over neurosen wordt niet gerept. Als

men evenwel acht slaat op de indeling, die Carp circa 10 jaar later geeft in „De Neurosen”<sup>(22)</sup>, dan ligt het vermoeden voor de hand, dat Doeleman bedoeld heeft ook de andere neurotische reactievormen en karakterstructuren in de benaming van zijn groep 5 onder te brengen. Voor de ziektegroepering maakt de schrijver gebruik van de zg. lijst van Bertillon, een voorloper van de Internationale Classificatie, waarbij hij de 79 groepen van deze lijst door samenvoeging van zeldzame aandoeningen tot 31 had teruggebracht.

De gegevens gaan terug tot 1920. Zoals Doeleman opmerkt waren de volledigheid en betrouwbaarheid ervan vóór 1924 evenwel gering. Met ingang van dit jaar heeft de schrijver ernaar gestreefd zijn diagnosestatistiek zo waardevol mogelijk te maken door een systematische en consciëntieuze registratie.

Intussen zal het duidelijk zijn, dat de vergelijkbaarheid met gegevens van 30 jaar later niet groot is. In dit opzicht leveren proportionele verzuimgegevens nog de beste informatie, omdat deze min of meer onafhankelijk zijn van verschuivingen in de algemene verzuimnormen en -faciliteiten. Hier staat tegenover, dat juist ten aanzien van functionele aandoeningen de normen en medische opvattingen met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid in latere jaren veel sterker zijn gewijzigd, dan bij objectief aanwijsbare lichamelijke ziekte-toestanden het geval is geweest.

TABEL 47 *Percentages verzuimdagen door functionele zenuwaandoeningen t.o.v. de door alle oorzaken verzuimde dagen*

„Nervositas, hysteric” (lijst van Bertillon) m. + vr., naar F. P. J. Doeleman. 1928.	Za-groep (Philips) en H-neurosen (Hoogovens)
1924 P.T.T. Rotterdam 3,4	1951 Philips Eindhoven 6,7(m) 11,4(v)
Spoorwegen	Hoogovens
Rotterdam 3,4 (4,1) <sup>1)</sup>	IJmuiden 5,9(m)
1925 P.T.T. Rotterdam 4,1	1952 Philips Eindhoven 6,5(m) 7,4(v)
Spoorwegen	Hoogovens
Rotterdam 2,2 (2,7) <sup>1)</sup>	IJmuiden 6,3(m)
1926 P.T.T. Rotterdam 3,4	1953 Philips Eindhoven 5,5(m) 9,2(v)
Spoorwegen	Hoogovens
Rotterdam 1,4 (1,7) <sup>1)</sup>	IJmuiden 5,8(m)

<sup>1)</sup> De groep „ongevallen” werd uit de „gezamenlijke oorzaken” geëlimineerd, omdat deze ongevallen bij de Spoorwegen zeer zwaar drukken op het totaal der verzuimde dagen (circa 17% tegenover 4 à 5% bij P.T.T.). De aldus gecorrigeerde ratio's zijn tussen haakjes aangegeven.

Uit tabel 47 blijkt, dat de recente cijfers van Philips en Hoogovens  $1\frac{1}{2}$  à 2 maal zo hoog zijn als die van Doeleman. Toch is dit verschil in de proportionele duren niet groot, als men in aanmerking neemt, hoe zeer de

aandacht voor de geestelijke gezondheid van de werknemer in de afgelopen dertig jaren is toegenomen, en als men rekening houdt met het feit dat de neuroticus, die verzuimt, tegenwoordig aanspraak kan maken op uitkering van ziekgeld ingevolge de Ziektewet.

In tabel 48 is op analoge wijze een vergelijking gemaakt tussen het aantal per persoon en per jaar verzuimde dagen als gevolg van functionele aandoeningen. Ook hier treft weer, dat de verschillen niet zo groot zijn als men alleen al op grond van de gewijzigde opvattingen en sociale voorzieningen mocht verwachten.

TABEL 48 *Gemiddeld aantal verzuimdagen per persoon en per jaar t.g.v. „functionele aandoeningen”*

„Nervositas, hysteric” (lijst van Bertillon) m. + vr., naar F. P. J. Doeleman. 1928.		Z <sub>2</sub> -groep (Philips) en H-neurosen (Hoogovens)	
1924	P.T.T. Rotterdam 0,36 (m+vr) Spoorwegen Rotterdam 0,24 (m)	1951	Philips Eindhoven 0,74(m) 1,23(v) Hoogovens IJmuiden 1,11(m)
1925	P.T.T. Rotterdam 0,40 (m+vr) Spoorwegen Rotterdam 0,19 (m)	1952	Philips Eindhoven 0,68(m) 0,80(v) Hoogovens IJmuiden 1,05(m)
1926	P.T.T. Rotterdam 0,34 (m+vr) Spoorwegen Rotterdam 0,12 (m)	1953	Philips Eindhoven 0,58(m) 0,83(v) Hoogovens IJmuiden 1,13(m)

Afgezien van de verschillen tussen de oude en recente cijfers van tabel 48, valt het op, dat het aantal door „neurosen” veroorzaakte verzuimdagen per man en per jaar hoger was bij de P.T.T. dan bij de Spoorwegen. De schrijver geeft hiervoor twee verklaringen.

In de eerste plaats wijst hij op het feit, dat bij de P.T.T. circa een derde deel van het personeel uit meisjes en vrouwen bestaat, terwijl bij de Spoorwegen nagenoeg uitsluitend mannen werkzaam zijn. Evenals tegenwoordig het geval is, bleken de vrouwen ook in de jaren 1924—1926 een belangrijk groter aantal dagen per jaar wegens psychische stoornissen te verzuimen. Doeleman zegt hierover op blz. 29 van zijn dissertatie: „dat niet het zwakkere gestel en de grotere vatbaarheid de hoofdoorzaak is”, maar „dat de vrouw in dit werk geen levenstaak vindt, die haar volkomen bevrediging kan schenken. . . . Zij mist bij licht onwelzijn eerder de prikkel om toch haar werk te blijven verrichten.”

De verklaring, die Doeleman geeft van het verschil in „neurose”-verzuim tussen beide geslachten, sluit nauw aan bij hetgeen hierover op blz. 89 werd opgemerkt.

Een tweede oorzaak van het verschil tussen beide bedrijven is volgens

Doeleman te zoeken in het verschil in arbeidsvreugde van het mannelijke P.T.T.- en Spoorwegpersoneel. Op blz. 63 van zijn proefschrift zegt de schrijver, sprekende over de Spoorwegarbeider: „zijn ijver en plichtsbetrachting en niet het minst zijn plezier in het werk, doen hem over kleine lichamelijke bezwaren heen stappen; een lof die in zijn algemeenheid over de andere categorie (i.c. de P.T.T.) niet zo vlotweg uitgesproken kan worden.”

#### VIII.5. DE GESCHIEDENIS HERHAALT ZICH

In het voorgaande werd aangetoond, dat vergelijkingen van verzuimcijfers en gegevens over ziekengelduitkeringen niet in staat zijn steekhoudende argumenten te leveren voor de vermeende toeneming van de neurose-morbiditeit.

Telkens als zich in de geneeskunde een nieuwe volksziekte aankondigt of gesproken wordt van een sterke toeneming, doet men goed de geschiedenis te raadplegen. In de regel zal dan blijken, dat er niets nieuws onder de zon is. „In een werk van Hirsch (geciteerd bij Martins, *Konstitution und Vererbung*, pag. 67), in 1843 verschenen, handelend over de spinale irritatie, wordt aangetoond, dat de neurasthenie toen even goed modeziekte was als thans.” Dit schreef L. Bouman in 1930<sup>(13)</sup>. In zijn *Leerboek der Zenuwziekten*, waaraan deze en volgende passages zijn ontleend, behandelt hij de neurasthenie als eerste ziektebeeld in een hoofdstuk getiteld „Verschillende Neurosen”.

Aan de Amerikaan Beard komt de verdienste toe in een werk, dat in 1868 verscheen, als eerste gewezen te hebben op dit ziektebeeld der neurasthenie. Tevoren ging het schuil in de grote groep van aandoeningen, die men met de naam van nerveuse bestempelde. Ook Beard meende met een nieuwe ziekte te doen te hebben, een z.i. typisch Amerikaans ziektebeeld.

Deze „ziekte van Beard” of neurasthenie, aldus Bouman, zou volgens de grondleggers van het symptomenbeeld een gevolg zijn van de moderne (1868!) *surménage*, van de *struggle for life*, van de koortsachtige ijver om vooruit te komen en het hoofd te bieden aan de concurrentie. . . .

Zoals bekend vallen de somatisatie-reacties (315-317) volgens de tegenwoordige internationale classificatie onder de diagnosegroep der neurosen. In dit verband is het belangwekkend te zien welke verschijnselen door Beard en andere schrijvers, waaronder speciaal Charcot, als stigmata van de neurasthenie werden beschouwd: de hoofdpijn, de rug- en lendenpijn, de dyspepsie, slapeloosheid, spoedig optredende vermoeidheid, vaak ook vermindering van geslachtsfuncties op somatisch gebied; de moeite om de aandacht te bepalen, de gevoeligheid en de prikkelbaarheid, de angstige vrees, gevoel van onmacht en onzekerheid op psychisch gebied.

„Langzamerhand,” zo gaat Bouman verder, „begon men echter het ge-



bied der neurasthenie uit te breiden. Zo werden ten slotte de termen neurasthenie zo vaag en ook zo verbreid, dat men de diagnose veel te lichtvaardig stelde. . . .”

Men ziet, ook toèn in hoofdzaak orgaanneurotische symptomen, ook toèn een vermeende „nieuwe” volksziekte, ook toèn als oorzaak surménage in een jachtige maatschappij en ook toen een begripsinflatie, waardoor de schijnbare toeneming van het nieuwe ziektebeeld achteraf volkomen is te verklaren.

De opmerking van Bouman dat het juist is aan te nemen, dat de „ziekte van Beard” er altijd is geweest, alleen haar naam heeft gewisseld, betekent een historische les, waaruit wij lering kunnen trekken voor een beter begrip van het huidige neuroseprobleem.

## IX. VERANDERINGEN IN VERZUIMFREQUENTIES IN HET ALGEMEEN EN DOOR „NEUROSEN” IN HET BIJZONDER

Ook als men de toeneming van de verzuimfrequenties niet langer ziet als een bewijs voor een achteruitgang in de gezondheidstoestand, en — als het „neurosen” betreft —, in een verminderd geestelijk welzijn van de betrokken bevolkingsgroep, blijft niettemin het probleem bestaan, waardoor dit verzuim, vergeleken met de vooroorlogse jaren, zo sterk is toegenomen. Laten wij de kwestie van wijzigingen in de classificatie buiten beschouwing, dan wordt voor dit verschijnsel een aantal verklaringen opgegeven, waarvan het gemeenschappelijke kenmerk wel is, dat het min of meer gratuite beweringen zijn, die met een op zijn best casuïstisch gemotiveerde voorkeur, nu eens het accent op deze, dan weer op die factor plegen te leggen. De gevolgde redeneringen divergeren sterk al naarmate men uitgaat van de aprioristische overtuiging, dat er tegenwoordig „te veel en onnodig” wordt verzuimd, dan wel vroeger noodgedwongen „te weinig”.

De aanhangers van de eerste premisse spreken graag van een naoorlogse mentaliteitsverandering, van een te ver doorgevoerde sociale verzorging, die fnuikend zou zijn voor het individueel verantwoordelijkheidsgevoel, van een verlies aan interesse in het werk en van een te gemakkelijk toegeven aan lichamelijke en psychische onlustgevoelens. Deze groep meent in de stijgende lijn van het ziekteverzuim een facet te herkennen van een meer algemeen maatschappelijk verschijnsel, dat symptomatisch zou zijn voor onze tijd. Met weemoed en ergernis vergelijken deze commentatoren de gedragingen van de huidige generatie met het goede verleden, toen men nog wist „wat werken is”.

Diametraal hiertegenover staan zij, die menen, dat de lage verzuimcijfers van vroeger een gevolg waren van sociale misstanden, waarbij het ziekteverzuim op een, uit moreel oogpunt, ontoelaatbare wijze gedrukt werd door de bedreiging van het bestaan — ontslag en werkloosheid — en door de somtijds catastrophale consequenties van ziekte voor de werknemer en diens gezin. Zij zijn ervan overtuigd, dat het in die jaren zeker geen uitzondering was, dat men bij ziekte dóór bleef werken, ook als de gezondheidstoestand verzuim volgens de toenmalige normen had gerechtigd.

In deze categorie van commentatoren ontmoet men de vurige pleitbezorgers voor afschaffing van wachtdagen en van andere sancties op onnodig verzuim, welke maatregelen — zelfs als zij preventief zijn bedoeld — op ethische gronden verwerpelijk worden geacht.

De vraag, wie van beiden gelijk heeft, is van meer dan academisch belang, omdat hier in het geding is, of niet elke poging om het verzuim te reduceren in feite een asociale daad is, als men althans geen andere wegen aangeeft om de verzuimbehoefte op te vangen of weg te nemen.

Wanneer daarom in het hiernavolgende getracht zal worden een zo compleet mogelijk — schematisch — overzicht te geven van alle, ten dele onbewuste, overwegingen, die van invloed zijn bij de verzuimbeslissing, dan is deze uiteenzetting niet alleen bedoeld om aan te tonen hoe storend diverse niet-medische factoren kunnen zijn voor de vergelijking van verzuimcijfers van naar plaats en tijd uiteenlopende herkomst, maar tevens om het inzicht te verdiepen in de betekenis van de diverse factoren. Misschien kan dit ertoe leiden, dat de begrippen „te veel” en „te weinig” worden herzien en dat men zich hoede voor lichtvaardige oordeelsvellingen en eenzijdige verklaringen van het geconstateerde verzuimaccres.

#### IX.1. STORENDE FACTOREN BIJ DE VERGELIJKING VAN VERZUIMFREQUENTIES

De interpretatie van trends en van verschillen in niveau en variatie stuit op de moeilijkheid, dat de „normale” verzuimfrequenties onbekend zijn, waardoor een solide, betrouwbare vergelijkingsbasis ontbreekt. In de ziekteverzuimstatistiek pleegt men hiervoor gegevens van enkele soortgelijke bedrijven te gebruiken. Hieronder worden verstaan bedrijven, die, wat de personeelsopbouw, de grootte, de ligging en de aard van het werk (het produkt) betreft, zoveel mogelijk vergelijkbaar zijn. Andere bedrijven geven voor vergelijking de voorkeur aan de door de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde wekelijks berekende groeps- of landelijke totalen. Bij het beoordelen der afwijkingen kan aldus automatisch rekening worden gehouden met jaarlijkse en seizoensschommelingen. Deze methodes blijken in de praktijk zeer goed te voldoen. Er is evenwel één belangrijke restrictie, met name deze, dat de genoemde gegevens alleen dan als vergelijkingsbasis bruikbaar zijn als het contemporaine, althans recente cijfers betreft.

Totaal anders wordt de situatie als actuele gegevens vergeleken worden met cijfers van eigen of andere bedrijven van vele jaren her.

De oorzaak van de wankele vergelijkbaarheid met vroegere gegevens is gelegen in de belangrijke wijzigingen van verzuimfaciliteiten en verzuimnormen gedurende de laatste decennien. Deze wijzigingen hebben grote verschuivingen tengevolge gehad in het geregisteerde verzuim. Ziekteverzuim is immers geenszins identiek met verzuim door ziekte. Veeleer is het te beschouwen als de resultante van een uitermate complex geheel van factoren, waarvan ziekte er slechts één is. Dit betekent, dat de verzuimcijfers van vroeger slechts dan, als bron van informatie voor de gezondheidstoestand, vergelijkbaar zijn met die van thans, als alle andere fac-

toren <sup>(53)</sup>, die mede invloed uitoefenen op de verzuimgedragingen der werknemers, sindsdien constant zijn gebleven. Niets is evenwel minder waar.

In het algemeen zijn de verzuimgedragingen afhankelijk van een viertal omstandigheden, in het navolgende „factoren” te noemen.

1. de Verzuimbehoefte
2. de Verzuimnoodzaak
3. de Verzuimgelegenheid
4. de Verzuimmogelijkheid

De hier gegeven splitsing in vier factoren moge enigszins gekunsteld schijnen — zij zijn geenszins onafhankelijk — voor een goed begrip van de kwestie der vergelijkbaarheid vormen zij een praktische en gemakkelijk hanteerbare indeling.

- ad 1. Onder de verzuimbehoefte van een werknemer wordt in het volgende verstaan het complex van gevoelens van lichamelijke en geestelijke aard, dat resulteert in een zodanige graad van minusdispositie, dat de betrokken werknemer het gevoel heeft niet tot werken in staat te zijn. Onder deze definitie wordt de verzuimbehoefte dus uitsluitend bepaald door de mate, waarin het subjectieve welbevinden afwijkt van de eigen norm. Het begrip heeft dus betrekking op het criterium, dat de werknemer voor zichzelf stelt aan zijn geschiktheid om arbeid te verrichten.
- ad 2. De verzuimnoodzaak wordt bij definitie bepaald door het oordeel van derden met betrekking tot de wenselijkheid of noodzakelijkheid om bij een gegeven minusdispositie van de werknemer hem te ontraden of verbieden zijn arbeid voort te zetten, of te hervatten. Hieronder valt dus vooral het oordeel van de huisarts, controle-arts of bedrijfsarts, maar voorts ook dat van verloofden en echtgenoten, van ouders en huisgenoten. Onder deze definitie wordt de verzuimnoodzaak dus niet door de werknemer zelf bepaald, maar afhankelijk gesteld van de plaatselijke en tijdelijke medische en maatschappelijke normen en van de evenzeer wisselende opvattingen uit de omgeving van de betrokken werknemer.
- ad 3. Onder de verzuimgelegenheid wordt bij definitie verstaan het complex van maatregelen en usances, die — al naarmate de eerste meer of minder stringent zijn en de tweede meer of minder tolerant — de beslissing van de werknemer om te verzuimen bij twijfelgevallen in remmende of bevorderende zin kunnen beïnvloeden.
- ad 4. De verzuimmogelijkheid omvat bij definitie de gezamenlijke financiële en sociale consequenties van het ziek-zijn als zodanig voor de werknemer zelf en voor degenen, die van hem afhankelijk zijn.

Van de vier genoemde punten hebben slechts de verzuimbehoefte en de verzuimnoodzaak betrekking op de conditie van de werknemer op het moment, dat deze voor de beslissing staat: verzuimen of doorwerken. D.w.z., dat slechts deze twee factoren in feite een maatstaf zijn voor de te meten gezondheidstoestand.

De *verzuimgelegenheid* wordt volledig bepaald door omstandigheden, die met ziek-zijn als zodanig niets te maken hebben, maar die intussen sterk kunnen wisselen naar plaats en tijd. Onder deze omstandigheden vallen dus de gezamenlijke lokale obstructies, die de zieke werknemer op zijn weg naar de verzuimbeslissing ontmoet. Hieronder zijn in de eerste plaats te noemen de controlegewoonten in het bedrijf en de administratieve regelingen, als tijdstip en wijze van ziekmelding. Verder valt hieronder — al kan men dit moeilijk een „usance” noemen — de verzuimremmende invloed van collega's, c.q. het gevoel van verbondenheid met de eigen ploeg, die de zieke door zijn vertrek beseft te duperen. Tot de factoren, die mede de verzuimgelegenheid bepalen, behoort ook — afgezien van het oordeel voor verzuimnoodzaak van bedrijfsarts of verpleger — het simpele feit of bij het betrokken bedrijf een bedrijfsgeneeskundige dienst bestaat. Uiteraard geldt dit laatste uitsluitend voor werknemers, die zich tijdens hun werk onwel gaan gevoelen.

De *verzuimmogelijkheid* omvat de consequenties van het verzuim voor de werknemer en zijn gezin. Ofschoon de financiële gevolgen van ziekte tegenwoordig bij de Wet en in collectieve arbeidsovereenkomsten zijn geregeld, is hierin in de praktijk niet op uniforme wijze voorzien. Met name geven de z.g. bovenwettelijke en aanvullende regelingen een bont mozaïek te zien van systemen, die stuk voor stuk uiteenlopen met betrekking tot de financiële consequenties voor de zieke werknemer. In het bijzonder geldt dit voor de vergoedingen bij kortdurende verzuimen.

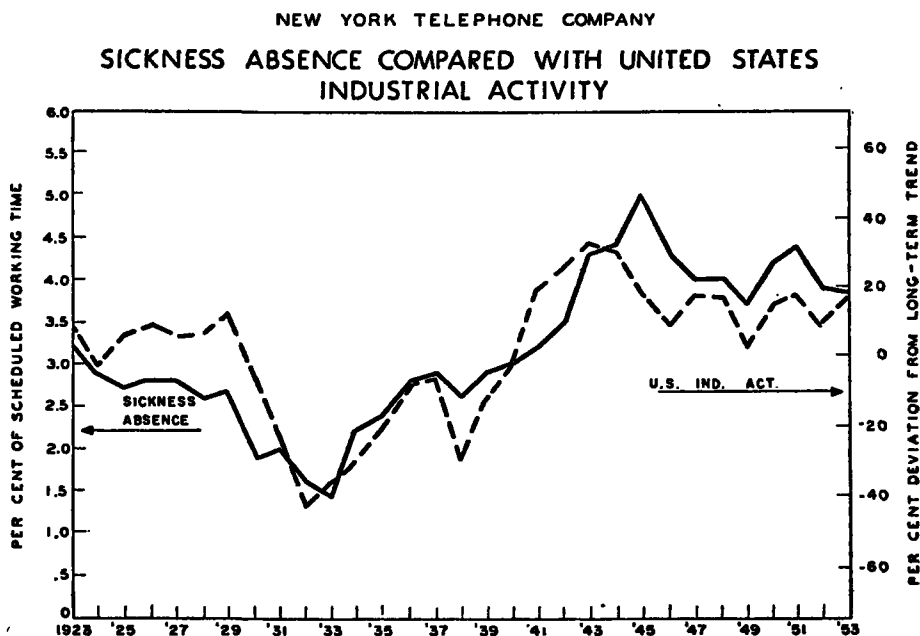
Op het punt van de verzuimmogelijkheid is vóór en vooral na de laatste wereldoorlog veel veranderd, met als gevolg, dat de financiële consequenties van verzuim door ziekte voor de werknemer tegenwoordig belangrijk minder ernstig zijn dan bijvoorbeeld twintig jaar geleden. De sociale zorg en de wettelijke bescherming, die de werknemer geniet, vormen aldus een factor, die op zichzelf reeds een belangrijke toeneming van verzuim tengevolge moet hebben gehad. In de meeste bedrijven behoeft de werknemer van nu niet meer bevreesd te zijn voor vermindering van inkomsten in geval van ziekte. De verruiming van de verzuimmogelijkheid zetten zich nog steeds voort. Recente voorbeelden hiervan zijn te vinden in de metaalindustrie en in de textielnijverheid, terwijl ook elders gestreefd wordt naar vermindering of opheffing van wachtdagen en naar inkorting van eventueel nog bestaande recompensatie-termijnen. In die gevallen, waar het ziekgeld officieel nog slechts 80% bedraagt van de normale verdiensten, worden veelal aan de hand van verschillende regelingen, aan-

vullingen gegeven tot 100% van het gederfde loon. Het komt zelfs voor, dat het ziekgeld door het niet inhouden van premies, de 100% overtreft.

Dit alles staat wel in grote tegenstelling tot de vooroorlogse toestanden, toen de zieke werknemer zich niet altijd de „weelde” kon permitteren thuis te blijven, ook al omdat zijn positie toen niet in die mate beschermd was door de Wet, dat vrees voor ontslag bij frequente absentie niet van invloed was op zijn verzuimbeslissing. Ofschoon ook nu nog in sommige bedrijven premies worden gegeven voor het niet verzuimen gedurende een bepaalde periode en ook nu nog moeilijkheden, tot sancties toe, het gevolg kunnen zijn van veelvuldig ziekteverzuim, is de mogelijkheid om bijeen bestaande minus-dispositie thuis te blijven in de laatste twintig jaar sterk toegenomen.

Uit verschillende onderzoeken (12, 88, 102, 10) is vast komen te staan, dat het ziekteverzuim zich op en neer beweegt met de conjunctuur en met belangrijke gebeurtenissen in de internationale politiek (25). Ook hierin zien wij een bijdrage voor fluctuaties in de verzuimmogelijkheid, o.a. door de vrees voor ontslag en werkloosheid, welke vrees uiteraard in tijden van malaise en onrust groter is dan bij voorspoed en rust. Een aan de conjunctuurinvloed gewijde studie van het International Labour Office (12) dateert van vóór de laatste oorlog. Het laat zich aanzien, dat het toentertijd gevonden parallelisme, bij een eventuele toekomstige conjunctuurverschuiving niet meer in die mate zal optreden, als gevolg van de inmiddels verworven grotere sociale zekerheid.

FIG. 10



naar Plummer en Hinkle (88)

Het feit, dat de verzuimgelegenheid, maar vooral de verzuimmogelijkheid, in de laatste twintig jaren aanzienlijke veranderingen heeft ondergaan, maakt het noodzakelijk bij de vergelijking van ziekteverzuimcijfers de sub 3 en 4 genoemde factoren te elimineren. Het is intussen de vraag of dit uitvoerbaar is. Maar — zelfs als dit mogelijk is — blijft het twijfelachtig of de verzuimcijfers vergelijkbaar zijn, omdat zich inmiddels belangrijke wijzigingen hebben voorgedaan in de criteria voor arbeidsgeschiktheid, dat is dus in de normen voor verzuimbehoefte en verzuimnoodzaak.

### IX.1.1. *Wijziging der normen*

#### IX.1.1.1. *Veranderingen in de normen der werknemers*

Wanneer men zou afgaan op de communis opinio dan zou één van de voornaamste oorzaken van de toeneming der geregistreeerde verzuimfrequentie gezocht moeten worden in een wijziging van de werknemersmentaliteit <sup>(28)</sup>. Vooral bij de jeugdige werknemer zou zich na de laatste oorlog een verslapping hebben voorgedaan van het verantwoordelijkheidsgevoel, zou een verminderd arbeidsmoreel bestaan en een gemakkelijker toegeven aan de neiging om voor kleine ongemakken thuis te blijven <sup>(28, 37)</sup>. In het Interim Rapport van de Commissie tot Bestudering van de Invloed van het Ziekteverzuim op de Arbeidsproductiviteit vindt men dit thema voortdurend terug. Als „bewijs” wordt dan aangevoerd, dat het verzuimaccres in het bijzonder die diagnosegroepen betreft, waarbij het subjectieve criterium, de werknemersnorm, een grote rol speelt. Wanneer men de verklaring van de aanwas der verzuimen evenwel in hoofdzaak zoekt in een wijziging van de mentaliteit, dan gaat men hierbij voorbij aan het feit, dat het juist deze ziektegroepen zijn, die vroeger — voor de oorlog — veel minder kans kregen (factor 2, 3 en 4). De toeneming betreft immers in hoofdzaak kortdurende verzuimen, in de regel veroorzaakt door lichte verstoringen van de gezondheid, die bij het ontbreken van de na-oorlogse sociale zekerheid voorheen niet tot verzuim leidden; ook al, omdat ze onder de carenz-sanctie vielen. Sindsdien is het voor deze patiënten mogelijk geworden te verzuimen vrijwel zonder geldelijke gevolgen voor hen en hun gezin. Nu zou men kunnen volhouden, dat het feit, dat tegenwoordig onder de gewijzigde omstandigheden maar al te graag gebruik wordt gemaakt van de ruimere verzuimmogelijkheid toch wel wijst op een wilsverzwakking t.o.v. vroeger, dus op een verandering in het werknemerscriterium voor verzuimbehoefte. Maar ook dat is een zeer aanvechtbare stelling, want — en dit is de betekenis van factor 2 — met de tijden zijn ook de medische zienswijzen ingrijpend veranderd.

#### IX.1.1.2. *Wijzigingen in de medische normen*

De in de titel van deze paragraaf gebruikte term „normen” geeft een

te beperkte voorstelling van de werkelijke verschuivingen, omdat het hier niet alleen gaat om een veranderde zienswijze, maar om een gecompliceerd proces, dat in de loop der jaren geleid heeft tot wijzigingen in de gedragslijn der artsen. Vooral in de laatste decennien heeft zich een belangrijke ontwikkeling voorgedaan op medisch organisatorisch, medisch technisch en wetenschappelijk gebied, waardoor het medisch handelen in grote mate werd gericht en bepaald. De consequenties hiervan zijn onder meer terug te vinden in de sterk gegroeide betekenis van de zogenaamde iatrogene component van het ziekteverzuim. De invloed van de arts heeft zich hier gemanifesteerd door

- a. een toeneming van verwijzingen naar specialisten en een daarmee samenhangend accres aan verzuim door opnamen;
- b. een verruiming van de indicaties voor arbeidsongeschiktheid, in het bijzonder met betrekking tot psychische en orgaanneurotische stoornissen;
- c. een grotere tolerantie ten opzichte van de door de werknemer zelf opgenomen sociogenetische verzuimen;
- d. een zich onvoldoend bewust zijn van de betekenis van de ziekteduur voor individu en samenleving, met als gevolg een onverantwoorde verlenging van deze duur in menig geval van ziekteverzuim.

De omstandigheden hier onder a. en b. genoemd vallen grotendeels onder het medisch *verantwoorde* — Burger <sup>(20)</sup> spreekt in dit verband van „optimale” — ziekteverzuim. Dit verantwoorde verzuim berust ten dele op een „not being able”, ten dele op een „not being allowed to work”. De tweede component vertegenwoordigt dus de iatrogene bijdrage tot het optimale ziekteverzuim. De gevallen onder c. en d. behoren eveneens tot het iatrogene verzuim. Van deze vorm van verzuim kan men evenwel stellen, dat zij uit medisch oogpunt, en ook tegenover de maatschappij, *niet verantwoord is* en dat zij derhalve gerekend moet worden tot Burger's additionele verzuim.

- ad a. De toeneming van verwijzingen en de daarmee gepaard gaande vermeerdering van ziekenhuisopnamen is in de eerste plaats in de hand gewerkt door de snelle uitbreiding en differentiatie van het geneeskundige apparaat zelf. Tevens is door de tegenwoordig algemeen ingevoerde verzekering tegen ziekenhuiskosten niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de huisarts, de bedrijfsarts en specialist, een van de belangrijkste belemmeringen voor opname weggenomen. In de derde plaats is het platteland door de verbeterde verbindingen meer en meer uit het vroegere isolement verlost, waardoor mede de eertijds bij de bevolking aangetroffen vrees voor onderzoek en opname zo goed als verdwenen is.
- Als gevolg van de grotere faciliteiten en de met betrekking tot



ziekenhuisopname gewijzigde instelling van het publiek, heeft de arts meer dan vroeger *gelegenheid* gekregen eventueel bestaande somatische afwijkingen uit te sluiten door een klinische observatie van patiënten met orgaanneurotische klachten.

Bij de tot nu toe genoemde oorzaken van het gestegen aantal opnamen kan men moeilijk spreken van een rationele wijziging in de medische normen. Veeleer ging het hierbij om een geleidelijke aanpassing van de eigen normen, d.w.z. om een, aan de snel veranderende omstandigheden aangepast, hanteerbaar criterium. Maar ook het medisch denken werd in deze periode anders gericht. Vooral na de laatste wereldoorlog is de belangstelling van de artsen voor psychologische vraagstukken toegenomen en is de psychosomatische zienswijze meer bewust in de medische wereld doorgedrongen. Als gevolg hiervan is er ook een groeiende *behoefte* aan klinisch onderzoek ontstaan. Tenslotte heeft de snelle en bijkans onoverzienbare ontwikkeling van de medische wetenschap geleid tot een begrijpelijk verlangen naar overleg en naar gedeelde verantwoordelijkheid.

- ad b. Vooral waar het psychische stoornissen betreft hebben de normen voor arbeidsongeschiktheid de laatste tien jaren verruimingen ondergaan als gevolg van een proces dat al meer dan honderd jaar in een meestal onmerkbaar langzaam tempo aan de gang was. Toen in het begin van de vorige eeuw in het Engelse parlement aan een arts de vraag werd gesteld of het voor een arbeider, die 16 uur per dag aan een rad moest draaien, schadelijk was als hij dit ook tijdens de maaltijden moest blijven doen, was het antwoord „neen”. Er was nog nooit gebleken dat werken onder het eten schadelijk zou zijn <sup>(74)</sup>. Deze geschiedenis doet ons plotseling beseffen, hoe enorm groot de veranderingen zijn die zich sindsdien in de medische normen hebben voltrokken. In onze tijd is het „schoft-verzuim” volkomen vanzelfsprekend geworden en is het niet meer in de eerste plaats een medische aangelegenheid. Maar ook als wij niet zover in de geschiedenis teruggaan, roept het aan onze generatie nog zo bekende „wie niet werkt zal ook niet eten” herinneringen op aan een voorbije periode, waarin dit adagium gehanteerd werd als een even doelmatig als natuurlijk regulatiesysteem om een te gemakkelijk toegeven aan de verzuimneiging binnen de perken te houden. Tenslotte is de officiële erkenning, dat ook de geestelijk gestoorde recht heeft op uitkering van ziekengeld nog maar van zeer recente datum: pas in 1953 werd de definitie van „ziekte” die de Centrale Raad van Beroep in zijn jurisprudentie hanteert, verruimd door de inclusie van geestelijke stoornissen. Tevoren werd aan een gedeprimeerde of anderszins neurotisch gestoorde patiënt

door de controlerend geneeskundige van de betrokken bedrijfsvereniging, zo nodig, wel verlof gegeven het werk tijdelijk te staken, maar de patiënt kon in deze gevallen geen aanspraak maken op uitkering krachtens de Ziektewet.

De nieuw ontstane situatie houdt intussen het gevaar in, dat de huisarts, onbekend als deze in de regel is met de arbeidsomstandigheden in het bedrijf en met de arbeidsbelasting, te gemakkelijk „rust” zal adviseren, respectievelijk met een door de patiënt gevraagd verzuim accoord zal gaan, ook in die gevallen, waarin de betrokkene wellicht meer gebaat zou zijn bij een normale voortzetting van zijn werkzaamheden.

ad c. Door de sociologische vormgeving aan het begrip „gezondheid”, waarvan de algemene aanvaarding terug is te vinden in de definitie van dit begrip in het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie, is een nieuwe component toegevoegd aan het medisch denken en handelen. Met betrekking tot de normen voor arbeidsongeschiktheid heeft deze taakverruiming van de medicus zich gemanifesteerd in een accres van medisch gesanctioneerde sociogenetische verzuimen. In hoofdstuk XIII.3.3.1. komt deze kwestie uitvoeriger ter sprake.

ad d. In het Interim Rapport van de Commissie tot Onderzoek naar de Invloed van het Ziekteverzuim op de Arbeidsproductiviteit wordt erop gewezen dat de sterke ontwikkeling en differentiatie van het geneeskundig apparaat geleid heeft tot een onbevredigende coördinatie. Als een van de gevolgen worden genoemd de dikwijls lange wachttijden voor opnamen en de onnodige vacua in de nazorg van de uit de ziekenhuizen ontslagen patiënten. Het is geen uitzondering dat de reconvallescent soms vele dagen na zijn thuiskomst het bezoek van zijn huisarts af zit te wachten, terwijl deze laatste in de veronderstelling verkeert dat de patiënt nog in het ziekenhuis verblijft. Het is duidelijk dat hieruit herhaaldelijk een ongewenste verlenging van de verzuimduur moet resulteren.

Ofschoon ook hier sprake is van een vorm van additioneel iatrogeen verzuim, ligt de oorzaak ervan niet in een onverantwoorde verschuiving van het door de arts gehanteerde criterium. Anders is dit evenwel in die gevallen <sup>(48)</sup>, waarin een onnodig lange verzuimduur het gevolg is van een onvoldoend sociaal besef van de zijde van de behandelend arts, respectievelijk van een te gemakkelijke aanpassing van de eigen normen aan die van de werknemer. Het ligt voor de hand dat zodanige, weinig weerstand ontmoetende compromissen voornamelijk gehanteerd zullen worden door artsen met overbevolkte ziekenfondssprekuren, en door jon-

geren, die met minder overwicht— en misschien ook met een zwakkere overtuiging — tegenover hun patiënten staan, waarbij nog komt, dat sommigen wellicht door de strijd om het bestaan, geneigd zijn minder risico's te nemen.

Aan het begin van dit hoofdstuk werd opgemerkt dat de begrippen verzuimgelegenheid, verzuimmogelijkheid, verzuimbehoefte en verzuimnoodzaak geenszins onafhankelijk zijn. Eenzelfde onderlinge wisselwerking doet zich uiteraard voor bij het aanpassingsproces der onderscheiden normen. Met betrekking tot het criterium voor arbeidsongeschiktheid heeft de medicus tegenover zijn patiënten een dagelijks terugkerende opvoedende taak te vervullen. In de praktijk kan hier niet altijd veel van terecht komen, om de eenvoudige reden, dat menigeen niet beschikt over de voor deze taak onontbeerlijke doses tijd, moed en energie. De tijd dat het woord van de huisarts „wet” was, is lang voorbij. Veel meer dan vroeger oefent de patiënt-werknemer van zijn kant invloed uit op het criterium dat de arts tegenover hem hanteert. Wij moeten ons dit bewust blijven, omdat het impliceert, dat lang niet al het door de arts gesanctioneerde verzuim in feite „iatrogeen” is.

#### *Conclusie:*

Op blz. 113 werden de vier „factoren” genoemd, die de verzuimgedragingen bepalen. Uit de hierboven gegeven toelichtingen bij de factoren 2, 3 en 4 moge duidelijk zijn geworden, hoe weinig men het recht heeft de geconstateerde toeneming van het geregistreerde verzuim zonder meer toe te schrijven aan een gewijzigde morbiditeit en hoe eenzijdig het is de na oorlogse aanwas uitsluitend of zelfs in hoofdzaak te willen verklaren door een veranderde mentaliteit van de werknemer. Het „wil niet” (de mentaliteit) zou veranderd zijn, maar men vergeet, dat ook het „mag niet” (de medische norm), het „kan niet” (de uitkeringsvoorwaarden) en het „durf niet” (de arbeidszekerheid) ingrijpende veranderingen hebben ondergaan, die stuk voor stuk hebben medegewerkt aan de gesignaleerde toeneming van het verzuim.

## X. SEIZOEN EN „NEUROSEN”

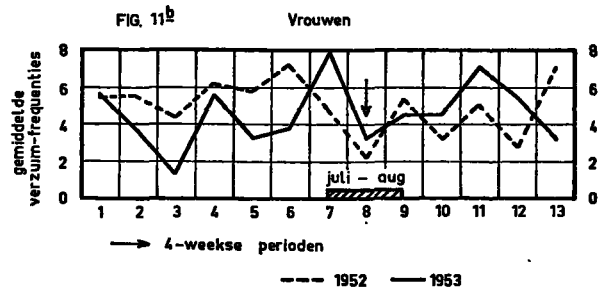
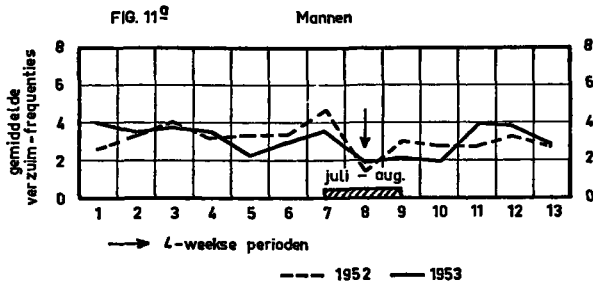
In publicaties van verzuim naar diagnoses, behoort het telobject — i.c. de nosologische eenheid — ondubbelzinnig gedefinieerd te zijn, bij voorkeur in de codecijfers van de internationale nomenclatuur. Bij de analyse van de seizoensinvloed hebben wij nochtans gemeend van deze primaire eis af te moeten wijken. De reden daarvan is de volgende: gegevens over de internationale neurosegroep 310-318 stonden ons slechts ter beschikking in het diagnostisch materiaal van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde. De maandcijfers van de in totaal 454 in 1953 begonnen I-verzuimen zijn bekend, maar de maandsterkten van het werknemersbestand, waarop deze cijfers betrekking hebben, ontbreken. Hierdoor kunnen de frequenties slechts in *absolute* cijfers worden opgegeven. Verschillende bedrijven hebben in 1953 uitbreidingen ondergaan. Bovendien is er, als gevolg van seizoensarbeid eveneens reden om aan te nemen, dat het totale werknemersbestand in het peiljaar niet constant is geweest. Hierdoor kunnen zich in de absolute cijfers van het verzuim door I-neurosen fluctuaties voordoen, zonder dat er sprake behoeft te zijn van een „epidemiologisch” optreden van deze ziekten. Het heeft dan ook weinig zin vast te houden aan de eis van een nauwkeurig bekende diagnosegroep, als anderzijds de mogelijkheid ontbreekt de maandelijke frequenties te betrekken op de gemiddelde personeelssterkten in die perioden.

### X.1. SEIZOEN EN P-NEUROSEN BIJ PHILIPS

De enige bron, die beschikt over gewogen gegevens voor de onderscheiden maandsterkten van het personeel, is de ziektestatistiek van Philips. Voor de groep der Eindhovense weekloners zijn de frequenties der P-neurosen ( $Z_2$ -ziekten) voor opeenvolgende 4-weekse perioden berekend. Deze verhoudingscijfers zijn tegenwoordig ook in de Jaarverslagen opgenomen <sup>(19)</sup>. Fig. 11a en 11b zijn aan deze gegevens ontleend. Zij hebben betrekking op de jaren 1952 en 1953.

Bezien wij de twee grafieken, dan is er weinig, dat wijst op een voor beide jaren en beide geslachten gemeenschappelijke trend, op een epidemiologische karakteristiek van P-neurosen. Hoogstens is er een aanwijzing voor de in medische kringen nogal eens geopperde mening, dat het optreden van psychische stoornissen met het korten der dagen zou toenemen (11de periode). De „seizoenindex” is althans voor geen der vier categorieën kleiner dan 1, al komt deze er slechts in 1953 voor de mannelijke fabrieks-

GEMIDDELDE VERZUIM-FREQUENTIES DOOR P-NEUROSEN  
 PER 100 MAN IN OPEENVOLGENDE  
 4 WEEKSE PERIODEN IN  
 1952 EN 1953 <sup>1)</sup>  
 weekloners Eindhoven, Philips



<sup>1)</sup> gegevens ontleend aan jaarverslagen Med. afdeling 1953-1954

arbeiders beduidend boven uit. Onder deze index, die aan Stocks <sup>(86)</sup> werd ontleend, wordt verstaan de verhouding van de gemiddelde maandelijks frequenties van begonnen verzuimen gedurende oktober-maart t.o.v. die gedurende april-september. Stocks spreekt van „a simple and convenient comparative measure for the seasonal effect on different rates”.

TABEL 49 *Seizoenindices voor P-neurosen <sup>1)</sup>. Frequenties van verzuim, Philips, weekloners Eindhoven 1952 en 1953*

	1952	1953
mannen .....	1.02	1.40
vrouwen .....	1.02	1.01

<sup>1)</sup> Berekend naar gegevens uit de Jaarverslagen van de Medische Afdeling over 1953 en 1954.

Of de seizoenindex inderdaad zo bijzonder geschikt is als Stocks meent, wagen wij te betwijfelen. In fig. 11a blijkt het zomerdal althans een duidelijk vakantiedal te zijn. Op zichzelf is dit niets bijzonders. Het is een oude waarneming, dat het aantal ziekmeldingen over de gehele linie een daling vertoont bij nadering van en tijdens de feest- en vakantiedagen. Waar het hier evenwel het optreden van „psychische stoornissen” betreft, zou men kunnen volhouden, dat het vakantie-effect hier de reële betekenis heeft van een verminderde neurosemorbiditeit als gevolg van rust en ontspanning. Opmerkelijk is verder, dat in beide jaren een verhoogd verzuim door psychische stoornissen aan het vakantiedal vooraf is gegaan (7de periode).

## X.2. MAANDCIJFERS IN DE UITKERINGSSTATISTIEK VAN CENTRAAL BEHEER

De enige andere ons bekende bron met maandcijfers van voldoende omvang over verzuim door „neurosen”, was wederom de vooroorlogse statistiek van Centraal Beheer (1937 t/m 1940).

TABEL 50 *Uitkeringsgevallen wegens CB-code 38 per maand en per jaar 1937 t/m 1940. Absolute cijfers*

### Mannen

Jaar	jan.	febr.	mrt.	apr.	mei	juni	juli	aug.	sept.	okt.	nov.	dec.
1937	67	101	106	128	117	126	118	141	107	113	104	120
1938	121	107	150	112	150	149	171	150	152	138	128	127
1939	163	121	143	142	148	171	205	160	177	150	149	107
1940	133	145	137	189	162	154	174	145	153	140	138	104
Totaal	484	474	536	571	577	600	668	596	589	541	519	458
M.I.	100,0	97,9	110,7	118,0	119,2	124,0	138,0	123,1	121,7	111,8	107,2	94,6

M.I. = maandindexcijfer, gerelativeerd op het januaritotaal over de vier jaren: januari 1937 t/m 1940 = 100 (484).

De gesommeerde cijfers over deze vier jaren wijzen voor de mannelijke verzekerden merkwaardigerwijs op een minimum in de winter en een maximum in de zomer, die voor de vrouwelijke verzekerden juist op een tegengestelde trend.

Het is niet duidelijk waaraan deze verschillen moeten worden toegeschreven.

De omstandigheid evenwel, dat in deze statistiek niet alleen — gelijk bij Philips — gebruik is gemaakt van een achteraf niet tot I-neurosen te hergroeperen diagnosegroep (38, „psychosen en neurosen”), maar dat bovendien geen enkele zekerheid bestaat over de omvang van en wisselingen in het maandelijks verzekerdenbestand, heeft ons ervan doen af-

zien, de maandcijfers van Centraal Beheer te gebruiken voor het onderzoek naar een eventuele seizoentrend. Een poging tot waardering van deze uitkomsten zou slechts tot speculatieve beschouwingen geleid hebben.

TABEL 51 *Uitkeringsgevallen wegens CB-code 38, per maand en per jaar, 1937 t/m 1940. Absolute cijfers*

*Vrouwen*

Jaar	jan.	febr.	mrt.	apr.	mei	juni	juli	aug.	sept.	okt.	nov.	dec.
1937	61	62	70	68	81	74	64	79	77	77	67	65
1938	119	80	81	92	88	93	104	83	74	83	108	100
1939	116	102	106	96	84	98	103	89	92	92	87	87
1940	90	108	90	109	67	61	71	74	70	76	71	54
Totaal	386	352	347	365	320	326	342	325	313	328	333	306
M.I.	100,0	91,2	89,9	94,6	82,9	84,5	88,6	84,2	81,1	85,0	86,3	79,3

M.I. = maandindexcijfer, gerelativeerd op het januaritotaal over de vier jaren: januari 1937 t/m 1940 = 100 (386).

## XI. ANALYSE VAN HET VERZUIM DOOR „NEUROSEN” BIJ PHILIPS EN HOOGOSENS

In hoofdstuk V werd erop gewezen, dat de waarde der schattingen voor het verzuim door neurosen — internationaal gedefinieerd — niet alleen afhankelijk is van de juistheid van de verdeling der diagnosen in het N.I.P.G.-materiaal, maar dat zij mede bepaald wordt door de vraag in hoeverre de feitelijke inhoud van de gebruikte neurosegroepen overeenkomt met de samenstelling ervan in theorie.

De mogelijkheid, dat er in dit opzicht divergenties hebben bestaan, is zeker aanwezig, waar het bij Philips en Hoogovens gevolgde systeem aan de artsen de vrijheid laat de ziekten naar eigen goeddunken in te delen, zonder dat zij voor de noodzaak worden geplaatst voor elk afzonderlijk verzuimgeval een zo nauwkeurig mogelijke diagnose op te geven of zich te beraden over de best passende nomenclatuur.

Hiermede is eigenlijk reeds het voornaamste oogmerk van de in dit hoofdstuk te bespreken analyse der neurosegroepen aangegeven, n.l. het „checken” van de juistheid der groepskeuze in de practijk.

Tegelijk met dit controle-onderzoek werd een, van geval tot geval zorgvuldig gespecificeerde hercodering ondernomen, met het doel een meer reële kwantificatie van het verzuim door „internationale” neurosen te verkrijgen — ditmaal dus niet gebaseerd op schattingen uit N.I.P.G.-gegevens, maar op de ervaringen, zoals deze zich in concreto bij de twee genoemde bedrijven hebben voorgedaan.

In de derde plaats beoogde het onderzoek — voor zover mogelijk en van belang — na te gaan of er correlaties bestonden tussen het optreden van bepaalde vormen van geestelijke stoornissen enerzijds, en enkele persoonlijke kenmerken anderzijds.

### XI.1. HERCODERING VAN 200 P-NEUROSEN ( $Z_2$ -ZIEKTEN)

#### Methodiek:

Uit het totaal van alle ziekenbriefjes van 1953, die van het diagnostische groepskenmerk  $Z_2$  voorzien waren, werden — afzonderlijk voor mannen en vrouwen — op aselechte wijze twee steekproeven getrokken van een zodanige omvang, dat de gezamenlijke opgenomen verzuimgevallen betrekking hadden op respectievelijk 100 mannelijke en 100 vrouwelijke werknemers. De 100 mannen uit de steekproef bleken tezamen in 1953 113 maal wegens  $Z_2$ -ziekten verzuimd te hebben, de vrouwen 116 maal. De



113 gevallen van de mannelijke werknemers vormden 34% van het totale aantal  $Z_2$ -verzuimen in het betreffende jaar, de 116 gevallen van de tweede steekproef omvatten circa 90% van het totaal der  $Z_2$ -verzuimen bij de vrouwelijke werknemers.

Slechts die ziekenbriefjes kwamen in aanmerking, die betrekking hadden op verzuimen die in de periode 1 januari—31 december 1953 waren begonnen. Dientengevolge bevatten ook de beide steekproeven slechts *begonnen* gevallen. Alle werknemers, die buiten Eindhoven woonden, werden van het onderzoek uitgesloten, omdat de diagnose van hun verzuimgevallen dikwijls niet of onvoldoende bekend was; hiermede werd de populatie beperkt tot de bij Philips werkzame, in Eindhoven woonachtige weekloners, waarvan, volgens opgave, in 1953 de gemiddelde sterkte 10.200 mannen (maart-minimum 10.070, november-maximum 10.400) en 2.780 vrouwen (januari-minimum 2.720, oktober-maximum 2.880) bedroeg.

Met behulp van de aantekeningen op de ziekenbriefjes en de betreffende ziektedossiers, werd vervolgens van elk  $Z_2$ -verzuim dat in de steekproeven was opgenomen, genoteerd, of de betrokkene drie jaar later nog in dienst was en, — voor zover bekend — de reden van vertrek; zijn (haar) leeftijd, burgerlijke staat en duur van het dienstverband, de laatste drie gegevens ten tijde van het eerste  $Z_2$ -verzuim in 1953. Leeftijd en dienstverband werden hierbij op hele jaren naar boven afgerond. Voorts werden genoteerd aantal en duur van alle gezamenlijke verzuimen gedurende de gehele periode van het dienstverband. Tenslotte werden geregistreerd het aantal  $Z_2$ -verzuimen, begonnen in 1953, de hierdoor verloren dagen en de diagnose in de decimaalcode van de Nederlandse „Nomenclatuur ten behoeve van de codering van ziekten en ongevallen”. De gegevens zijn in Annex IIa en IIb bijeengebracht voor zover zij van belang waren voor het onderzoek naar eventuele verbanden.

Voor het vaststellen van het juiste codenummer werd, in samenwerking met een der controleartsen van Philips, die grote ervaring had met de toepassing van het internationale coderingssysteem, getracht een zo scherp mogelijke formulering van de bestaande afwijking te geven. Met het oog op de classificatie moest hierbij gebruik worden gemaakt van de terminologie van de Nomenclatuurlijst.

Ofschoon in de Manual of International Classification en in de Nederlandse Nomenclatuur, een afzonderlijk decimaalcijfer (326.3-326.4) werd gecreëerd voor „situatieve aanpassingsstoornissen” werd van dit nummer bij de hercodering met opzet geen gebruik gemaakt. De redenen hiervoor zijn de volgende: De term „aanpassingsstoornis” is geen diagnose, evenmin als b.v. „infectie” dat is. In zichzelf een verklaring inhoudende voor het optreden — de genese — van neurotische reacties, camoufleert het gebruik van dit veel omvattende begrip, het gehele bonte beeld van de fenomenologie dier reacties. Toekenning van 326.3 of 326.4 zou in feite tengevolge hebben gehad, dat een zeer groot aantal verzuimen een weinig zeggend

quasi-diagnostisch etiket zou hebben gekregen, terwijl bij de gevolgde hercoderingsmethodiek een meer gedifferentieerde classificatie kon worden bereikt, in overeenstemming met het psychopathologische karaktertype, de vermelde klinische reactiewijzen, resp. met de op de voorgrond gestelde symptomen (syndromen). Het codenummer 326 is voorts een weinig zeggende restgroep, waarin bijv. ook bepaalde leerproblemen (alexieën) zijn ondergebracht. Bovendien is de plaats, die in het indelingssysteem aan de aanpassingsstoornissen werd toebedacht, niet bijzonder gelukkig. Waar het nummer immers onder de „Disorders of character, enz.” ressorteert (320-326), vallen automatisch alle aanpassingsstoornissen buiten de internationale groep 310-318 „psychoneurotic disorders”. Een laatste bedenking tegen het gebruik van dit nummer is, dat het alleen mag worden toegekend als een psychopathische aanleg aanwezig is. In de praktijk bleek deze praemisse bij verzuim wegens aanpassingsstoornissen lang niet altijd op te gaan (zie XIII.3.3.1., blz. 193. De Sociosen).

Een gevolg van het niet gebruiken van 326 is intussen, dat de gevonden cijfers voor I-neurosen belangrijk hoger moeten zijn, dan het geval zou zijn geweest bij een regelmatige toekenning van 326.3 en 326.4 in voorkomende gevallen.

In het merendeel der gevallen gaf het toekennen van een codenummer geen moeilijkheden, doordat de dossiers de voor een goede diagnosevorming benodigde inlichtingen bevatten. Met name kon herhaaldelijk geprofi-teerd worden van de bijgevoegde verslagen van specialistische onderzoeken en van de rapporten van psychiater of bedrijfspsycholoog. In sommige gevallen deden zich moeilijkheden voor, in het bijzonder als uit de aantekeningen niet bleek — wellicht ook niet blijken kòn — of bij de diagnostische benoeming van een geval, voorkeur moest worden gegeven aan de psychopathische aanleg, dan wel aan de neurotische reactievorm. In dergelijke twijfelgevallen gaven overwegingen van andere aard herhaaldelijk de doorslag, zoals b.v. de voorgeschiedenis, de duur van het verzuim enz. Toch bleven er van de 229 gevallen nog 72 (31%) over, waarvan de informaties uit de ziektedossiers ontoereikend waren voor een redelijk verantwoorde diagnose. Deze gevallen werden stuk voor stuk met de betrokken huisartsen besproken, waarbij alsnog 62 „diagnosen” tot klaarheid kwamen. De resterende 10 gevallen kregen het etiket „onbekend” (795.5).

Men zou terecht kunnen opmerken, dat het stellen van een psychiatrische diagnose een aangelegenheid is, die een specialistische kennis en ervaring vereist. In een aantal gevallen deed zich dit gemis aan deskundigheid dan ook zeker gevoelen. Hiertegenover staat evenwel, dat de gehele hercoderingsprocedure eerder een kwestie was van het doen van een keuze uit een beperkte groep van in aanmerking komende benamingen, dan van het stellen van een psychiatrische diagnose. Dat hierbij de plank wel eens misgeslagen zal zijn, is niet van belang zolang de diagnose maar in de

juiste internationale groep terechtkomt. Het volgende voorbeeld moge dit verduidelijken:

In het gezin Y bestaan sedert enige tijd ernstige moeilijkheden. De 21-jarige, bij Philips werkzame dochter, klaagt bij haar huisarts, dat ze totaal geen eetlust heeft. Ze is zienderogen vermagerd en maakt een angstig gejaagde indruk. Bij navraag blijkt ze op de aansporingen van haar moeder om voedsel tot zich te nemen, sinds geruime tijd te reageren met een neiging tot overgeven.

De tegenzin in eten staat in de ziektegegevens zozeer op de voorgrond, dat besloten werd aan dit geval als best passende diagnose „anorexia nervosa met angstreactie” (310.3) toe te kennen. Maar de betiteling „maagbezwaren van nerveuze oorsprong” (316.2) komt hier evenzeer in aanmerking, evenals „dyspepsia nervosa” (316.20), of „anorexia nervosa” zonder meer (311.6). Men zou hier zelfs van een „reactieve depressie” (314.2) kunnen spreken, ofschoon de angstreactie (310.3) beter weergeeft hoe de psychische reactie op de moeilijkheden bij dit meisje is geweest.

In al deze gevallen blijft de toegekende diagnose evenwel binnen het raam van een en dezelfde diagnosegroep, met name die der zg. internationale neurosen, gedefinieerd door de codenummers 310-318. Het is dus voor de classificatie onverschillig of men de éne dan wel de andere benaming kiest, zolang dit geen verandering van rubriek tengevolge heeft. Moeilijkheden doen zich dan ook pas voor als men te maken heeft met incomplete diagnosen, bv. met de vermelding van een op de voorgrond staand symptoom zonder meer. Zo zou in het boven gegeven voorbeeld de enkele aantekening „anorexia” bepaald onvoldoende zijn geweest voor een juiste classificatie. Het codenummer is dan 784.0, waardoor het geval bij de bewerking automatisch geëxcludeerd zou worden uit de groep der psychoneurosen.

Een ander voorbeeld is de bij kort verzuim frequent gehoorde klacht „hoofdpijn”. Als solitair symptoom komt deze „diagnose” eveneens terecht in de groep van „Onvoldoend Omschreven Symptomen” waarheen ook de anorexie zou verhuizen. In de overtuiging, dat zeer veel hoofdpijnklachten een psychische genese hebben, heeft men bij Philips het nummer 791 — hoofdpijn zonder nadere omschrijving — aan de Z<sub>2</sub>-groep toegevoegd, doch daarbij ook die gevallen binnengehaald, die er per se niet in thuishoren. Het ware juist geweest, voor de neurotische hoofdpijnliders — de enigen die voor inclusie in Z<sub>2</sub> in aanmerking kwamen — het alleszins geëigende nummer 317.500 — psychogene hoofdpijn — te gebruiken. Zoals het nu is, kan het bij Philips voorkomen, dat men in een ziektedossier het enigszins wonderlijke feit tegenkomt, dat een als „psychisch gestoord” geclassificeerde, met succes met A.P.C.-tabletten behandeld is. Het is natuurlijk niet uitgesloten, dat met dit geneesmiddel een vicieuze cirkel werd doorbroken of dat het bezoek aan de dokter op zichzelf reeds bijgedragen heeft tot het succes. Maar over een dergelijk psychotherapeutisch effect stonden ons geen gegevens ter beschikking. Bij de gedetailleerde hercodering werd — indien enigszins mogelijk — de weinig zeggende

„diagnose” 791 dan ook vermeden. Wanneer er reden bleek te bestaan om hoofdpijn als „neurotische reactie” op te vatten, gaven wij de voorkeur aan het nummer 317. Dit is van belang, omdat als gevolg van deze handelwijze een beduidend groter aantal „internationale” neurosen moet zijn gevonden, dan wanneer wij ons gehouden hadden aan de code van de op de voorgrond geplaatste symptomatische klacht.

Wij komen straks nog op deze vermoedelijke overwaarding terug.

In de nominatieve opgaven voor de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde wordt herhaaldelijk met dit soort weinig zeggende klachten volstaan. Het gevolg hiervan is, dat de psychogenese bij de codering niet tot zijn recht kan komen. Dit heeft er zonder twijfel toe geleid, dat de schattingen op basis van het N.I.P.G.-materiaal gemaakt, te laag zijn geweest, met name een teveel aan diagnoses in 780-795 — de groep der Onvoldoend Omschreven Symptomen — en een te weinig in 310-318. Zoals wij zullen zien, liggen de uitkomsten van het onderzoek bij Philips dan ook inderdaad hoger dan de schattingen, voor dit bedrijf in hoofdstuk V gegeven.

#### De inhoud van Ziektegroep $Z_2$ :

In herinnering wordt gebracht, dat de theoretische samenstelling van de  $Z_2$ -groep als volgt was opgegeven:

310 t/m 314	De nummers hebben betrekking op de „Nomenclaturen behoeve van de Codering van Ziekten en Ongevallen, 1954”, een Nederlandse bewerking van de Internationale Classificatie <sup>(79)</sup> .
317.5	
318	
320 t/m 326	Voor de betekenis van de codenummers zie men Annex IV.
354	
780.6 t/m 780.8	
790	
791	

De Orgaanneurosen met somatische verschijnselen van Hart en Vaatstelsel (315), van de Spijsverteringsorganen (316), en — ten dele — van Andere Orgaansystemen (317) zijn dus formeel niet inbegrepen in de groep  $Z_2$ -ziekten. Deze exclusie moet in de praktijk evenwel aanleiding tot een afwijkende interpretatie hebben gegeven. Gaat men namelijk de onderverdeling van deze drie nummers nauwkeurig na, dan krijgt men de indruk, dat een groot aantal als  $Z_2$  gerubriceerden wel degelijk bij deze orgaanneurosen moeten worden ingedeeld: zo bijvoorbeeld 316.2 „maagbezwaren van nerveuze oorsprong, maagneurose”, 315.1 „hartklachten als psychogeen aangeduid, hartneurose”. Het moge dan zijn, dat inclusie van deze gevallen niet in de bedoeling heeft gelegen, zeker is, dat ze frequent in de  $Z_2$ -groep voorkomen. Vooral bij de mannen komt de diagnose 316.2 herhaaldelijk terug. Dit codenummer werd in 15 van de 113  $Z_2$ -ge-

vallen bij hen toegekend, en in 2 van de 116 gevallen bij de vrouwen.

Met de eveneens formeel geëxcludeerde nummers 317.0 t/m 317.4 is van een onjuiste inclusie niets gebleken. Het is wel zeker, dat met name „psychogeen astma” en „huidneurosen” door de coderende artsen van Philips niet als  $Z_2$ -ziekten zijn opgevat.

Voor de bepaling van de frequentie van I-neurosen bleek het intussen een gelukkige omstandigheid, dat door de Philips-artsen de orgaanneurosen in de  $Z_2$ -groep waren geïncludeerd. Met uitzondering van de vermoedelijk zeer spaarzame gevallen van psychogene aandoeningen van huid en luchtwegen, is hierdoor de gehele diagnoserubriek 310-318 volledig in de  $Z_2$ -groep opgenomen.

Uit het onderzoek zijn enkele bijzonderheden naar voren gekomen: In 39 van de 229 steekproefgevallen (17%) werd de ziekte, formeel ten onrechte, als  $Z_2$  gerubriceerd. Dit hoge percentage is in de eerste plaats een gevolg van de reeds genoemde inclusie van 315, en vooral van 316. Maar daarnaast werden ook enkele ziekten in de  $Z_2$ -groep opgenomen, waarvan achteraf toch zeer in twijfel moet worden getrokken of de diagnose „psychische stoornis” juist is geweest. Men kan de betrokken artsen hier moeilijk een verwijt van maken. Latere codering biedt nu eenmaal het voordeel, dat verschijnselen en afwijkingen aan het licht kunnen komen, waarvan ten tijde van het  $Z_2$ -verzuim nog niets bekend was. Zo werd bij de mannen eenmaal de diagnose  $Z_2$  veranderd in otitis media, tweemaal bleken later objectief aantoonbare afwijkingen van hart en vaatstelsel te bestaan — één angina pectoris en één paroxysmale tachycardie; driemaal waren het ziekten van de ademhalingsorganen, die ten onrechte als  $Z_2$  waren geclassificeerd. In één geval moest de voorkeur worden gegeven aan de diagnose constitutionele vasolabiliteit en tweemaal bleek aan een vermeende maagneurose een aantoonbaar ulcus ten grondslag te hebben gelegen. Dit was ook het geval bij één vrouwelijke werknemer. Bij de vrouwen en meisjes kwamen verder driemaal solitaire klachten voor — buikpijn, rugpijn zonder aantoonbare oorzaak (787.5) en menstratieklachten — die, de voorgeschiedenis, het verdere verloop en het type van de betrokkenen in aanmerking genomen, niet als neurotisch beschouwd konden worden. In één geval bleek een cholecystitis te bestaan; een andere vrouw ondervond hinder van ernstig doorgezakte voeten. In één geval werd door ons de voorkeur gegeven aan de diagnose post-commotionele verschijnselen.

De 16 gevallen waarin ook na het gesprek met de huisarts geen diagnose kon worden gesteld, droegen niet alle hetzelfde karakter. Werkelijk „onbekend” waren slechts 10 gevallen. In de 6 overige gevallen was de huisarts achteraf van oordeel, dat er destijds waarschijnlijk geen reden is geweest om „ziekte” aan te nemen. Deze verzuimgevallen werden als „simulatie of aggraviatie” (795.1) gecodeerd.

### XI.1.1. *Verzuim door I-neurosen bij Philips*

Thans volgen — afzonderlijk voor mannen en vrouwen — de voornaamste verzuimgrootheden, waarbij telkens is aangegeven op welke wijze de verhoudingscijfers uit de steekproefresultaten werden berekend. De gespecificeerde gegevens zijn te vinden in Annex IIa en IIb, terwijl de tabelarische overzichten in aansluiting aan de verzuimcijfers in dit hoofdstuk zijn opgenomen (par. XI.1.2). Gegevens over de gehele groep der in Eindhoven woonachtige weekloners werden vermeld in hoofdstuk IV.3.1. (blz. 35 e.v.).

#### *De frequenties der verzuimen door I-neurosen*

##### *a. mannen*

In tabel 28 op blz. 72 werd vermeld, dat volgens opgave van de Bedrijfsgeneeskundige Dienst, in 1953 per 1000 mannelijke in Eindhoven woonachtige weekloners gemiddeld 33 maal het werk werd gestaakt wegens een  $Z_2$ -ziekte. Volgens ons onderzoek betrof dit — in het steekproefmateriaal — in 66 van de 113 gevallen een I-neurose. Dit betekent, dat op basis van de steekproefschatting per 1000 mannelijke werknemers  $\frac{66}{113} \times 33$  of 19 maal werd verzuimd op grond van een „internationale” neurose, gedefinieerd door de codenummers 310-318.

##### *b. vrouwen*

Op dezelfde wijze vinden wij per 1000 vrouwelijke werknemers voor 1953 een frequentie van  $\frac{62}{116} \times 47$  of 25 verzuimen wegens I-neurosen.

#### *Door I-neurosen verzuimde dagen*

##### *a. mannen*

In het onderzoek bleken bij de 113 als  $Z_2$  geregistreeerde verzuimen 1153 dagen verzuimd te zijn als gevolg van I-neurosen. De steekproef omvat 34% van het totaal aantal  $Z_2$ -verzuimen in 1953. Voor dit totaal vinden wij aldus  $\frac{100}{34} \times 113$   $Z_2$  verzuimen met  $\frac{100}{34} \times 1153$  verliesdagen door I-neurosen.

Anders gezegd, door 10.200 mannelijke in Eindhoven woonachtige weekloners werden in totaal  $\frac{100}{34} \times 1153 = 3391$  dagen verzuimd wegens „internationale neurosen”, gedefinieerd door de codenummers 310-318, d.i. gemiddeld 33.2 dagen per 100 man.

Men zou voor de berekening van deze verzuimgrootheid ook een

andere weg kunnen bewandelen, door uit te gaan van het, door de administratie verstrekte cijfer voor het gemiddeld aantal ziektedagen per 100 man, als gevolg van  $Z_2$ -ziekten. Vervolgens zou men dit cijfer moeten vermenigvuldigen met het in de steekproef gevonden verhoudingscijfer  $\frac{\text{verz. dgn door IN}}{\text{verz. dgn door } Z_2}$ . Het bezwaar tegen deze procedure is evenwel, dat in het

bijzonder de noemer een voor generalisatie weinig betrouwbaar gegeven is, althans bij een 1 : 3 steekproef. In dit verband moge herinnerd worden aan de bijzonder grote spreiding in de  $Z_2$ -verzuimduren, waardoor aan een goede schatting van het werkelijke door I-neurosen veroorzaakte verzuim afbreuk wordt gedaan.

Bij de vrouwen zou de tweede methode daarentegen zonder enige bedenking te gebruiken zijn, omdat de „steekproef” daar praktisch alle  $Z_2$ -gevallen omvat.

#### b. vrouwen

In deze groep werden voor de 116  $Z_2$ -verzuimen 2065 verliesdagen gevonden, waarvan 1289 op rekening van de I-neurosen. De steekproef bevat hier 90% van het totaal aantal  $Z_2$ -verzuimen in 1953. Voor het totaal der I-neurosen vinden wij aldus  $\frac{100}{90} \times 1289$  verzuimdagen bij de 2780 vrouwen. Dat is per 100 vrouwen gemiddeld  $\frac{100}{90} \times \frac{1289}{27.8} = 52$  verzuimdagen wegens I-neurosen, gedefinieerd door de internationale codenummers 310-318.

Ten aanzien van de door de B.G.D. Philips verstrekte opgaven van verzuimde dagen, moet nog het volgende worden opgemerkt:

Bij de B.G.D. Philips bestaat de gewoonte om de des zaterdags niet meer arbeidsongeschikt bevonden werknemers niet op maandag, doch reeds des zondags als hersteld te melden. Dit is in strijd met de richtlijnen voor de Diagnosestatistiek van het N.I.P.G. volgens welke de dag vóór werkhervatting als laatste dag van het verzuim moet worden beschouwd. Als gevolg hiervan is het totale aantal door ziekte verloren dagen bij de in Ehv. woonachtige weekloners van Philips even zovele malen met één dag verminderd als het aantal hersteldmeldingen op zondag heeft bedragen. De reden van de afwijking van het N.I.P.G.-systeem is, dat de op zaterdag niet meer arbeidsongeschikt bevonden werknemers bij Philips niet onnodig geplaagd worden met een hersteldmelding op maandag. Dit impliceert immers, dat ze dan des zondags nog onder de controlevoorschriften zouden vallen. Met de bij Philips gevolgde methode krijgt de herstelde patiënt terecht op zondag zijn vrijheid.

Doordat door de B.G.D. van Philips een groepscode wordt gebruikt, was het niet mogelijk de door deze procedure optredende bekorting in het gemiddelde verzuim en de gemiddelde verzuimduur der I-neurosen exact te berekenen. Belangrijk is deze bekorting evenwel niet, zoals uit de berekening voor de 021-ziekten (groepscode Nat. Lijst) over 1955 bleek:

	volg. richtlijnen	volg. Philips
het gem. verzuim per werknemer	$\frac{d}{\bar{p}} \times 100 = 111$ dagen	$\frac{d-a}{\bar{p}} \times 100 = 106$ dgn
de gemiddelde verzuimduur	$\frac{d}{n} = 22.72$ dagen	$\frac{d-a}{n} = 22.29$ dgn

a = aantal herstelmeldingen op zondagen na 021-ziekten, in 1955 (289)

n = totaal aantal herstelmeldingen na 021-ziekten, in 1955 (669)

d = totaal aantal verzuimdagen, behorende bij n (15201)

$\bar{p}$  = gemiddelde sterkte (m + vr) van in 1955 te Ehv. woonachtige weekloners (13.706)

### De gemiddelde verzuimduur der I-neurosen

#### a. mannen

De gemiddelde duur van een verzuim tengevolge van „internationale” neurosen, gedefinieerd door de codenummers 310-318, bedroeg in 1953 voor de 10.200 mannelijke in Eindhoven woonachtige weekloners, volgens het steekproefonderzoek,  $1153 : 66 = 17.5$  dagen (mediaanwaarde: 13).

#### b. vrouwen

De gemiddelde duur van een verzuim tengevolge van „internationale” neurosen, gedefinieerd door de codenummers 310-318, bedroeg in 1953 voor de 2780 vrouwelijke in Eindhoven woonachtige weekloners, volgens het steekproefonderzoek,  $1289 : 62 = 21$  dagen (mediaanwaarde: 12).

Het grote verschil tussen het rekenkundig gemiddelde en de mediaanwaarde wijst op een zeer scheve verdeling van de verzuimduren.

### Het aandeel van de I-neurosen in de frequentie van verzuim door alle ziekten

#### a. mannen

Volgens opgaven van de B.G.D. van Philips kwam 5,8% van alle gezamenlijke verzuimgevallen op rekening van  $Z_2$ -ziekten. Uitgaande van het steekproefresultaat betekent dit voor de I-neurosen een proportionele frequentie van  $\frac{66}{113} \times 5,8\%$  of circa 3,4%.

#### b. vrouwen

Voor de vrouwelijke werknemers werd opgegeven, dat ongeveer 6,4% van alle gezamenlijke verzuimgevallen in 1953  $Z_2$ -ziekten waren. Op basis van de steekproef levert dit voor de I-neurosen een proportionele frequentie op van  $\frac{62}{116} \times 6,4\%$  of circa 3,4%.



## *Het aandeel van de I-neurosen in het totaal der door ziekte verloren dagen*

### *a. mannen*

Wederom volgens opgave van de Bedrijfsgeneeskundige Dienst kwam 5,5% van de in totaal door ziekte verloren dagen bij de mannelijke werknemers in 1953 op rekening van  $Z_2$ -ziekten.

Uitgaande van de steekproef komt dit voor de I-neurosen neer op een proportionele verzuimduur van  $\frac{1153}{1883} \times 5,5\%$  of circa 3,4%.

Ten aanzien van dit cijfer moge herinnerd worden aan hetgeen hiervoor reeds gezegd werd over de betrouwbaarheid van schattingen voor de duur bij een 1 op 3 steekproef.

### *b. Vrouwen*

Voor de vrouwelijke werknemers werd opgegeven, dat circa 9,1% van de in totaal door ziekte verloren dagen in 1953 een gevolg is geweest van  $Z_2$ -ziekten. Op basis van de steekproef levert dit voor de I-neurosen een proportionele verzuimduur op van  $\frac{1289}{2065} \times 9,1\%$  of circa 5,7%.

In het voorgaande werd er reeds op gewezen, dat het vermijden van de „diagnose” 326, aanpassingsstoornis (blz. 126), benevens de bewuste inclusie van een aantal symptomatische aanduidingen in de rubriek 310-318 (blz. 128) er toe moet hebben geleid, dat — met uitzondering van de gemiddelde verzuimduur — alle hiervoor gegeven cijfers zeer vermoedelijk aan de hoge kant zijn, indien men althans strikt aan de „klassieke” opvatting van de internationale indeling vast wenst te houden. Wij menen evenwel, — ofschoon ook bij de hier gevonden uitkomsten rekening moet worden gehouden met de onvermijdelijke subjectieve zienswijzen van de behandelende artsen, die door de keuze van de groepscode invloed kunnen uitoefenen op de omvang van de betreffende diagnosegroep, en met de eveneens subjectieve opvattingen van de onderzoeker bij het toekennen van de afzonderlijke codenummers — dat de waarde en betrouwbaarheid van de hier vermelde cijfers groter is dan van de eerder gegeven schattingen en zeer waarschijnlijk ook groter dan enig ander tot op heden beschikbaar gegeven over verzuim door I-neurosen bij een grote groep van Nederlandse industrie-arbeiders.

### *XI.1.2. Leeftijd, diensttijd en burgerlijke staat, en verzuim door I-neurosen bij Philips*

In het volgende is onderzocht of er relaties aanwijsbaar zijn tussen het optreden en de duur van „internationale” neurosen enerzijds en enkele relevant veronderstelde factoren van persoonlijke aard anderzijds.

a. *De leeftijdsfactor:*

In de eerste plaats kan men zich afvragen of de I-neurosen in 1953 relatief meer voorkwamen bij jongere dan bij oudere personen. Aangezien de leeftijdsverdeling voor de gehele groep van Eindhovense weekloners slechts bekend was voor leeftijdsklassen van 10 jaar, moest deze grove classificatie ook voor de groepering der patiënten worden aangehouden. Deze noodzakelijke samenvoeging werd evenwel niet als een bezwaar gevoeld, omdat het aantal lijdens voor een meer gedetailleerde analyse toch te klein zou zijn geweest.

De vraagstelling luidt: Was de leeftijdsopbouw van de patiënten, die in 1953 wegens I-neurosen verzuimden, verschillend van de leeftijdsopbouw van de totale groep der in Eindhoven woonachtige weekloners?

TABEL 52 *Mannen Philips*

Leeftijdsklassen	Personeels- bezetting in %	Aantal I-n.lidjers	Verwachte aantallen
14—24 .....	20,6	6	11,9
25—34 .....	26,5	15	15,4
35—44 .....	20,5	14	11,9
45—54 .....	23,6	19	13,7
55 en ouder .....	8,8	4	5,1
Totaal .....	100,0	58	58

$\chi^2_{(4)} = 5,59 (0,20 < P < 0,30)$

Het blijkt, dat geen significant verschil is aan te tonen tussen de leeftijdsopbouw van de mannelijke neuroselidjers en die van de betrokken werknemersgroep in zijn geheel.

Bij de vrouwelijke werknemers bleek als gevolg van de geringe aantallen lijdressen in de hogere leeftijdsklassen, een verdere samenvoeging gewenst.

TABEL 53 *Vrouwen Philips*

Leeftijdsklassen	Personeels- bezetting in %	Aantal I-n.lidjers	Verwachte aantallen
—24 .....	76,6	34	39,1
25—34 .....	16,2	13	8,3
35—44 .....	4,3	2	2,2
45—54 .....	2,2	1	1,1
55—65 .....	0,7	1	0,3
Totaal .....	100,0	51	51

$\chi^2_{(1)} = 2,22 (0,10 < P < 0,20)$

Ook bij de vrouwelijke werknemers is geen significant verschil aan te tonen tussen de leeftijdsopbouw van de neurosepatiënten en die van de betrokken werknemersgroep in zijn geheel.

Een volgende vraag is: Was de leeftijd der patiënten, die in 1953 wegens I-neurosen verzuimden, van invloed op de verzuimduur?

Bij deze vraag gaan wij terug naar een analyse binnen het patiëntenmateriaal, waardoor het mogelijk is de meest geschikte leeftijdsindeling te kiezen, zonder de beperkingen, ons opgelegd door de klassen van de personeelsadministratie.

TABEL 54 *Mannen Philips*

Leeftijdsklassen	t/m 29	30 t/m 39	40 t/m 49	50 en ouder	
Verzuimduur per I-neurosegeval	2 13	4 15	2 21	3 20	
	4 15	5 15	3 22	4 20	
	5 17	6 21	4 24	4	
	6 18	6 21	5 33	7	
	7 19	8 22	6 35	8	
	8	8 23	9 41	9	
	9	9 25	9 43	10	
	10	12 61	10 50	14	
	12	15 79	13 51	15	
	13	15	15 98	17	
	Mediaan .....	10	15	18	9.5
	H-toets .....	$\chi^2_{(8)} = 5,31 (0,10 < P < 0,20)$			

Tussen de leeftijdsgroepen blijken bij de mannelijke patiënten geen significante verschillen aantoonbaar te zijn ten aanzien van de duur der neuroseverzuimen.

Voor de vrouwen, met haar overwegend jeugdige leeftijdsopbouw, werd de klasse tot 29 jaar verder onderverdeeld, terwijl de vrouwen van 30 jaar en meer tot één klasse van ouderen werden samengevoegd.

Ook bij de vrouwelijke patiënten kunnen tussen de leeftijdsgroepen geen significante verschillen ten aanzien van de verzuimduur aangetoond worden (zie tabel 55 op blz. 137).

#### b. De diensttijd

Van de in Eindhoven woonachtige weekloners was slechts een opgave van het aantal dienstjaren per persoon te verkrijgen van de situatie per 1 oktober 1955. Als gevolg hiervan kan een vergelijking van de diensttijden der neuroselijders met die van de gezamenlijke Eindhovense weekloners slechts geschieden met behulp van vrij grove diensttijdsklassen. In

TABEL 55

## Vrouwen Philips

Leeftijdsklassen	t/m 19	20 t/m 24	25 t/m 29	30 en ouder
Verzuimduur per I-neurosegeval	2 24	3 8 20	1	7
	3 31	3 10 21	2	8
	3	3 11 24	7	13
	5	4 12 29	8	13
	6	4 13 40	9	16
	7	4 13 42	10	19
	10	6 14 42	10	31
	11	6 16 54	14	33
	12	6 18 104	21	40
	13	6 20 109	21	
		214		
Mediaan .....	8.5	13	9.5	16
H-toets .....	$\chi^2_{(3)} = 5,84 (0,10 < P < 0,20)$			

het bijzonder bleek dit noodzakelijk voor de korte dienstverbanden, omdat de groepen nieuw-aangestelden de laatste 4 jaren sterk in aantal fluctueerden.

De vraagstelling luidt: Kwamen lijdens aan I-neurosen (welke met verzuim gepaard gingen) in 1953 meer voor onder personen met een korte, resp. langere diensttijd?

TABEL 56

## Mannen Philips

Diensttijd	% weekloners E. per 1-10-1955	Aantal I-neuroselijders	Verwachting vlg. % weekloners E.
< 5 jaar .....	25	11	14,5
5—10 jaar .....	28	14	16,2
11—20 jaar .....	27	21	15,7
> 20 jaar .....	20	12	11,6
Totaal .....	100	58	58
	$\chi^2_{(3)} = 2,95 (0,30 < P < 0,50)$		

Er blijkt geen significant verschil aantoonbaar te zijn tussen de diensttijden van de mannelijke neurosepatiënten en die van de gehele in Eindhoven woonachtige groep van weekloners.

Bij de vrouwelijke neurosepatiënten met langduriger dienstverband waren de kleine aantallen er wederom oorzaak van, dat degenen met 5 of meer dienstjaren bij toetsing samen moesten worden gevoegd.

TABEL 57

*Vrouwen Philips*

Diensttijd	% weekloners E. per 1-10-1955	Aantal I-neurose- lijderessen	Verwachting vlg. % vr. week- loners E.
< 5 jaar .....	63,4	38	32,3
5—10 jaar .....	32,4	7	18,7
>10 jaar .....	4,2	6	
Totaal .....	100,0	51	51
$\chi^2_{(1)} = 2,34 (0,10 < P < 0,20)$			

Ook bij de vrouwelijke werknemers is geen significant verschil aantoonbaar tussen de diensttijden van de neurosepatiënten en die van de gehele in Eindhoven woonachtige groep van (vr.) weekloners.

De volgende vraagstelling is: Was de diensttijd der patiënten, die in 1953 wegens I-neurosen verzuimden, van invloed op de verzuimduur?

TABEL 58

*Mannen Philips*

Aantal dienstjaren	<5	5 t/m 10	11 t/m 20	>20
Verzuimduur in dagen per I-neurose-geval	2 15	2 13 22	4 8 19 61	3 10
	4 15	6 13 33	5 9 20 79	3 14
	4 21	7 15 41	5 9 21	4 15
	5 24	8 15	6 10 22	4 20
	6 43	9 17	7 15 23	6 50
	10	12 18	8 15 25	9 51
	13	12 21	8 17 35	9 98
Mediaan .....	11,5	15	15	9,5
H-toets .....	$\chi^2_{(3)} = 1,40 (0,70 < P < 0,80)$			

Bij de mannelijke neurosepatiënten blijken tussen de diensttijdklassen geen significante verschillen aantoonbaar te zijn t.a.v. de duur der neuroseverzuimen.

Voor de vrouwelijke patiënten zijn als gevolg van haar totaal afwijkende diensttijdverdeling, wederom geheel andere klassen gekozen dan bij de mannen.

TABEL 59

*Vrouwen Philips*

Aantal dienstjaren	1 en 2			3 en 4		5 en meer	
Verzuimduur in dagen per I-neurosegeval	2	6	13	1	14	7	33
	2	5	13	3	14	8	40
	3	7	20	3	16	9	42
	3	8	21	4	18	13	214
	3	10	29	6	20	13	
	4	10	31	7	24	16	
	4	10	40	8	24	19	
	5	11	42	10	54	21	
	6	12	104	11	109	21	
	6	13		12		31	
Mediaan .....	10			12		20	
H-toets .....	$\chi^2_{(2)} = 7,35 (0,02 < P < 0,05)$						

De drie dienstjarenklassen blijken, bij een betrouwbaarheidsdrempel van 5%, significant te verschillen t.a.v. de verzuimduur der neurosegevallen.

Deze uitkomst moge enigszins verrassen, waar de immers zo sterk met de diensttijd samenhangende leeftijdsopbouw bij de vrouwen geen significantie t.a.v. de verzuimduur opleverde. De verklaring hiervan moet o.i. gezocht worden in de, in tabel 55 gekozen leeftijdsklasse van 20 t/m 24 jaar. In deze grote groep zal zich zonder twijfel een aantal, naar leeftijd „jongere”, maar naar diensttijd reeds „oudere” meisjes bevinden, wier invloed op de verzuimduur bij toetsing niet tot gelding kon komen (zie tabel 55:  $\chi^2_{(3)} = 5.84$ ).

Naar thans uit tabel 59 blijkt, duurt een neuroseverzuim in het algemeen langer bij vrouwen met een meer dan 4-jarig dienstverband.

#### a. *De Burgerlijke Staat*

De laatste vraag betreft de invloed van de burgerlijke staat: Kwamen in 1953 I-neurosepatiënten meer voor onder gehuwde, respectievelijk ongehuwde weekloners in Eindhoven?

Uit de navolgende tabellen blijkt dat nòch het een, nòch het ander aantoonbaar was. Zowel bij de mannelijke als bij de vrouwelijke in Eindhoven woonachtige weekloners, konden geen significante verschillen t.a.v. de burgerlijke staat aangetoond worden tussen de I-neurosepatiënten en de gehele betreffende werknemersgroepen.

TABEL 60

*Mannen Philips*

Burgerlijke staat	% weekloners E.	Aantal I-neuroselijders	Verwachting vlg. % weekloners Ehv.
Gehuwd .....	69	45	40,0
Ongehuwd .....	31	13	18,0
Totaal .....	100	58	58
$\chi^2_{(1)} = 1,63 (P \cong 0,20)$			

TABEL 61

*Vrouwen Philips*

Burgerlijke staat	% vrouwelijke weekloners Ehv.	Aantal I-neuroselijderessen	Verwachting vlg. % weekloners Ehv.
Gehuwd .....	14	3	7,0
Ongehuwd .....	86	48	44,0
Totaal .....	100%	51	51
$\chi^2_{(1)} = 2,03 (0,10 < P < 0,20)$			

Helaas was het niet mogelijk na te gaan of van het kostwinnerschap wel een invloed op het neuroseverzuim aantoonbaar was.

## XI.2. HERCODERING VAN 100 H-NEUROSEN BIJ DE HOOGOVENS

Voor het onderzoek bij de Hoogovens werd uit alle gezamenlijke in 1954 begonnen, als „neurosen” gekwalificeerde verzuimen een aselechte steekproef getrokken van een zodanige omvang, dat deze aanvankelijk uit 100 lijdens bestond met in totaal 115 verzuimen wegens H-neurosen.

Na eliminatie van een aantal dossiers, die betrekking bleken te hebben op werksters en ander personeel dat niet tot de eigenlijke fabrieksarbeiders behoorde, bleven er 104 gevallen over van H-neurosen, die zich bij 85 mannen hadden voorgedaan. Op de 304 neuroseverzuimen die in totaal bij deze bevolkingsgroep in 1954 werden geregistreerd, komt dit neer op een steekproefomvang van 34%.

Van de sinds 1954 vertrokken of ontslagen werknemers — 24% in het steekproefmateriaal — stonden volledige ziektedossiers ter beschikking, over de gehele duur van het dienstverband; voor de nog aanwezige werknemers kon slechts gebruik worden gemaakt van de kaart van het betref-

fende verzuim in 1954, en van de summiere aantekeningen over data, duur en diagnosesnummers van vroegere verzuimen.

Genoteerd werden — behoudens volgnummer en eventueel het tijdstip van ontslag of vertrek — gegevens over leeftijd, burgerlijke staat en duur van het dienstverband, alles ten tijde van het eerste neuroseverzuim in 1954. Voorts voor elk individueel geval het aantal verzuimen in de gehele diensttijd met het totaal van de daarbij behorende verzuimdagen, beide gegevens gesplitst naar ziekten en ongevallen (O.W.). En ten slotte het aantal in 1954 begonnen verzuimen wegens H-neurosen, de per geval verloren tijd in dagen en de herziene diagnoses in de decimaalcode van de Nederlandse Nomenclatuur te behoeve van de Codering van Ziekten en Ongevallen.

Over de gegevens, de burgerlijke staat betreffende, werd reeds in IV.4.2 opgemerkt, dat deze te onvolledig waren om verder te bewerken. Ook van het aanvankelijk voornemen de individuele verzuimgedragingen gedurende de gehele dienstperiode te correleren met aard, frequentie en duur van het neuroseverzuim in 1954, moest worden afgezien toen bleek dat de gegevens uit de oorlogsjaren, ten gevolge van sluiting van het bedrijf en onderduiken van werknemers, niet voor bewerking in aanmerking konden komen.

De gegevens, die voor analyse van belang bleven, werden in een overzichtstabel bijeengebracht, die als Annex III is bijgevoegd.

Als gevolg van de anders gerichte informatiemogelijkheden, waarop in IV.4.1. uitvoerig is ingegaan, was het somtijds moeilijk bij het Hoogovensmateriaal eenzelfde straffe hercoderingssystematiek te volgen als bij Philips. Dit heeft o.m. tengevolge gehad, dat de diagnose „Onbekend” bij de Hoogovens in geen enkel geval werd toegekend. Het codenummer hiervoor, 795.5, zal men tevergeefs zoeken. Altijd was er wel een informatieve aantekening op de ziektekaart te vinden, afkomstig van de lekecontroleur, al had deze aantekening dan ook veelal slechts betrekking op de sociogenese zonder dat er verder iets vermeld was, waaruit kon worden opgemaakt of de werknemer in kwestie werkelijk „ziek” was geweest en aan welke psychische stoornis hij had geleden. Was dit het enige gegeven — en dit was geen uitzondering bij de gevallen die niet door de medicus waren gezien — dan werd, min of meer arbitrair de code 795.1 toegekend. Met dit nummer hebben wij willen aangeven, dat deze gevallen, zonder de aantekening van de lekecontroleur, als onbekend zouden zijn geclassificeerd. Deze handelwijze moge zijn bezwaren hebben, zij voorkomt in ieder geval een overbelasting van 314.2, „geestelijke depressie”, welk codenummer werd gereserveerd voor die gevallen waarin het aanvaarden van een pathologische reactie kon worden verantwoord door een, zij het somtijds zeer summier gegeven over de patiënt zelf. Dit leidde er toe dat bij de hercodering de diagnose 314.2 in 12 gevallen werd gesteld (12%), die van 795.1 in 5 gevallen (5%). Waar 314.2 wel, en 795.1 niet voorkomt in



de groep der I-neurosen is het van belang met deze omstandigheid, die een extra subjectief element betekent voor de gehele hercoderingsprocedure, bij de evaluatie van de uitkomsten rekening te houden.

De groep der H-neurosen is volgens de formele opgave slechts klein en komt in samenstelling die der I-neurosen zeer nabij. Zij zou (volgens mededeling van het Hoofd van de Bedrijfsgeneeskundige Dienst) de volgende nummers van de Internationale Nomenclatuur moeten bevatten.

310 t/m 318, exclusief 317.0, psychogeen astma

320 t/m 326, exclusief 322.0, acuut alcoholisme.

Reeds eerder is het vermoeden uitgesproken, dat als gevolg van de verwijding van het neurosebegrip en de verlaging van de verzuimdrempel in de loop der jaren gevallen van verzuim in de H-groep zouden zijn opgenomen, die er volgens de formele codedefinitie niet in thuishoren. Bij het hercoderingsonderzoek werd dit vermoeden bevestigd: 21 gevallen van de 104 kregen, o.i. ten onrechte, het etiket „psychische stoornis” (in de zin van „H-neurose”).

In enkele gevallen leek het zeer de vraag of er, afgaande op de spaarzame aantekeningen, eigenlijk wel van „ziekte” sprake is geweest. Voorbeelden hiervan troffen wij vooral aan bij de kortdurende verzuimen.

Van het aanvankelijk voornemen een casuïstische toelichting te geven op dit verzuim door „psychische stoornissen bij gezonden” moest worden afgezien toen bleek, dat de ter beschikking staande dossiergegevens, in het bijzonder met betrekking tot het psychiatrische beeld, te onvolledig waren voor een verantwoorde differentiaaldiagnose tussen „neurose” en „sociose” (zie blz. 215). Om dit onderscheid te kunnen maken moet de arts zijn mensen kennen. Wij kunnen daarom niet beter doen dan in dit verband enkele ervaringen aan te halen van Veenenbos \*), die destijds als bedrijfsarts aan de Hoogovens was verbonden. In een nog niet gepubliceerd verslag van een door hem verricht onderzoek, noemt Veenenbos de volgende cijfers: 85 van de 485 in de jaren 1952, 1953 en 1954 bij de fabrieksarbeiders van de Hoogovens als H-neurose gecodeerde verzuimen bleken een gevolg te zijn van een niet-ziekelijke „hypersensitiviteit”. De auteur definieert dit begrip als „verzuim ten gevolge van droevige of anderszins emotionerende gebeurtenissen (die tot de normale belevenissen gerekend mogen worden), als hiervoor een buiten proportie staande duur wordt geclaimd, zonder dat nochtans een echte depressie in het spel is”. Als voorbeeld noemt hij „veertien dagen voor overlijden van vader, of een week voor een schrik, ruzie, liefdesverdriet of jaloezie”.

Ofschoon deze uitkomsten meer betrekking hebben op de straks ter sprake komende overmatige verlenging van het verzuim, hebben wij ze op deze plaats vermeld, nu de beperktheid van de ons ter beschikking staande gegevens een casuïstische weergave van enige evidente sociosoren niet gedooft.

De inclusie van dergelijke verzuimen mag dan door de in de regel vrij korte duur, van ondergeschikte betekenis zijn voor de totale omvang van

\*) J. Veenenbos, „Verzuim door psychische oorzaken”. Niet gepubliceerd verslag van een onderzoek bij fabrieksarbeiders van de Hoogovens, 1952 t/m 1954.

het ziekteverzuim, toch zijn ze o.i. symptomatisch voor de inflatie van het neurosebegrip. In XIII.3.2. komen wij hierop uitvoerig terug.

Een andere omstandigheid, waarvan eerder kan worden aangenomen, dat hij geleid heeft tot een vertekening van de Hoogovenscijfers in ongunstige zin, is gelegen in de neiging van de artsen om door toekenning van een extra codecijfer *de psychische component bij somatische ziekten* afzonderlijk te waarderen.

Een voorbeeld hiervan vinden wij bij een 50-jarige werknemer, die als gevolg van zijn hertrouwen, thuis in een conflictsituatie verkeerde. Zijn reeds opgegroeide kinderen en voormalige schoonmoeder maakten hem verwijten over deze stap. Toen de man begon te klagen over buikpijn en pijn in de rechter zijde, werd o.m. een nieronderzoek gedaan, waarbij niets bijzonders voor de dag kwam. De klachten bleven evenwel, zodat besloten werd de appendix te verwijderen. Vermoedelijk is ook deze ingreep geen volledig succes geweest en heeft men — begrijpelijk, gezien de situatie thuis — aan orgaan-neurotische klachten gedacht. Terwijl nu het verzuim wegens de appendectomie nog niet is beëindigd, zien wij op de ziekenkaart plotseling een tweede nummer verschijnen, de groepscode voor de H-neurosen. Met andere woorden: hier werd een aaneengesloten verzuim door de arts in tweeën gekapt met de bedoeling aan te geven dat de reconvalescentie psychogeen was vertraagd.

Vier maanden later volgde een acute haematurie en werd een niersteentje gevonden.

Dit geval is om twee redenen instructief. In de eerste plaats blijkt er uit, dat de verzuimduur die in zijn volle lengte op de appendix-operatie had moeten wegen, op een min of meer willekeurig ogenblik in tweeën is gesplitst en dat dit tweede deel verder op rekening komt van de „neurose”. Deze handelwijze moge medisch zinvol zijn en begrijpelijk, uit een oogpunt van registratie leidt dit tot verwarring en onjuiste verzuimcijfers (zie XIII.1.1.1.).

In de tweede plaats blijkt uit dit voorbeeld dat een aanvankelijk als psychische stoornis gecodeerde oorzaak van verzuim naderhand niet — althans niet altijd — werd herzien, als later een somatische oorzaak werd gevonden. Eenzelfde ervaring deden wij op bij de hercodering van de na beëindiging der verzuimen toegekende diagnoses bij Philips en het lijkt waarschijnlijk dat ook in andere ziektestatistieken zelden of nooit correcties zullen plaatsvinden van een eenmaal toegekend diagnosesnummer. In de praktijk stuit dit trouwens op de moeilijkheid van de grens die aan het tijdsverloop tussen beide verzuimgevallen zou moeten worden gesteld. In het gegeven voorbeeld bedroeg deze vier maanden. Iets dergelijks deed zich voor bij een patiënt met een maagneurose (316.2), bij wie enige maanden later een periappendiculairinfiltraat werd gevonden. Hier is het al zeer dubieus of de aanvankelijke diagnose onjuist is geweest. Is het tijdsverloop evenwel zéér kort — of zelfs nihil — dan komt herziening van de oorspronkelijke diagnose o.i. zeker in aanmerking. Het volgende geval moge dit toelichten.

Bij een werknemer, die 3 dagen wegens „neurose” zou hebben verzuimd, ontstond in onmiddellijke aansluiting aan dit verzuim een acute cholangitis. Vermoedelijk op grond van de psychische geaardheid van de patiënt en van een „te” langdurige reconvalescentie, kreeg hij na 31 dagen opnieuw het codenummer voor H-neurosen, ofschoon zijn dagtemperatuur toen nog ca. 38° bedroeg. Hier krijgt men toch wel de indruk van een elders ongebruikelijke voorkeur om tot iedere prijs de psychische component tot uitdrukking te brengen.

Het is evenwel niet alleen de lengte van de intussen verstreken periode, die een rol speelt bij de beslissing of een eenmaal toegekend diagnose-nummer herziening behoeft. Ook de vermoedelijke ontwikkelingsduur van een later gevonden somatisch proces is hierbij van betekenis:

Bij een patiënt met vage buikklachten, bij wie als diagnose werd gesteld „neurasthenie met hypochondrische klachten” (318.0) werd nóg in hetzelfde jaar bij operatie een zeer uitgebreid ulcererend ileoocaal carcinoom gevonden. Ondanks het feit, dat er enige maanden waren verlopen sinds het „neurose”-verzuim, moet men zich hier afvragen, of deze zeer uitgebreide ernstige bevinding geen aanleiding moest zijn geweest om de eerder gestelde diagnose te wijzigen.

Het probleem van de zg. verbeterde diagnose geldt intussen niet alleen voor de neurosestatistiek, en het is ook geenszins beperkt tot de Hoogovens. Het is hier alleen ter sprake gebracht omdat het ten nauwste samenhangt met de in dit bedrijf aangetroffen gewoonte de psychische component afzonderlijk te waarderen, als gevolg waarvan de frequentie en totale duur van het neuroseverzuim in vergelijking met andere statistieken te hoog moeten zijn. De afsplitsing van de neurotische component kwam in 7 van de 104 gevallen voor.

In de groep der zg. H-neurosen zijn — met inbegrip van de bij Philips ontbrekende orgaanneurosen 315, 316 en 317 — alle gezamenlijke code-nummers terug te vinden van de internationale groep der I-neurosen, 310-318. Slechts het psychogene astma 317.0 is bij de Hoogovens uit de H-groep geëxcludeerd en overgebracht naar een afzonderlijk astmanummer, waarin ook de allergische vormen zijn opgenomen. Gezien het in de N.I.P.G.-opgaven zeldzame voorkomen van dit zuiver psychogene astma, leek het geoorloofd het H-materiaal te gebruiken om de omvang van het verzuim door I-neurosen bij het Hoogovenspersoneel af te leiden.

#### XI.2.1. *Verzuim door I-neurosen bij de Hoogovens*

De gespecificeerde gegevens nodig voor de berekeningen van de navolgende verzuimgrootheden zijn opgenomen in Annex III; de tabellarische overzichten het personeel betreffende, waarop de ratio's betrekking hebben op blz. 42 e.v. in IV.4.2 en voorts in de hierna volgende paragraaf XI.2.2.

### *De frequenties der verzuimen door I-neurosen*

In tabel 27 op blz. 69 werd vermeld, dat volgens opgave van de Bedrijfs-geneeskundige Dienst in 1954, per 1000 fabrieksarbeiders 46 maal het werk werd gestaakt wegens een „psychische stoornis” (H-neurose). Volgens ons onderzoek betrof dit — in het steekproefmateriaal — in 67 van de 104 gevallen een I-neurose. Dit betekent, dat op basis van de steekproefschatting per 1000 fabrieksarbeiders  $\frac{67}{104} \times 46$  of 30 maal werd verzuimd wegens een „internationale” neurose, gedefinieerd door de code-nummers 310-318.

### *Door I-neurosen verzuimde dagen*

In het onderzoek bleken bij de 104 als H-neurosen geregistreerde verzuimen 1750 dagen verzuimd te zijn als gevolg van I-neurosen. De steekproef omvat 33% van het totaal aan H-verzuimen in 1954. Voor dit totaal vinden wij dus naar schatting  $\frac{100}{33} \times 1750$  verliesdagen door I-neurosen op een gemiddelde sterkte van 6072 fabrieksarbeiders. Dit komt neer op 87 dagen per 100 man.

### *De gemiddelde verzuimduur der I-neurosen*

In de steekproef vonden wij 67 gevallen van verzuim door I-neurosen met een totale duur van 1750 dagen. De gemiddelde duur bedroeg dus in dit materiaal 26 dagen (mediaanwaarde: 20).

### *Het aandeel van de I-neurosen in de frequentie van verzuim door alle gezamenlijke ziekten*

In 1954 kwamen volgens de Bedrijfs-geneeskundige Dienst van de Hoogovens bij de fabrieksarbeiders in totaal 6925 verzuimen voor door alle gezamenlijke ziekten. In dat zelfde jaar werden 304 H-neurosen geregistreerd, waarvan volgens de steekproef  $\frac{67}{104}$  I-neurosen waren. De proportionele frequentie van deze I-neurosen bedroeg aldus circa 2.8%.

### *Het aandeel van de I-neurosen in het totaal der door ziekte verloren dagen*

De zoëven genoemde 6925 verzuimen brachten in 1954 een totaal verlies van 117.086 dagen mee. De totale verzuimduur van de H-neurosen bedroeg in dat jaar 7828 dagen. Volgens de steekproef zou dit neerkomen op  $\frac{1750}{2609} \times 7828$  of 5251 verliesdagen door I-neurosen. Aldus vinden wij voor de proportionele duur der I-neurosen een percentage van circa 4.5.

**XI.2.2. Leeftijd en diensttijd, en verzuim door I-neurosen bij de Hoogovens**

Op dezelfde wijze als dit in XI.1.2 voor Philips werd gedaan, werd voor de gegevens over I-neurosen bij de Hoogovens onderzocht of er correlaties aanwijsbaar waren tussen deze gegevens en enkele factoren van persoonlijke aard.

**a. de leeftijdsfactor**

Was de leeftijdsopbouw van de patiënten, die in 1954 wegens I-neurosen verzuimden, verschillend van de leeftijdsopbouw van de totale groep der Hoogovensarbeiders in dat jaar?

**TABEL 62** *Fabrieksarbeiders Hoogovens 1954*

Leeftijdsklassen	Personeelsbezetting in %	Aantal I-n.ljders	Verwachte aantallen
—24 .....	11.3	1	6.2
25—34 .....	35.8	19	19.7
35—44 .....	29.3	19	16.1
45—54 .....	17.6	11	9.7
55 en ouder .....	6.0	5	3.3
<b>Totaal</b> .....	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>55</b>
$\chi^2_{(4)} = 6.18 (0.10 < P < 0.20)$			

Er blijkt geen significant verschil aantoonbaar te zijn tussen de leeftijdsopbouw van de neuroseljders en die van de betrokken werknemersgroep in zijn geheel.

De volgende vraag is: Was de leeftijd der patiënten, die in 1954 wegens I-neurosen verzuimden, van invloed op de verzuimduur?

De verzuimduur blijkt bij de Hoogovens in hogere leeftijdsklassen zeer significant langer te zijn dan bij de jongere werknemers. Deze uitkomst is opmerkelijk, omdat een dergelijk leeftijdseffect bij Philips niet aantoonbaar was (zie tabel 54 op blz. 136). Wel werd in VII.1.6. op blz. 81 een aanwijzing gevonden voor een langere gemiddelde verzuimduur bij I-neurosen voor de 60-jarigen en ouderen uit de N.I.P.G.-statistiek.

Het is niet uitgesloten, dat het hier geconstateerde verschil in leeftijdseffect bij Philips en Hoogovens, verklaard moet worden door de aard van het werk. Het Hoofd van de B.G.D. Hoogovens deelde mede, dat in verband met de zware arbeid, het criterium voor wederarbeidsgeschiktheid zeer hoog wordt gehouden: „Aan halve krachten heeft men niets in dit bedrijf”.

Bij Philips zou eerder de mogelijkheid bestaan de in de regel langer

TABEL 63 *Fabrieksarbeiders Hoogovens 1954*

Leeftijdsklassen	t/m 29	30 t/m 39	40 t/m 49	50 en ouder
Verzuimduur in dagen per I-neurosegeval	3	1 8 34	2 30	13 90
	4	3 9 41	6 31	22 109
	7	3 10 42	6 33	23
	9	4 11 52	6 34	25
	9	5 14 53	11 43	26
	10	5 15 78	11 63	32
	20	6 16	13 70	41
	29	6 17	23 73	46
	33	6 17	26	57
	53	8 24	28	86
Mediaan .....	9.5	10.5	27	36.5
H-toets .....	$\chi^2_{(3)} = 12,35 (0.001 < P < 0.01)$			

durende verzuimen der oudere I-neurotici te bekorten door de betrokkenen over te plaatsen, ander werk te geven en soortgelijke maatregelen.

b. *de diensttijd*

Bij de Hoogovens bleek een in 5-jarenklassen gespecificeerde verdeling naar de duur van het dienstverband over 1954 voorhanden te zijn. Desniettemin werden de diensttijdsklassen van meer dan 10 jaren samengevoegd, eensdeels om ongeveer even grote groepen te krijgen, maar ook ter wille van de vergelijkbaarheid met Philips (zie tabel 56, blz. 137).

De vraag luidde hier: Kwamen lijders aan I-neurosen (welke met verzuim gepaard gingen) méér voor onder personen met een korte, respectievelijk met een lange diensttijd?

TABEL 64 *Fabrieksarbeiders Hoogovens 1954*

Diensttijd	% per leeftijdsgroep	Aantal I-neuroselijders	Verwachting vlg. leeftijdsverdeling
< 5 jaar .....	29.4	10	16.2
5— 9 jaar .....	50.9	31	28.0
10 jaar en > .....	19.7	14	10.8
Totaal .....	100.0	55	55
		$\chi^2_{(3)} = 3.64 (0.10 < P < 0.20)$	

Er blijkt geen significant verschil aantoonbaar te zijn tussen de diensttijden van de neurosepatiënten en die van de gehele groep der fabrieksarbeiders.

Rest ten slotte de vraag of de diensttijd der patiënten, die in 1954 wegens I-neurosen verzuimden, van invloed was op de verzuimduur. Gezien de samenhang van leeftijd met lengte van het dienstverband was ook hier een bevestigend antwoord te verwachten.

TABEL 65 *Fabrieksarbeiders Hoogovens 1954*

Aantal dienstjaren	< 5	5 t/m 9			> 9	
	1	2	8	26	3	63
	3	3	9	31	6	70
	4	4	11	33	10	73
	9	5	11	33	17	86
	9	5	11	34	22	90
	10	6	13	41	23	109
	20	6	13	42	23	
	24	6	14	43	25	
	29	6	15	46	28	
	34	6	16	52	30	
	59	7	17	53	32	
	78	8	26	57	41	
Mediaan .....	15	13			29	
H-toets .....	$\chi^2_{(2)} = 6.50 (0.02 < P < 0.05)$					

Hieruit blijkt dat bij de neurosepatiënten van verschillende diensttijd-klassen significante verschillen aantoonbaar zijn ten aanzien van de duur der neuroseverzuimen.

Over de invloed van de burgerlijke staat en het kostwinnerschap stonden geen gegevens ter beschikking.

### XI.3. SAMENVATTING DER CIJFERS OVER VERZUIM DOOR I-NEUROSEN

In ons land bestaan tot dusverre geen voorschriften met betrekking tot de presentatie van cijfers over ziekteverzuim, terwijl ook internationale afspraken op dit gebied ontbreken.

Nu kan men de verwarring, die zou kunnen voortvloeien uit het gebruik van verschillende begrippen en verhoudingstermen natuurlijk vermijden door in de koppen van de tabellen nauwkeurig aan te geven om welke verhoudingsmaten het gaat.

Waar in deze paragraaf evenwel een tabellarische samenvatting moest worden gegeven van de uitkomsten van het hercoderingsonderzoek, deed zich hier meer dan elders de behoefte gevoelen aan enkele ondubbelzinnige, internationaal aanvaardbare verzuimbegrippen.

De keus is hierbij gevallen op de termen, die onlangs \*) door de Nationale Commissie voor Normalisatie van Eenheden en Verhoudingsmaten werden ontworpen, ten behoeve van de statistiek van het ziekteverzuim. Ook deze termen dragen nog een voorlopig karakter. Het is nog niet zeker, of de voorgestelde definities in de huidige vorm door de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken voetstoots zullen worden aanvaard, vooral ook omdat alle voorstellen in deze, tevoren nog getoetst zullen moeten worden aan de in andere — Westeuropese — landen bestaande opvattingen en behoeften. Op het moment stonden ons evenwel geen betere standaardmaten ter beschikking.

De omschrijving van de in onderstaande tabel gebruikte termen vindt men in Annex V, geheel conform de definities uit het Interim-Rapport van de Normalisatie Commissie.

TABEL 66 *Overzicht van de resultaten van de kwantitatieve benadering van het verzuim door I-neurosen (310-318) bij Nederlandse Fabrieksarbeiders*

	I De verzuim- frequentie (210) <sup>1)</sup>		II Het gemid- deld ver- zuim (211) <sup>1)</sup>		III De gemid- delde ver- zuimduur (212) <sup>1)</sup>		IV De propor- tionele verz. freq. in % (P210) <sup>1)</sup>		V De propor- tionele verz. duur in % (P211) <sup>1)</sup>	
	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr	m	vr
Philips 1953 In Ehv. woonachtige weekloners	0.019	0.025	0.33	0.52	17.5	21.0	3.4	3.4	3.4	5.7
Hoogovens 1954 fabrieks- arbeiders	0.030	—	0.87	—	26.0	—	2.8	—	4.5	—

<sup>1)</sup> De nummers verwijzen naar de overeenkomstige nummers (inception rates) van het Interim-Rapport van de Normalisatie Commissie.

Op blz. 65 werd er reeds op gewezen dat deze uitkomsten hoger zijn dan de minder betrouwbare, voorlopige benaderingen op basis van de N.I.P.G.-statistiek (zie V.3, blz. 61).

\*) Het zg. Interim-Rapport van deze Commissie werd in januari 1958 aangeboden aan de Voorzitter van de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken.



## XII. VERZUIM ALS GEZONDHEIDSINDICATOR

De groeiende belangstelling voor de neurotische mens is gepaard gegaan met een toenemende behoefte aan meer exacte gegevens over de grootte en betekenis van het neuroseprobleem. Hierbij gaat het eigenlijk om een hele reeks problemen, waarin even zovele — sociaalgeneeskundig, psychologisch of psychiatrisch gerichte — interessen tot uitdrukking komen. Het doel is hierbij bepalend voor de bevolkingsgroep en voor de soort „neurosen”, waarover men cijfers verlangt.

Het streven naar revalidatie van neuroselijders bv., heeft — in de eerste plaats ter staving van de noodzaak en doelmatigheid van dit streven zelf — gegevens van node, over het aantal in hun aanpassing gestoorde neurotische werknemers, dat voor revalidatie in aanmerking komt.

Maar de huisarts, die dagelijks wordt geconfronteerd met een stroom van klagende mensen aan wie hij curatieve zorg moet geven, heeft, met dit probleem voor ogen, meer interesse voor de situatie in dit opzicht in andere praktijken. Weer anders ligt de vraag voor de bedrijfsarts, die wil weten hoe hoog het verzuim is door aanpassingsstoornissen in soortgelijke bedrijven. Waar vindt hij vergelijkbare cijfers?

Ten slotte is er het probleem, gezien vanuit de gezichtshoek van de openbare gezondheidszorg. Ten einde de mogelijkheid te hebben van een efficiënte preventie en bestrijding van de volksziekte, die de „neurose” zou zijn, moet men beschikken over een totale inventarisatie, ten einde het probleem in volle omvang te kunnen overzien. Voor dit speciale doel is er dus vraag naar betrouwbare cijfers over het voorkomen van „neurosen” bij de gehele bevolking.

In al deze gevallen hebben de vraagstellers geen keus. Zij moeten, de uitkomsten van enkele praktijkanalyses buiten beschouwing gelaten, genoegen nemen met de schaarse en dikwijls weinig zeggende gegevens over arbeidsverzuim of over ziekengelduitkeringen, om de eenvoudige reden dat meer adequate informaties niet voorhanden zijn. Maar de gegevens, die op het, ten aanzien van „neurosen” reeds wankel criterium voor arbeidsongeschiktheid berusten, hebben een beperkte en een lang niet altijd even duidelijke waarde. Zij betreffen geselecteerde bevolkingsgroepen, die onder voor de overige bevolking uitzonderlijke omstandigheden werken en ziek kunnen zijn. Het verwrongen beeld dat aldus kan ontstaan, is een gevolg van het complexe karakter van het geregistreerde verzuim en van de zwakke relatie die er bestaat tussen dit verzuim en de werkelijke morbiditeit.

De hier gegeven voorbeelden laten zien, hoe het specifieke probleem, dat in een bepaald geval om kwantificatie vraagt, o.m. bepalend is voor de keuze en definitie van het nosologische telobject.

Dit zal voor probleem A dus een groep van Y-neurosen, voor probleem B bv. Z-neurosen betekenen, terwijl de verzuimgegevens betrekking hebben op  $X_1$ -,  $X_2$ - of  $X_3$ -neurosen. Een rechtstreeks antwoord is dus zeker niet te verwachten. Toch behoeft dit verschil in classificatie geen bezwaar te zijn, zolang de verzuimcijfers een specificatie toelaten voor afzonderlijke diagnosenummers. Dan is immers hergroepering in de gevraagde eenheid mogelijk. Verder moet voor de beantwoording van de vraag naar een bepaalde morbiditeit nog een tweede omrekening mogelijk zijn, namelijk die van „verzuimen” naar „lijders” \*). Ook dit kan eenvoudig zijn, mits bij elk verzuimgeval een gegeven is opgenomen, dat de lijder identificeert. In de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde wordt hiervoor gebruik gemaakt van de laatste twee cijfers van het loon-, klok- of kledingnummer, gekoppeld aan de geboortedatum van de werknemer in kwestie.

Het probleem van de relatie X-verzuim tot Y-morbiditeit, kan aldus door hergroepering en omrekening worden gereduceerd tot dat van de verhouding Y-morbiditeit gemeten met het verzuimcriterium, tot de werkelijke Y-morbiditeit bij dezelfde populatie, waarbij het begrip „werkelijk” bepaald wordt door de definitie van „lijder” in een bepaalde probleemstelling \*\*).

Blijft dus nu de vraag: wat is de betekenis van de verzuimstatistiek als component van de totale morbiditeit?

Hoewel iedereen, die met deze materie te maken heeft, er tegenwoordig wel van is doordrongen, dat ziekteverzuim zeker niet hetzelfde is als verzuim door ziekte, en dat het verzuimcriterium bij psychische stoornissen naar plaats en tijd zodanige fluctuaties te zien geeft, dat het allerminst als een homogene grootheid is te beschouwen, leert de ervaring, dat men deze verhouding maar al te vaak als een eenvoudige constante pleegt te zien en te hanteren. Verzuimcijfers over „neurosen” worden aldus met een somtijds ontstellend gemis aan kritiek als morbiditeitscijfers gebruikt, om verschillen of verschuivingen in de geestelijke gezondheidstoestand te bewijzen.

Het is hier de plaats erop te wijzen, dat de principiële vergissing van een onjuist gebruik van de grootheid „verzuim” natuurlijk niet goed kan worden gemaakt door statistische toetsingen. Integendeel, het gevaar is niet denkbeeldig, dat de suggestieve kracht, die een met getallen gestaafd betoog toch al op de lezer maakt, nog versterkt wordt door een dergelijke schijn van exactheid,

\*) De morbiditeit onder degenen, die in de observatieperiode niet (wegens „neurosen”) hebben verzuimd, blijft hierbij buiten beschouwing.

\*\*) In casu een werknemer met minstens één verzuim door „neurose” in de observatieperiode.

zonder dat de lezer zich nochtans realiseert, dat de significantie van een gevonden verschil in verzuim, slechts op de cijfers betrekking heeft en weinig of niets vermag te zeggen over een eventueel bestaand reëel verschil in de geestelijke gezondheidstoestand.

De neiging tot simplificatie van de besproken relatie en de daarmee samenhangende overwaardering van verzuimcijfers als expressie van de gezondheidstoestand, komt ook nog op een andere wijze tot uiting, met name in de invoering van de „gezondheidsindex”.

Een gezondheidsindicator beoogt op een snelle en eenvoudige wijze een indruk te verschaffen van de gezondheidssituatie in een bepaald land, een bepaalde streek of stad, of zelfs in een bepaald bedrijf. Bekendheid kregen in dit opzicht de waarderingscijfers, die door sommige grote steden in de U.S.A. werden gebruikt, o.m. als reclamemiddel om de vestiging van nieuwe bewoners te stimuleren door middel van een gunstig gezondheids-cijfer.

Swaroop en Uemura <sup>(87)</sup> ontwikkelden in een door de W.H.O. ingestelde studiegroep „On the measurement of levels of health” onlangs een eenvoudige indicator — de zg. proportionele sterfte — voor het karakteriseren van het gezondheidsniveau van landen met uiteenlopende ontwikkeling. Ten aanzien van de component „morbidity” wordt in deze studie opgemerkt: „It should be pointed out that no indicator directly related to morbidity has been proposed, owing to lack of comparable material in most of the countries”. In het bijzonder zijn de schrijvers weinig te spreken over de vergelijkbaarheid van gegevens over werkverzuim, wegens de plaatselijk en landelijk zo grote variatie in verzuimfaciliteiten, verzuim-normen en sociale voorzieningen. In dit opzicht komen statistieken van schoolverzuim er bij de schrijvers nog beter af: „While there may be a fair chance of obtaining valid observations in this regard among schoolchildren, it is, in the opinion of the Group, questionable to use absenteeism of wage earners as a general indicator of morbidity”. In een ander document van deze studiegroep geeft Davidson <sup>(88)</sup>, adviseur voor W.H.O., een samenvattend rapport over deze materie. Aan zijn beschouwing voegt hij een lijst toe van de door hem voorgestelde indicatoren voor „Vitality and Health”, 52 in totaal. Het stemt tot nadenken, dat het ziekteverzuim hiervan slechts één is, en nog wel geen bijzonder aanbevelenswaardige, al moet hierbij worden opgemerkt, dat de bezwaren van de schrijvers betrekking hebben op internationaal verschillende situaties en dat hun bedenkingen lang niet zo zwaar wegen voor de lokale verhoudingen in een land als het onze.

In enkele grote bedrijven in Nederland is men intussen toch overgegaan tot het gebruik van een „gezondheidsindex”, uitsluitend gebaseerd op het verzuimgegevens. Men verstaat dan onder dit begrip de enkelvoudige indicator van het percentage werknemers, dat in een bepaalde periode — bv. een jaar — in het geheel geen ziekteverzuim heeft gehad. Deze index moge zijn nut hebben voor sommige interne aspecten van het ziektever-

zuim, doch het is niet goed te zien, hoe men zich voorstelt hiermede de gezondheid te kunnen waarden. Als dan bovendien de teller van de breuk betrekking heeft, niet op het totale verzuim, maar slechts op een onvolledig omschreven groep van aandoeningen, bv. de neurosen, dan is het wel duidelijk, dat aan een partiële gezondheidsindex voor externe vergelijkingsdoeleinden in het geheel geen waarde kan worden gehecht. De relatie tussen verzuim en gezondheid, respectievelijk tussen verzuim en de negatieve component morbiditeit is van een te complex en onzeker karakter om hieraan een enkelvoudige indicator te kunnen ontleen.

Van meer waarde is de gezondheidsindex intussen als indicator voor de „absence proneness” van de werknemers in verschillende afdelingen, of — zoals hij bij Philips wordt gebruikt — voor vergelijking van de verzuimgeneigdheid in de aangesloten bedrijven. Voor dit doel moet evenwel de voorkeur worden gegeven aan de, eveneens bij Philips toegepaste notering van de individuele frequentiedistributie. Hieronder wordt verstaan de registratie van de aantallen werknemers met 0, 1, 2, 3 enz. verzuimen. Het verdient aanbeveling deze verdeling uitsluitend te betrekken op het vaste werknemersbestand, d.w.z. op diegenen, wier namen gedurende de gehele observatieperiode op de loonlijst voorkwamen (het zg. zuivere verzuim). In hoeverre de individuele frequentiedistributie van betekenis zal blijken te zijn voor een verdieping van het inzicht in het partiële verzuim ten gevolge van „neurosen”, is moeilijk te zeggen. Onderzoekingen hierover hebben, voorzover bekend, nog niet plaatsgevonden.

In het bovenstaande is wat uitvoeriger ingegaan op het gebruik van verzuim als indicator voor morbiditeit, omdat het gevaar allerminst denkbeeldig is, dat de cijfers in deze studie gegeven, vroeg of laat gebruikt zullen worden om verschuivingen in de geestelijke gezondheid, misschien zelfs van het gehele Nederlandse volk, te „bewijzen”.

## XII.1. DE RELATIE TUSSEN ZIEKTEVERZUIM EN MORBIDITEIT

In de volgende bladzijden zal met behulp van het schema van blz. 154 worden nagegaan, wat precies de plaats van het arbeidsverzuim is, in het geheel \*) van een omschreven neurosemorbiditeit.

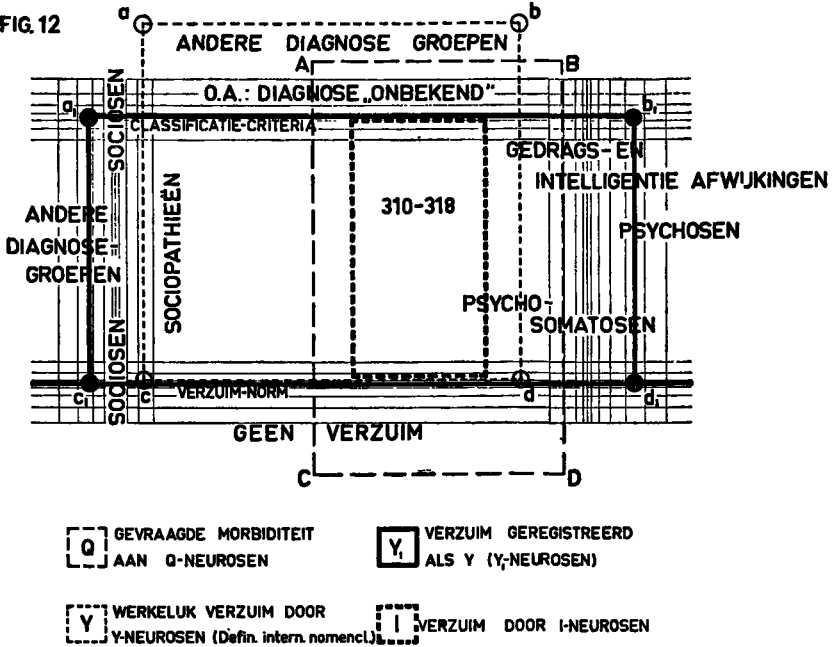
Alvorens men de lijders gaat tellen behoort in een concreet geval on dubbelzinnig te worden vastgelegd, wat men onder een „lijder” wenst te verstaan en wat onder „neurosen”.

Wat dit laatste betreft, moet het uitgangspunt zijn, dat de gekozen nosologische eenheid in de praktijk voldoende betrouwbaar diagnostisch is te differentiëren van nauw verwante ziektebeelden. De samenstelling van de neurosegroep moet zinvol zijn met betrekking tot het probleem, waarover men gegevens verlangt. Verder behoort de te gebruiken terminologie, zolang er geen betere, algemeen aanvaarde nomenclatuur bestaat, in overeenstemming te zijn met die van de standaardnomenclatuur, i.c. de Neder-

\*) Zie voetnoten op blz. 151.

SCHEMA VAN RELATIES TUSSEN MORBIDITEIT EN VERZUIM DOOR NEUROSEN

FIG. 12



landse Nomenclatuur ten behoeve van de Codering van Ziekten en Ongevallen, een in drie decimalen gespecificeerde bewerking van de Manual of International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death 1948. Dit is van belang voor latere vergelijkingen.

Het is hier de plaats om op een veel voorkomend misverstand te wijzen met betrekking tot de keuze van de neurosegroep. Herhaaldelijk hoort men bezwaren opperen tegen de „voorgeschreven” indeling van de Internationale Classificatie of tegen die van de Nederlandse Lijst van Ziektegroepen, die dan als „waardeloos” worden betiteld en terzijdegeschoven. Men beseft dan blijkbaar niet, dat — hoe men ook over deze classificatie moge denken — het hier gestandaardiseerde indelingen betreft, uitsluitend ontworpen om nationale of internationale vergelijking van gegroepeerde ziektecijfers mogelijk te maken. Het staat natuurlijk iedereen vrij een afwijkende groepering te kiezen, mits deze te codificeren is en zich, zo nodig, laat hergroeperen. Wil de omlijsting van een neurosebegrip relevant zijn voor een bepaalde vraagstelling, dan is het zelfs bijzonder onwaarschijnlijk, dat de betreffende groep, van bv. X-neurosen, toevallig precies gelijk zou zijn aan die van een of ander gestandaardiseerd classificatiesysteem.

In fig. 12 is voor een denkbeeldig onderzoek de gevraagde morbiditeit aan Q-neurosen, voorgesteld door de rechthoek ABCD. Een deel van deze rechthoek valt onder de lijn  $c_1d_1$ , die het gemiddelde verzuimcriterium

aangeeft, waarop de neurosegegevens van de verzuimstatistiek  $abcd$  in een bepaalde periode zijn gebaseerd. Boven deze lijn  $c_1d_1$  bevat  $ABCD$  dus de  $Q$ -neurotici met, en eronder die zonder verzuim.

Door middel van de arcering is aangegeven, dat het verzuimcriterium  $c_1d_1$  afhankelijk van lokale fluctuaties in de verzuimnormen en -mogelijkheden, aan verschuivingen onderhevig kan zijn.

De rechthoek  $abcd$  omvat het verzuim tengevolge van een bij definitie vastgelegde groep van neurotische aandoeningen, hier  $Y$ -neurosen genoemd, terwijl  $a_1b_1c_1d_1$  aangeeft wat in werkelijkheid als  $Y$  geregistreerd in de verzuimstatistiek is terechtgekomen. Deze laatste  $Y_1$ -gevallen omvatten dus de verzuimen, waarop de ratio's uit de statistiek zijn berekend.

Is de  $Y$ -groep als zodanig volkomen vastgelegd door de nummers van de internationale nomenclatuur, dit kan niet worden gezegd van de feitelijk geregistreerde  $Y_1$ -verzuimen. Zonder nader onderzoek blijft de inhoud van deze  $Y_1$  onbekend. In verschillende statistieken zal men dus ook bij een volkomen gelijke  $Y$ -morbiditeit verschillende uitkomsten krijgen, afhankelijk van lokale diagnostische opvattingen en subjectief uiteenlopende classificatiegewoonten. Zo kan men zijdelingse verschuivingen verwachten van  $a_1c_1$  en van  $b_1d_1$ , doordat ziekte toestanden, die krachtens de definitie van  $Y$  niet in deze groep thuishoren, ten onrechte in het  $Y$ -verzuim worden opgenomen, en anderzijds verschuivingen van  $a_1b_1$  als gevolg van een meer of minder ten onrechte buitensluiten van  $Y$ -ziekten.

Links en rechts vertoont  $a_1b_1c_1d_1$  dus een per bedrijf wisselend teveel aan  $Y$ -neurosen en aan de bovenzijde een dito te weinig.

Door aan de hand van de bedrijfsgeneeskundige gegevens in een aselechte steekproef een reeks van  $Y_1$ -gevallen opnieuw te diagnostiseren en te coderen, is het mogelijk de door de arts gemaakte classificatiefouten te achterhalen, d.w.z. te onderzoeken in hoeverre de feitelijke  $Y_1$ -gegevens verschuivingen vertonen ten aanzien van de bedoelde  $Y$ . Op deze wijze kan het aantal ten onrechte *geïncludeerde* gevallen in de steekproef worden bepaald. De bepaling van het aantal ten onrechte *geëxcludeerde* ziektebeelden betekent een zeer omvangrijk onderzoek. Voor een dergelijke controle zouden immers de verzuimgevallen van alle andere in aanmerking komende, met  $Y$  communicerende diagnosegroepen, wederom in aselechte steekproeven, moeten worden onderzocht op ten onrechte in deze groepen terechtgekomen  $Y$ -gevallen.

Bij het in hoofdstuk XI beschreven eigen onderzoek hebben wij ons beperkt tot de onjuistheden in te veel als  $Y$  geclassificeerde ziektebeelden (verschuivingen van de verticale begrenzingslijnen van  $a_1b_1c_1d_1$ ). De ervaring leert namelijk, dat bij een beperkte groep met „diagnose onbekend” een te weinig bij de „neurosen” een zeldzaamheid is. Speciaal voor korte verzuimen bestaat bij de medici immers de overigens begrijpelijke neiging om een klacht per exclusionem tot functioneel te bestempelen. Het omgekeer-

de komt veel minder voor, vooral nu in de geneeskunde meer en meer het accent wordt verlegd naar de sociale en psychische componenten van de ziektebelevens. Er is slechts één „diagnose”-groep, die in dit opzicht voor hercodering in aanmerking komt, met name de zoëven genoemde groep der onbekenden. Het lijkt geen twijfel of juist hier zullen vele kortdurende verzuimen ondergebracht zijn, die bij betere informatie, onder de tegenwoordige ruime opvatting van het neurosebegrip, als neurotisch geregistreerd zouden zijn. Dat niettemin een nader onderzoek naar de kwantitatieve betekenis van deze inclusies achterwege is gebleven, is een gevolg van de omstandigheid, dat een reconstructie van de gevallen met „diagnose onbekend”, inclusief de herrubricering ervan, een onuitvoerbare taak is, doordat zelfs de allernoodzakelijkste gegevens in de regel ontbreken.

Intussen moet, als gevolg van het onbekend blijven met de inhoud van deze groep, rekening worden gehouden met een vertekening van de uitkomsten van het eigen onderzoek in die zin, dat de cijfers voor I-neurosen door deze omstandigheid wellicht iets te laag zijn.

Volledigheidshalve laten wij in tabel 67 voor de drie in het onderzoek betrokken statistieken, de proportionele frequenties volgen van de diagnosegroep „neurosen” en van de niet geanalyseerde groep „diagnose onbekend”. Zoals te verwachten was zijn de cijfers voor laatstgenoemde rubriek bij Philips het laagst. Bij het N.I.P.G. zijn zij het hoogst, doordat bij een aantal der aangesloten bedrijven een beperkte medische controle bestaat. „Onbekend” staat hier dan voor „niet gecontroleerd”.

TABEL 67 *Proportionele frequenties van „Neurosen” en „Diagnose Onbekend”*

	Aantallen verzuimen door „neurosen”, in ‰ van alle verzuimgevallen		Aantallen verzuimen met diagn. „onbekend”, in ‰ van alle verzuimgevallen	
	m	vr	m	vr
N.I.P.G. 1953 fabrieksarbeiders . . . .	22 <sup>1)</sup>	42 <sup>1)</sup>	72	152
Philips 1953 weekloners Eindhoven	59 <sup>2)</sup>	64 <sup>2)</sup>	43 <sup>4)</sup>	61 <sup>4)</sup>
Hoogovens 1954 fabrieksarbeiders . . . .	43 <sup>3)</sup>		60 <sup>4) 5)</sup>	

<sup>1)</sup> Betreft N-neurosen; zie tabel 29.

<sup>2)</sup> Betreft P-neurosen; zie tabel 28.

<sup>3)</sup> Betreft H-neurosen; zie tabel 27.

<sup>4)</sup> Gegevens verstrekt door respectieve B.G.D.'s.

<sup>5)</sup> Over 1954 niet beschikbaar; de 60‰ hebben betrekking op het jaar 1951.

Doordat dus niet kan worden aangegeven welk percentage der „onbekenden”, onder de gegeven classificaties, aan de diagnosegroepen „neu-

rosen" werd onttrokken, is de waarde van de cijfers voor de laatstgenoemde ziekten mede afhankelijk van het percentage onbekenden. Dit feit maant tot voorzichtigheid bij de waardering van gegevens uit de literatuur. Als bijvoorbeeld Benjamin <sup>(10)</sup> opgeeft per 100 door hem geïnterviewden een maandelijks ziektepercentage t.g.v. neurosen van 1.85 (m) en 1.81 (vr) gevonden te hebben, dan zeggen deze cijfers bijzonder weinig, als men daarnaast leest, dat het percentage met „ill defined symptoms" (diagnose: onbekend) hiervan het zes- tot achtvoudige bedroeg.

Trouwens ook het percentage „onbekenden" kan een zeer verschillende betekenis hebben. Naarmate een ziekte langer duurt, wordt de kans dat een diagnose gesteld kan worden groter, m.a.w. neemt het percentage onbekenden af. Waar in sommige statistieken slechts langer durende ziekten worden vermeld, is dan ook een lager cijfer voor de onbekenden te verwachten. Een voorbeeld hiervan vindt men bij Gafafer <sup>(46)</sup>, die alléén verzuimen opgeeft, die acht of meer dagen hebben geduurd.

Vatten wij het voorgaande samen, dan blijkt het dus mogelijk te zijn — zij het na moeizame arbeid — het  $Y_1$ -verzuim globaal te reduceren tot het onder de definitie vallende Y-verzuim.

Een veel groter probleem doet zich voor bij de waardering van de gehanteerde verzuimnormen en van de betekenis voor het verzuimcriterium van de bestaande verzuimfaciliteiten, in het schema aangeduid met het gearceerde gebied langs de basis van  $a, b_1, c, d_1$ . Ligt deze grens laag, dan suggereert de verzuimstatistiek een grotere neurosemorbiditeit dan werkelijk bestaat, en omgekeerd. Hoe groot deze invloed is, is zelfs niet bij benadering te zeggen. Het is zeer de vraag of met betrekking tot de arbeidsgeschiktheid ooit een redelijke uniformiteit te verwachten is, vooral waar het hier om aandoeningen gaat, waarover de meningen der medici zo zeer uitéénlopen.

Concluderende kan men dus zeggen, dat de gegevens over verzuim door Y-neurosen eerst dan een bruikbare maat kunnen zijn voor de werkelijke morbiditeit \*) van Q-neurosen — uiteraard in dezelfde periode en bij dezelfde bevolkingsgroep — als:

1. de Y-groepering zich laat herleiden tot de Q-classificatie;
2. omrekening mogelijk is van verzuim op lijders;
3. de betrouwbaarheid van de classificatie onderzocht is;
4. de rubriek „diagnose onbekend" in verhouding klein is;
5. de verzuimdrempel niet bijzonder hoog of laag is.

Dit laatste punt — onzekere factor als het is — maant tot grote voorzichtigheid en terughoudendheid bij de interpretatie van neurosegegevens ontleend aan statistieken van verzuim.

\*) Zie voetnoten op blz. 151.



### XIII. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In de voorafgaande hoofdstukken zijn bij herhaling omstandigheden ter sprake gekomen, die ernstig afbreuk kunnen doen aan de vergelijkbaarheid van gegevens over ziekteverzuim. Waar tegenwoordig de belangstelling voor de omvang van de morbiditeit van allerlei ziekten sterk is toegenomen en vergelijkingen met het verleden in de overwegingen betrokken plegen te worden, dringt zich met klem de noodzakelijkheid op van nationale — en internationale — uniformiteit en standaardisatie.

Gezondheidszorg moet kunnen steunen op de solide basis van betrouwbaar cijfermateriaal: een verantwoord toekomstig beleid is slechts mogelijk als het duidelijk is, welke de betekenis is van huidige en vroegere gegevens.

Deze overwegingen gelden voor elke vorm van ziektestatistiek. De extra moeilijkheden, die zich voordoen bij vergelijking van gegevens over neurosen en aanverwante ziektebeelden vereisen een afzonderlijke bespreking.

#### XIII.1. AANBEVELINGEN VAN ALGEMENE AARD

##### XIII.1.1. *Registratie en uniformiteit van grondgegevens*

In onderling overleg met Personeelsafdelingen en Bedrijfsadministraties zullen bindende afspraken moeten worden gemaakt over de wijze waarop de verzuimmeldingen worden doorgegeven en geboekt. Ten einde de administratieve functionarissen niet nodeloos te belasten, zal men zich voorlopig tevreden moeten stellen met het brengen van eenheid in de registratie van de onontbeerlijke grondgegevens. Het streven naar een maximum aan informatie zou in het huidige stadium slechts leiden tot fouten en tot geprikkeldheid bij de medewerkende diensten.

In bedrijven, die beschikken over een eigen Bedrijfsgeneeskundige Dienst (B.G.D.), is deze dienst de aangewezen instantie voor het verzamelen van alle gegevens voor de ziektestatistiek en de daaruit te verkrijgen tabellarisch opgestelde samenhangen. Ziekte en alles wat daarmee in een bedrijf samenhangt is primair een medische — een sociaalgeneeskundige — aangelegenheid. Nog maar al te vaak blijkt de ziektestatistiek grotendeels of geheel in handen te zijn van de Sociale Afdeling, de Personeelsafdeling of de administratie van de Ziekenkas. Belangrijk is daarom, dat elk geval van afwezigheid wegens ziekte terstond en zonder uitzondering aan de Bedrijfsgeneeskundige Dienst wordt doorgegeven. De door de arts, ten behoeve van een statistiek van diagnoses verzamelde gevallen zullen naar aantal en duur moeten kloppen met de gegevens over ziekteverzuim,

waar de Personeelsafdeling over beschikt. Het mag niet gebeuren, dat de opgaven, zoals deze voor de ziekteverzuimstatistiek aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde worden verstrekt, niet overeenstemmen met die, van hetzelfde bedrijf afkomstige voor de Diagnosestatistiek. In het verleden bleek dit herhaaldelijk het geval te zijn.

Voorts moet worden voorkomen, dat sommige ééndagsverzuimen niet aan de bedrijfsarts worden doorgegeven, omdat men controle voor deze gevallen niet, of niet meer, nodig acht.

Ook ten aanzien van de meldingsplicht moet, wanneer de arbeidsvoorwaarden dit toelaten, gestreefd worden naar eenheid in de voorschriften. Op het naleven van deze voorschriften dient voortdurend te worden gelet.

Er zal uniformiteit moeten komen in de definities van termen en begrippen uit de ziekteverzuimstatistiek, de criteria voor het telobject zullen genormaliseerd moeten worden en de in publikaties te vermelden verhoudingsmaten en verdelingen landelijk vastgelegd. Aan de hoogst onbevredigende toestand, dat er met name ten aanzien van de eenvoudigste begrippen — zoals begin en einde van een verzuim — nog altijd geen eenstemmigheid van opvatting bestaat, moet een einde komen. Hoe wil men het aantal door ziekte verloren dagen in twee bedrijven vergelijken, als in de statistiek van het ene bedrijf een gedeeltelijke werkhervatting wél als verzuim wordt aangemerkt en in die van het andere niet?

Het is hier niet de plaats deze en andere aanbevelingen voor standaardisatie nader uit te werken, nu sinds medio 1956 een door de Gezondheidsraad ingestelde Normalisatie Commissie doende is een lijst van begripsomschrijvingen voor de statistiek van het ziekteverzuim samen te stellen. Wel moet erop worden gewezen, dat dit werk onvruchtbaar zal blijven, als niet alle geneeskundige diensten te zijner tijd op het gebruik van de nationaal gedefinieerde begrippen zullen overgaan. De nogal eens geopperde bedenking, dat bij een omschakeling op een nieuw systeem de interne vergelijkbaarheid met vroegere gegevens verloren dreigt te gaan, is in verhouding tot het voordeel van een nationale uniformiteit van ondergeschikte betekenis. Men kan trouwens aan dit bezwaar tegemoetkomen door de gegevens tijdelijk zowel op de oude als op de nieuwe wijze te bewerken.

#### XIII.1.1.1. Dubbeldiagnosen

Bij aanbevelingen voor een uniforme registratie mag de kwestie der dubbeldiagnosen niet onbesproken blijven.

In het hoofdstuk over de relaties tussen verzuim en morbiditeit werd erop gewezen, dat verzuimcijfers een geflatteerd beeld van de werkelijke geestelijke gezondheidstoestand moeten geven, doordat sommige neurotici in het bedrijf zich niet ziek melden. Van medische zijde wordt herhaaldelijk nog op een andere factor gewezen, die eveneens in belangrijke mate zou bijdragen tot een statistische onderwaardering van de reële neurosemorbiditeit, met name de door een psychische component *onmatig verlengde*

*ziekteduur* bij somatische aandoeningen. Sommige controle-artsen kennen in dergelijke gevallen een dubbeldiagnose toe, bv. appendicitis/neurasthenie. In feite worden de moeilijkheden hiermede afgeschoven op de coderende instantie en op de bewerker van de statistiek. Deze laatste ziet zich dan vaak voor onoplosbare problemen gesteld bij de berekening van de diverse verzuimgrootheden voor elk der ziekten afzonderlijk.

Weer anderen, niet tevreden met de kwalitatieve vermelding van de complexe verzuimoorzaak, plegen de verzuimdúur in deze gevallen, naar eigen inzicht in tweeën te splitsen, ten einde aldus ook kwantitatief het aandeel van de psychische component in de verloren dagen aan te geven (zie blz. 143).

Het behoeft wel geen betoog, dat met een dergelijke handelwijze afbreuk wordt gedaan aan de vergelijkbaarheid van het statistische materiaal. Ook hier bestaat behoefte aan een uniforme gedragslijn, met name aan duidelijke voorkeurregels. Het komt ons voor, dat men zich bij elk verzuim opnieuw heeft af te vragen, wat de directe aanleiding is geweest voor het staken van de arbeid. Overwegingen van somatisch of psychisch constitutionele aard moeten hierbij buiten het geding blijven, zelfs als deze constitutie op zichzelf pathologisch is. Als bijvoorbeeld een diabeticus, werkzaam in de industrie, een furunculose krijgt, en daardoor moet verzuimen, moet als verzuimoorzaak alleen de laatste ziekte worden opgegeven. In tegenstelling dus met de statistiek van doodsoorzaken, is voor de verzuimstatistiek de „underlying disease” van secundair belang. Dezelfde overweging geldt ten aanzien van verzuimbevorderende anomalieën van de persoonlijkheid. Men mag het betreuren, dat op deze wijze informatie verloren gaat, maar het lijkt de meest juiste oplossing. De grootheden van de verzuimstatistiek zijn gemiddelde waarden, die betrekking hebben op het gehele complex van individuen dat onder de statistiek valt, in al hun geestelijke en lichamelijke variaties. Het zou daarom van willekeur getuigen om bij bepaalde mensen naar eigen inzicht de werkelijke verzuimdúur te bekorten om er een bepaald duurverlengend diagnostisch deelkenmerk uit te lichten. Met evenveel recht zou een andere arts de vrijheid kunnen nemen om de ziekteduur van opmerkelijk sthenische figuren naar willekeur te verlengen, in geval van vroegtijdige werkhervatting.

Het verdient derhalve aanbeveling de volledige verzuimdúur op de aanvankelijke somatische aandoening te laten wegen.

Intussen is het probleem van het door psychische componenten buitensporig vertraagd herstel om meer dan één reden interessant. Men denke in dit verband aan vermeende wijzigingen in de mentaliteit, aan veranderingen in de ziektebeleving en aan fluctuaties in de geestelijke weerstand.

Collier<sup>(24)</sup>, controlerend arts van een circa 270.000 zielen omvattende ziekteverzekeringsmaatschappij in de Midlands komt tot een raming van 14—28% uitkeringsgevallen met „undue prolonged” verzuim. Hij baseert zijn schattingen op de uitkomsten bij een geselecteerde groep van voor

controle opgeroepen, waarvan de helft niet verschenen was en er de voorkeur aan had gegeven het werk te hervatten. De als gevolg hiervan ontstane selectie maakt de waarde van zijn ramingen wel zeer dubieus. Bovendien worden diverse relevante gegevens onvolledig en gecomprimeerd vermeld. Bij een naberekening kwam Ch. A. G. Nass, hoofd van de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, tot de conclusie dat de minimumschatting van Collier geen 14% maar 0,3% zou moeten zijn. Wij vermelden dit artikel dan ook slechts, omdat tot nu toe nòch in de Nederlandse, nòch in de buitenlandse literatuur betere gegevens te vinden zijn over de kwantitatieve betekenis van de psychische component voor de verzuimduur.

Dubbeldiagnosen, die betrekking hebben op een toevallig *gelijktijdig optreden* van twee (of meer) verschillende, tot verzuim aanleiding gevende ziekten, respectievelijk op een overlappend of aansluitend verzuim, kunnen bij de codering en classificatie eveneens aanleiding geven tot praktisch onoplosbare moeilijkheden. Voorbeelden hiervan zijn cholecystitis/fractura femoris en pneumonie/perianaal abces. Ook voor deze gevallen zullen duidelijk voorkeurregels moeten worden opgesteld.

### XIII.1.2. *Diagnostiek*

Het bereiken van uniformiteit in de diagnostiek is — ook als men de in differentieel diagnostisch opzicht problematische ziektebeelden buiten beschouwing laat — een conditie waaraan wel nooit voldaan zal kunnen worden. Merkwaardig genoeg zijn er niettemin rationalistische onderzoekers, die met grote hardnekkigheid een gestandaardiseerde diagnostische procedure blijven voorstaan, waarbij de bedoeling voorzit de diagnostiek te bevrijden van de subjectiviteit van de arts. Zo heeft de Italiaanse statisticus Corrado Gini <sup>(49)</sup> in de *Acta Genetica et Statistica* in 1952 een wiskundig model ontworpen voor een statistische diagnosevorming, geheel gebaseerd op in langdurige ervaring verzamelde symptoom- en ziektefrequenties. Het spreekt wel vanzelf, dat bij de enorme verscheidenheid van individuele reactiewijzen en bij de in tijd en plaats zo veranderlijke ziektebeelden, de intuïtief klinische, met dikwijls imponderabele nuances rekening houdende diagnostiek verre te verkiezen blijft boven de uitkomst van een rekensom met onvoldoend elastische en veranderlijke gegevens <sup>(55)</sup>.

Toch zou het, in het licht van de zich steeds meer ontwikkelende statistische denkwijze, onjuist zijn om aan dergelijke pogingen zonder meer voorbij te gaan. Nog in december 1955 breekt Paycha <sup>(82)</sup> in de *Presse Médicale* een lans voor een op kansrekening gebaseerde diagnostiek. Ook hij gelooft, dat zijn diagnosemachine een copernicaanse omwenteling voor de geneeskunde zal betekenen, een vergissing die wel haast een gevolg moet zijn van een zeer eenzijdige academische vorming. Enkele nummers later vraagt Masselot <sup>(70)</sup> zich in hetzelfde tijdschrift af — in een reactie

op dit artikel — waarom ook niet hier, zoals zo vaak, de waarheid in het midden zou liggen: „Entre le médecin qui ne se veut qu'artiste et arrive à se croire inspiré, et celui qui n'accorde sa confiance qu'à la déduction scientifique, n'y a-t-il pas place pour celui qui concilie les deux tendances. . . . en se gardant de tomber dans leurs excès?” Wij zijn inderdaad met Masselot van mening, dat de geneeskunde niet blind moet zijn voor de hulpmiddelen die de statistiek kan leveren in de vorm van symptoom- en ziektefrequenties. Maar deze hulp zal onvermijdelijk beperkt moeten blijven tot de differentieel diagnostiek van ernstige ziekten. Meer dan bij deze in de regel langduriger, en daardoor voor voortgezet onderzoek toegankelijke ziektebeelden, doen de moeilijkheden van een subjectieve interpretatie zich voor bij de diagnostiek van de zeer korte verzuimen. Het gewoonlijk symptomatisch karakter van de voorgebrachte klachten biedt hier evenwel weinig houvast voor statistische hulptechnieken bij de diagnosevorming. Veel, zo niet alles, hangt hier af van de conscientie van de geneeskundige, van diens ervaring en het gebruik dat hij weet te maken van anamnese en eventueel andere spaarzame diagnostische elementen. Van een „déduction scientifique” kan hier nooit sprake zijn.

In principe gaat het bij deze korte verzuimen om vier mogelijkheden: *a.* géén ziekte, *b.* een zuiver somatische aandoening, *c.* een psychische stoornis, of *d.* een combinatie van de laatste twee. Deze eerste grove classificatie blijkt in de praktijk al niet eenvoudig te zijn. Veel grotere moeilijkheden doen zich voor, als van de artsen een nadere precisering van *c.* (of *d.*) wordt verlangd. Als de nominatieve diagnoses op de invulformulieren van de Diagnosestatistiek van het N.I.P.G. een maatstaf zouden zijn voor de differentiaal diagnostische kennis op psychiatrisch gebied, dan zou men geneigd zijn te menen dat er bij vele artsen maar weinig veranderd is sinds 1936, toen de Duitse psychiater Kurt Schneider<sup>(90)</sup> schreef: „Man übertreibt nicht, wenn man sagt, dass der praktische Arzt fast alle psychopathischen Persönlichkeiten und abnormen Reaktionen, die ihm vorkommen, entweder als Neurasthenie oder als Hysterie bezeichnet, und zwar ist es dann meist so, dass die männlichen Fälle als Neurastheniker, die Weiblichen als Hysterische bezeichnet werden oder dass der Arzt die Fälle, die ihm menschlich unsympathisch sind, Hysteriker heisst und die Leute, die ihm sympathisch sind und die er eher als krank gelten lassen will, Neurastheniker.”

Laten wij de problemen waarvoor de nomenclatuur ons stelt bij deze vaag omschreven verstoringen van de gezondheid voor een ogenblik buiten beschouwing — een onderwerp dat nog ter sprake zal komen — dan doet zich in de eerste plaats de principiële vraag voor met welk minimum van diagnostische betrouwbaarheid voor statistische doeleinden genoeg moet worden genomen, m.a.w. of inclusie van oncontroleerbare symptomatische klachten in een omschreven diagnosegroep al dan niet gewenst is. Op dit punt bestaan tegenstrijdige opvattingen. Het zal daarom nodig zijn om

voor de korte verzuimen tot voor de statistiek bruikbare standaardafspraken te komen.

Hoe belangrijk het vraagstuk van de zeer korte verzuimen is voor de statistiek van diagnoses, blijkt wel uit het in de praktijk sterk uiteenlopend gebruik van de diagnose „onbekend”. Wanneer een bijzonder consciëntieuze controle-arts zich op het standpunt stelt, dat een verantwoorde diagnose op objectief waarneembare ziekteverschijnselen behoort te berusten, kan men daar waardering voor hebben. Maar het gevolg is, dat vele verzuimen het etiket „onbekend” krijgen. Hiermede doet de arts in kwestie niet alleen tekort aan de waarde van anamnestiche gegevens, maar hij tast tevens de basis van de ziektestatistiek aan, de vergelijkbaarheid. Het is immers wel zeker, dat deze onbekenden op onevenredige wijze aan de overige diagnosegroepen zijn onttrokken. In welke mate en welke verhouding dit heeft plaatsgevonden, is evenwel niet meer te zeggen. Natuurlijk is het niet altijd eenvoudig om na te gaan of de door de betrokken werknemer na herstel verstrekte informatie op waarheid berusten. De tijd is voorbij, dat men van de man, die vertelt diarrhoe gehad te hebben, kan eisen zijn bewering ten overstaan van de arts waar te maken. Maar toch moet het voor een medicus, die zijn mensen kent, mogelijk geacht worden om met enige goede wil een behoorlijke indruk te krijgen van de betrouwbaarheid en betekenis van de mededelingen van de patiënt. Voor de waarde van het diagnostisch patroon is een zo klein mogelijk aantal onbekenden vereist. Beter een aantal missers in het dubieuze gebied van het zeer korte verzuim dan een voor vergelijking praktisch waardeloze statistiek.

De term „onbekend” omvat intussen meer dan de gevallen waarin de diagnose door onvoldoende gegevens moeilijk is te stellen. Men vindt in deze rubriek ook de spaarzame gevallen terug van soms zelfs ernstige aandoeningen waar de medische wetenschap ondanks alle inspanning niet uit is gekomen. Maar ook in deze gevallen is een globale classificatie bijna altijd wel mogelijk.

In de derde plaats vallen onder de diagnose „onbekend” die verzuimen waarover hoegenaamd niets bekend is. Ook deze laatste groep kan — althans in bedrijven waar een Bedrijfsgeneeskundige Dienst bestaat — aanzienlijk gereduceerd worden door invoering van het systeem dat niemand na ziekte het werk hervat zonder eerst door de arts te zijn gezien. In sommige bedrijven is dit de normale gang van zaken, in vele andere niet. Wanneer dan niet op de eerste verzuimdag en niet in honderd procent der gevallen medisch wordt gecontroleerd, ontsnapt een aantal voornamelijk kortdurende verzuimen aan de observatie van de arts. „Onbekend” staat hier dan voor „niet gezien”. Zonder twijfel zou een belangrijk aantal van deze gevallen bij een verplicht bezoek vóór werkhervatting, alsnog te diagnostiseren zijn geweest. Bij alle twijfel aan de waarde van een zodanige diagnose post morbum, is het o.i. nog niet zo zeker, dat deze in betrouw-

baarheid zou achter staan bij die van een eerstedags controle.

Het hier aanbevolen systeem van controle bij herstel zal door de werknemers eerder als een bewijs van belangstelling worden gezien dan als een gebrek aan vertrouwen. Voor de arts kan het in een periode met veel ziekte (griep!) natuurlijk bezwaren meebrengen. Men bedenke evenwel, dat dit „zien” van de herstelde, voor de geroutineerde arts in het algemeen slechts een kwestie van seconden behoeft te betekenen.

Uiteraard geldt deze aanbeveling niet voor de controlerend geneeskundigen van de Bedrijfsverenigingen. Doordat de medische controle daar in de regel eerst tussen de 3de en 8ste dag plaatsvindt, zal de groep „niet gezien” hier altijd tamelijk omvangrijk blijven. In ieder geval zouden de Bedrijfsverenigingen dit soort „onbekenden” met een afzonderlijk code-nummer (bv. 9.99 van de Nationale Lijst) moeten aanduiden, een systeem dat inmiddels bij het G.A.K. in overweging is genomen.

### XIII.1.3. *Nomenclatuur*

Gemis aan uniformiteit doet zich hier in hoofdzaak op drieërlei gebied voor:

1. In die specialismen, waarin de diagnostiek gebaseerd is op een descriptieve fenomenologische nomenclatuur. Het schoolvoorbeeld hiervan levert de dermatologie.
2. Bij onbeduidende afwijkingen van de gezondheidstoestand. Een met name genoemde diagnose is in deze gevallen meestal onjuist, te topzwaar. Volstaat men evenwel met het vermelden van een enkel op de voorgrond tredend symptoom, dan blijft ongewenste ruimte over voor speculatieve interpretaties bij de later volgende classificatie. Misschien ligt hier wel het grootste probleem van een onbevredigende nomenclatuur.
3. Bij de differentiatie in kwalitatieve en kwantitatieve zin van psychogene componenten. Het blijkt niet mogelijk dit diagnostische kenmerk op een voor de statistiek geschikte wijze te „benoemen”. Wij komen hierop uitvoeriger terug bij de bijzondere aanbevelingen voor de neurosestatistiek.

Wat het eerste punt betreft, moet het geven van aanbevelingen voor normalisatie worden overgelaten aan de betreffende specialisten.

De hoofdoorzaak van de moeilijkheden die zich voordoen bij de nomenclatuur van de vluchtige symptomatische ongesteldheden, moet gezocht worden in het feit, dat deze gebaseerd zijn op de *Manual of International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*. De „oplossingen” die dit internationale werk aangeeft voor de nomenclatuur en classificatie van solitaire symptomen zijn, zacht uitgedrukt, uitermate onbevredigend.

In de hiernavolgende paragraaf is, onder het hoofd „classificatie”, een aantal voorbeelden bijeengebracht om de hier gegeven kritiek te motiveren.

#### XIII.1.4. *Classificatie*

In het artikel „Industrial neurosis” merkt Ling <sup>(65)</sup> op: „It is admittedly difficult to classify psychiatric cases with the clear cut insularity existing in other specialties.”

Voor een deel komt de door hem genoemde moeilijkheid voort uit de doorenmengeling van steeds weer dezelfde reactievormen en psychische syndromen, die zich — zij het verschillend gegroepeerd en genuanceerd — bij de meest uiteenlopende geestelijke stoornissen plegen voor te doen.

Maar is dit bij de zg. somatische ziekten eigenlijk wel anders? Evenals de psyche heeft ook het soma maar een betrekkelijk beperkt aantal „signs” en „symptoms” tot zijn beschikking om het ziek-zijn te manifesteren. Slechts door de herkenning van bepaalde regels en wetmatigheden in de talloze variaties en combinaties is de clinicus in staat tussen de ziektebeelden te differentiëren.

Een belangrijker punt van verschil schijnt dan ook in de begrenzing van het ziektebegrip gelegen te zijn. Bij de zg. lichamelijke aandoeningen wordt in de regel pas tot „ziekte” besloten, als er objectief te constateren „signs” worden aangetroffen. Daarentegen wordt een psychische anomalie veelal reeds als „ziekte” geëtiketteerd, als de arts (nog) geen andere gegevens tot zijn beschikking heeft dan subjectieve, al of niet tot syndromen bijeengevoegde „symptoms”. Soms zelfs nog eerder? (blz. 192).

De classificatie zou in de psychiatrie heel wat minder moeilijkheden opleveren, als niet de neiging bestond heel het wijde gebied tussen gezond en onmiskenbaar ziek als ziekelijk te annexeren.

Trimbos <sup>(99)</sup> spreekt van het „onoverzienbaar grote en gedifferentieerde domein der menselijke tekorten, stoornissen en mislukkingen, die de overgang vormen tot het pathologische domein, waar de uitgesproken geesteszieke mens thuis hoort”. Aldus geformuleerd zou het eerste domein dus niet-pathologisch zijn. In paragraaf XIII.3.1. zullen wij evenwel zien, dat van een zodanige beperking in de voor de Ziektewet geldende definitie al lang geen sprake meer is en dat het neurosebegrip de laatste decennien een belangrijke inflatie heeft ondergaan.

Deze begripsverwijding, die in feite neerkomt op de inclusie van symptomen (syndromen) in de nomenclatuur, heeft de classificatiedeskundigen voor grote moeilijkheden geplaatst, waarvoor men in vele gevallen geen goede oplossingen heeft kunnen vinden. In zijn huidige vorm voldoet de Manual zelfs niet aan de meest elementaire eisen voor een codering van symptomatische verzuimoorzaken. Men krijgt de indruk, dat aan de samenstellers zeer uitéénlopende classificatieprincipes voor ogen hebben gestaan, en dat elk hiervan wat wils gekregen heeft. Hier volgt een aantal voorbeelden:



### 1. *Onevenwichtige waardering*

In de titel van hoofdstuk XVI van de Manual wordt o.m. vermeld „symptomen”. Afgaande op deze titel, zou men in dit hoofdstuk dus een symptoomcode verwachten. Er blijken evenwel slechts enkele opgenomen te zijn. „Kiespijn” b.v. is er niet in te vinden. Dit symptoom heeft onder 534, elders in de Manual, de plaats van een volwaardige diagnose gekregen.

Andere, eveneens subjectieve symptomen, genieten, blijkens de toegekende code, niet eenzelfde waardering; zo is „keelpijn” als decimaalcijfer in de onderverdeling van een circumscripste diagnose terechtgekomen (472.0).

### 2. *Meerdere nummers voor één symptoom*

Het komt voor, dat één en hetzelfde symptoom op verschillende wijzen gecodeerd kan worden, bv. ingewandspijn. Als „enteralgie” moet het nummer 578 toegekend worden, terwijl men voor de letterlijke Engelse vertaling ervan „intestinal pain” de code 785.5 aangegeven vindt.

### 3. *Differentiatie naar het aetiologische gezichtspunt*

De opvatting, dat de „underlying cause” doorslaggevend behoort te zijn voor de classificatie, is — althans voor een statistiek van doodsoorzaken — reëel en dit principe vindt men ook telkens terug. Voorbeelden van een spreiding over verschillende groepen van diagnoses levert de Manual te kust en te keur. Zo is bv. „gangreen” bij minstens 45 nummers terug te vinden en „cataract” bij minstens 5. Niet consequent lijkt het daarom, dat dit voor „hoofdpijn” bv. — aan welk symptoom toch ook een zeer uiteenlopende diagnostische betekenis moet worden toegekend — niet het geval is.

### 4. *Differentiatie naar de ernst*

Een enkele maal zijn graduele verschillen blijkbaar richtinggevend geweest voor het toekennen van een codenummer, bv. „braken n.n.o.” (784.1) en „hardnekkig braken” (544.2).

### 5. *Differentiatie naar noodzaak voor therapie*

Zeer willekeurig is in sommige gevallen de classificatie van een symptoom afhankelijk gesteld van het al of niet bestaan van een noodzaak tot behandeling. Een symptoom als „haaratrophie”, dat zelden of nooit behandeling behoeft, is als „ziekte” opgenomen in 713, maar het „functionele hartgeruis” werd geplaatst onder het verzamelnummer 793, „observatie, zonder noodzaak van verdere medische behandeling.”

### 6. *Differentiatie volgens subjectieve en objectieve gezichtspunten*

Afhankelijk van het gezichtspunt, krijgt één en hetzelfde symptoom soms twee codecijfers, waarvan één voor de bevinding en één voor de klacht. Een voorbeeld hiervan is „hyperaciditeit van de maag”, dat zowel onder 784.2 (subj.) als onder 544.0 (object.) gecodeerd kan worden en hierdoor in twee verschillende hoofdgroepen terecht kan komen.

### 7. *Waardering symptoom en ziekte*

Een enkele maal is in de Manual het „symptoom” — afgaande op de titelomschrijving van het codenummer — hoger gewaardeerd dan de „ziekte”, bv. „cholelithiasis” als titel en in deze groep (?) o.a. „cholecystitis met stenen” (584).

Ofschoon galstenen herhaaldelijk als toevallige obduktievondst worden aangetroffen en zeker niet altijd reden zijn voor therapeutisch ingrijpen — vgl. 5 — is dit symptoom hier, getuige de titel van het nummer, belangrijker geacht dan de cholecystitis.

## 8. *Verwarrende nomenclatuur*

Het symptoom „erythema” valt onder 788.2. De niet nader omschreven ziekte „erythema” (?) onder 705.5.

Met „exanthema” is de kwestie nog gecompliceerder. Als symptoom valt het eveneens onder de huidrupties (788.2), maar in het alfabetische register van de Manual wordt slechts naar 138.1 „andere acute infectieziekten” verwezen.

## 9. *Heterogene verzamelgroepen*

Zonder dat duidelijk is welke normen bij de keuze hebben gegolden, is somtijds een groot aantal symptomen van de meest uiteenlopende aard bij dezelfde nummers ondergebracht. Een treffend voorbeeld hiervan is 759.3, waarin „albinisme” en „persisterende thymus” naast elkaar voorkomen. Nog sterker geldt deze heterogeniteit voor de vergaarbak 788.9 „elders niet onder te brengen algemene symptomen”.

## 10. *Onvolledige en onduidelijke exclusies*

Een voorbeeld van het eerste geeft 784.5 „haematemesis”. Het kan nauwelijks in de bedoeling liggen een naar oorzaak bekende haematemesis — bv. gebarsten varix oesophagei, maligne neoplasma —, volgens een ander principe te classificeren dan een haematemesis bij een ulcus. Door de onvolledige exclusie vraagt men zich af of alleen een haematemesis bij een gezonde tractus digestivus — bv. na neusbloeding ingeslikt bloed — als 784.5 moet worden gecodeerd, dan wel of dit nummer bedoeld is voor die gevallen, waarbij niets over de oorzaak bekend is. In het laatste geval — het meest voor de hand liggende — kan de verwarring stichtende exclusie beter geheel vervallen, mits aan haematemesis „n.o.s.” worde toegevoegd.

Een typisch onduidelijke exclusie treft men bv. aan bij 708. Volgens de hier gegeven exclusie moet het symptoom „pruritus bij huidneurose” als 317.3 gecodeerd worden. Onder dit nummer staat echter aangegeven, dat pruritus hier niet onder valt!

## 11. *Symptomen in beperkte ondergroepen*

Het komt voor, dat symptomen in een beperkte ondergroep zijn ondergebracht, terwijl ze met evenveel recht in andere nummers geplaatst hadden kunnen worden. Zo moet bv. „hypertensie n.o.s.” als 444 gecodeerd worden, waarbij geheel willekeurig wordt verondersteld, dat deze niet nader gespecificeerde hypertensie steeds een essentiële, goedaardige zou zijn.

## 12. *Geen codenummer beschikbaar*

Tenslotte is voor verschillende symptomen in de Manual in het geheel geen codenummer te vinden. Het gaat hier om vage topografische „diagnosen”, waarvan een nadere specificatie ontbreekt.

Men heeft hier dan de keuze tussen twee mogelijkheden, met name

1. de dikwijls gebruikte restgroepen, „andere ziekten van...”,
- of 2. „niet op andere wijze te classificeren algemene symptomen”.

In sommige gevallen is evenwel noch het een, noch het ander juist. Zo kan bv. de symptomatische diagnose „longinfiltraat” noch onder 004, noch onder 527 geplaatst worden, als over een eventuele tuberculeuze genese geen uitsluit is te geven.

783, een derde mogelijkheid, omvat „andere” respiratoire symptomen, een veel te ruime groep — die o.a. neusbloeding bevat — om het duidelijk omschreven verschijnsel „longinfiltraat” bevredigend te coderen. Tenslotte verdient ook de nietszeggende verzamelgroep 788.9 „andere omschreven symp-

tomen, niet elders te coderen" — waarin bv. ook de extrarenale uraemie moet worden opgenomen — geen aanbeveling.

De hier gegeven voorbeelden zijn ontleend, ten dele aan de Manual zelf, ten dele aan de Nederlandse bewerking ervan, welke laatste door middel van decimaalcijfers een verdere specificatie mogelijk maakt. Het moet voor een ieder, die zich in de classificatiesystematiek verdiept, wel duidelijk zijn, dat bij de bestaande onvolledigheid en vooral de onevenwichtigheid van de gevolgde indelingsprincipes, noch de Manual zelf, noch de Nederlandse Nomenclatuur, een bruikbaar systeem biedt voor de codificatie van vage, symptomatische oorzaken van ziekteverzuim. Hierdoor is het, in het bijzonder voor kortdurende verzuimen, onmogelijk een bevredigende classificatie te verkrijgen. Deze omstandigheid is voor de statistiek van des te meer betekenis, nu juist de frequentie van het korte verzuim sinds de tweede wereldoorlog sterk is toegenomen.

In 1954 duurden bij de ruim 56.000 mannelijke werknemers, die de Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde omvatte, 28% van alle gezamenlijke verzuimen korter dan 4 dagen. Waar de bij deze gevallen behorende diagnoses gecodeerd zijn volgens een nomenclatuur- en classificatiesysteem, dat in zo ernstige mate tekortschiet als hiervóór werd geschetst, moet deze procedure belangrijke consequenties hebben gehad voor de vergelijkende waarde van het diagnostisch frequentiepatroon van de betrokken bedrijven en instellingen.

Het is niet eenvoudig in deze kwestie een bevredigende aanbeveling te geven. Men zou de moeilijkheden natuurlijk kunnen omzeilen door in een statistiek van diagnoses alle kortdurende verzuimen ongeëtiketteerd samen te voegen in één grote groep van dubieuze diagnoses. Tegen de formering van zulk een groep van „Overige Ziekten" bestaan natuurlijk dezelfde bedenkingen als hiervoor zijn genoemd met betrekking tot de classificatie „onbekend". In feite zou dit een stap terug betekenen naar de uitkeringsstatistiek — G.A.K., Gafafer <sup>(45)</sup> enz. —. Op deze vorm van morbiditeitsstatistiek wordt terecht aangemerkt, dat zij ons alle informatie onthoudt met betrekking tot de aard van de klachten en stoornissen bij kortdurend, niet voor uitkering in aanmerking komend verzuim. En het zijn juist deze korte onderbrekingen van het werk, die een inzicht kunnen geven in de lichamelijke en geestelijke reacties van de werknemer op sociopathogene invloeden.

Een ander middel tot verbetering van de bestaande toestand zou men kunnen zoeken in een herziening van de Internationale Classificatie, met het speciale oogmerk de lijst van symptomen te completeren en een nieuwe indeling te geven, die zinvoller en systematischer is dan de huidige. Het tot stand brengen hiervan zou evenwel een enorme arbeid vergen van de specialisten op dit terrein, waarbij het nog een open vraag blijft of men tenslotte tot internationale overeenstemming zou kunnen komen. De on-

vermijdelijk ver doorgevoerde differentiatie en decimale specificatie zouden leiden tot een uiterst omvangrijk werk, waarvan de praktische bruikbaarheid in twijfel moet worden getrokken.

De hoofdoorzaak van de genoemde moeilijkheden is te zoeken in het volgende: door de oorspronkelijke classificatie van doodsoorzaken te willen koppelen aan die van ziekten, heeft men het paard van Troje binnengehaald. Voorts heeft men door middel van één universele panaceutische lijst tegelijkertijd in alle denkbare behoeften willen voorzien, zonder rekening te houden met het voor elke soort gezondheidsstatistiek weer andere doel. Het is dan ook geen wonder, dat een dergelijk compromis voor één bepaald, beperkt doel tekort moet schieten. Hoezeer de eisen uiteenlopen voor verschillende morbiditeitstatistieken, blijkt onmiddellijk als men bv. vergelijkt, wat de dermatoloog van een symptoomcode verwacht, en wat zijn collega controle-arts nodig heeft. In het eerste geval moet het systeem de mogelijkheid bieden een waargenomen efflorescentie in al zijn kenmerken gespecificeerd vast te leggen, d.w.z. naar soort, localisatie, uitbreiding, begrenzing, naar rangschikking, opbouw van elementen, kleurnuances en histologische kenmerken. Voor de statistiek van verzuimoorzaken is dit alles van nul en generlei waarde. Afgaande op het speciale doel van deze statistiek zou men hier kunnen volstaan — en dit lijkt de beste oplossing — met de samenstelling van een eenvoudige, op praktijkervaring geënte lijst van symptomatische diagnoses, een lijst die zich leent voor een grove, medisch zinvolle rubricering.

Intussen zal ook deze taak niet eenvoudig zijn. Het ontwerpen van een „medisch zinvolle rubricering” zal bij de vele solitair optredende symptomen misschien zelfs onoplosbaar blijken. Daarnaast zijn grote moeilijkheden te verwachten bij de aanpassing aan de Internationale Classificatie, omdat het slot, waarop de „sleutel” zou moeten passen, herhaaldelijk zal blijken defect te zijn. Mocht desalniettemin een zodanige lijst te zijner tijd tot stand komen, dan verdient het aanbeveling om de verzuimoorzaken — afhankelijk van de betrouwbaarheid en beschikbare diagnostische gegevens — afzonderlijk te rubriceren in

1. een statistiek van vage symptomatische „diagnosen”;
2. een statistiek van duidelijke ziektebeelden.

Door de gegevens van deze beide statistieken te combineren, zal vergelijking met vroegere gegevens mogelijk blijven en tevens met de cijfers van die Geneeskundige Diensten, die zelf niet in staat zijn hun diagnostisch materiaal op de aanbevolen wijze afzonderlijk te bewerken.

Een soortgelijke poging, met name een splitsing naar de mate van betrouwbaarheid, werd eerder ondernomen door een werkgroep van de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistieken, toen deze zich voor de taak gesteld zag met de hulp van enkele deskundigen, een Nationale Lijst van Ziektegroepen te ontwerpen. Men heeft toen de oplossing gezocht in een speciaal cijfer om het dubieuze karakter van een diagnose aan te kun-

nen geven. Op blz. 6 van de Nationale Lijst, die als overdruk uit „Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid” in 1955 is verschenen, kan men hierover het volgende lezen:

„Twijfel aan de diagnose wordt uitgedrukt door in de betreffende subgroep de 0 in eerste positie te vervangen door een 9, bv. „maagklachten, ulcus?” 540, onder te brengen in 9.53. Indien in publicaties gebruik wordt gemaakt van de 2-cijferige groepen, moeten de 9's in de subgroepen zijn ondergebracht en niet verzameld in 0.99”.

Zolang intussen geen afzonderlijke lijst beschikbaar is voor vage en onvolledige diagnoses, zal men zich tevreden moeten stellen met het opnemen van het onbetrouwbaarheidskenmerk in de betreffende subgroep en een overbelasting van 099 „In andere groepen niet onder te brengen” — als gevolg van ontoereikende classificatie van symptomen — voor lief moeten nemen.

### XIII.1.5. *Codering*

Het invullen van de diagnose in „code”, op ziekenbriefjes en controlekaarten, is een gebruik, dat zijn oorsprong vindt in een begrijpelijke poging tot handhaving van het medische beroepsgeheim. Terloops moge opgemerkt worden, dat deze geheimhouding een illusie is gebleken, in de eerste plaats, doordat het slechts een klein aantal groepscode's betreft — waarvan de betekenis in de regel voor meer ervaren administratief personeel even duidelijk pleegt te zijn als de letters van het alfabet — en in de tweede plaats doordat zij, die dit alfabet nog niet mochten kennen, de nummers veelal kunnen opzoeken in de Nationale Lijst, die in de vorm van het bekende „G.A.K.-boekje” op de meeste bedrijfsadministraties voorhanden is. \*) Maar hoe dit in de praktijk moge zijn, men zal in medische kringen aan de illusie van geheimhouding willen vasthouden. Dit betekent, dat de diagnoses van de controle-artsen van de Bedrijfsverenigingen niet nominatief kunnen worden opgegeven — met alle gevolgen van dien — tenzij men besluit tot een dubbele administratie en het duplicaat anoniem en voorzien van een verbatimdiagnose opzendt naar een centrale coderingsinstantie. Dit laatste raakt het kernpunt van een goede statistiek. Men kan immers moeilijk van de controle-artsen verwachten, dat zij elke diagnose in drie of meer cijfers gedetailleerd in de Internationale of Nederlandse Nomenclatuurlijst gaan opzoeken. Dit zou — nog afgezien van de onvermijdelijke fouten — het bezwaar meebrengen van een aanzienlijk tijdverlies. Maar — en dit bedoelden wij met „alle gevolgen van dien” — ook de keuze van de juiste groep leidt, naar de ervaring heeft geleerd, gemakkelijk tot het maken van fouten. De bron van het kwaad moet ten dele wellicht gezocht worden in het gemis aan belangstelling voor statistiek, maar o.i. eerder in

\*) Hierbij dient aangetekend te worden, dat het G.A.K. het diagnose-boekje nooit in handen van niet-medici geeft.

een tekort aan tijd voor nauwkeurige codering. Uit deze laatste omstandigheid spruit een begrijpelijke voorkeur voor „handige” kleine lijstjes voort, die dikwijls aanzienlijke bekortingen van de Nationale Lijst zijn. Zelfs de allernoodzakelijkste in- en exclusies zijn in deze zakcompendia niet opgenomen of uitermate summier weergegeven.

Door de toevallige omstandigheid, dat een bedrijfsarts op zijn ziektekaarten zowel de verbatimdiagnose in placht te vullen als het door hem gekozen groepscoodenummer, waren wij in staat ons een denkbeeld te vormen van de fouten die bij de perifere groepering gemaakt worden: circa 40% van de diagnoses bleek van een onjuist groepsnummer voorzien te zijn. Ook als men er van uitgaat, dat deze ervaring bij toeval een extreem ongunstige is, moet er rekening mee worden gehouden, dat de keuze van het codecijfer herhaaldelijk onjuist zal zijn.

Wij kunnen dan ook slechts één aanbeveling doen, met name nominatieve, behoorlijk omschreven diagnoses, gecombineerd met centrale codering, en dan uiteraard gedetailleerd. Het komt ons voor, dat een dergelijke procedure ook voor de controle-artsen van de Bedrijfsverenigingen op technisch eenvoudige wijze te verwezenlijken moet zijn, ook als daarbij rekening wordt gehouden met de beperkte tijd van de controle-arts en met zijn plicht tot geheimhouding.

#### XIII.1.6. *Presentatie*

Nu de Vereniging voor Bedrijfsgeneeskunde in 1954 is overgegaan tot het doen van aanbevelingen (T.v.S.G., Jrg. 32 nr. 10, 21 mei 1954) voor standaardisatie van de Jaarverslagen en het er naar uitziet, dat de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdiensten in overleg met de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde dit voorbeeld zullen volgen, lijkt het overbodig erop te wijzen, dat ook de gegevens over ziekteverzuim — al of niet naar diagnoses gespecificeerd — in een goed vergelijkbare vorm behoren te worden gepresenteerd. Toch moet hierover nog iets worden gezegd, omdat gebleken is, dat de in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde van 21 mei 1954 gegeven aanbevelingen niet geheel duidelijk zijn en ook niet volkomen stroken met de minimumeisen die aan een zinvolle medische statistiek gesteld mogen worden.

In zijn eenvoudigste vorm moet een jaarverslag o.i. de volgende, naar leeftijd en geslacht gespecificeerde grootheden vermelden:

1. De verzuimfrequentie \*)
2. Het gemiddelde verzuim (per werknemer) \*)
3. De gemiddelde verzuimduur \*)

Betrekt men vervolgens de diagnoses in de te publiceren gegevens, dan behoort als minimum de indeling in hoofdgroepen van de Nationale Lijst

\*) Zie voor definities: Annex V.

gevolgd te worden, waarbij de gemiddelden hiervóór voor het totale verzuim gegeven, van het adjectief „partieel” moeten worden voorzien.

- Bv. 3. De gemiddelde partiële verzuimduur  
Hoofdgroep VIII (ziekten van de ademhalingswegen) 10.4 dagen  
Hoofdgroep IX (ziekten van de spijsvertering) 13.9 dagen

Het kan onder omstandigheden zijn nut hebben de eerste twee hiervoor genoemde verzuimgrootheden onafhankelijk te maken van eventueel per afdeling of per bedrijf variërende verzuimfaciliteiten en verzuimnormen. In dit geval kan men gebruik maken van de verhoudingen, die er bestaan tussen het partiële verzuim voor bepaalde diagnosegroepen en het totale verzuim van dezelfde werknemersgroep. Men spreekt dan van

4. De proportionele verzuimfrequentie \*)

en van

5. De proportionele verzuimduur \*)

(eigenlijk: Het proportionele gemiddelde verzuim)

Wil men, bij de presentatie van de beschikbare ziekteverzuimgegevens nog een stap verder gaan \*\*), dan komt, naast de drie hiervoor genoemde elementaire gemiddelden (1, 2 en 3), een tweetal verdelingen in aanmerking:

a. De verdeling van de individuele verzuimfrequenties.

Deze verdeling geeft het aantal werknemers met 0, met 1, 2, 3 enz. verzuimen in een bepaald tijdvak. De gezondheidsindex, waaronder verstaan wordt het percentage 0-verzuimers t.o.v. alle werknemers waarop dit gegeven betrekking heeft, volgt onmiddellijk uit deze verdeling.

b. De verdeling van de verzuimduren.

Deze tweede verdeling omvat het aantal verzuimen, dat in een bepaald tijdvak respectievelijk 1, 2, 3 enz. dagen heeft geduurd. Met deze verdeling, ook wel het verzuimduurpatroon genoemd, is het mogelijk een indruk te krijgen van de invloed van niet-medische factoren, als controlegewoonten, ziekengeldregelingen e.d. op het verzuimgedrag van de werknemers in een bedrijf.

Men kan de statistiek van hier gegeven gemiddelden en verdelingen natuurlijk verder uitbouwen — dit betekent weer een volgende stap — door ze te detailleren voor diverse deelpopulaties, bv. voor gehuwden en ongehuwden, voor bepaalde duren van dienstverband, voor verschillende afdelingen, beroepen, enz. Het aantal tabellen zal hierdoor aanzienlijk toenemen en het is zeer de vraag of — met uitzondering van geslacht,

\*) Zie voor definities: Annex V.

\*\*) Het ligt in de bedoeling dat de meergenoemde Normalisatie Commissie te zijner tijd ook richtlijnen zal opstellen voor de bewerking en presentatie, voor verschillende ontwikkelingsstadia van de ziekteverzuimstatistiek.

leeftijd en eventueel burgerlijke staat — het aanbeveling verdient zódanig gespecificeerde statistieken voor algemene doeleinden te propageren.

Eén aspect moet nog worden genoemd, met name de reeds terloops genoemde afsplitsing van het zg. zuivere verzuim (blz. 64 en 153). Ook hier zullen wij ons onthouden van een algemene aanbeveling, gezien de administratieve consequenties, die een afzonderlijke bewerking van de twee groepen werknemers mede zou brengen. \*) Maar wèl is het noodzakelijk in elke publicatie de gemaakte keuze tegelijk met een aantal andere omstandigheden aan te geven, waarvan de kennis onontbeerlijk is voor het verstaan en gebruik van de gepubliceerde grootheden.

Hieronder vallen dus:

1. Aanwijzingen of de gepresenteerde gegevens zuiver betrekking hebben op die werknemers, die gedurende het gehele observatietijdvak op de loonlijst voorkwamen (zuiver verzuim) dan wel op het gehele personeel, dat in dat tijdvak gedurende enige tijd in het betrokken bedrijf heeft gewerkt (totaal verzuim). Is de keuze op het totale personeel gevallen, dan mag een cijfer over het verloop in de betreffende observatieperiode niet ontbreken.
2. Aangegeven moet worden of de gegevens betrekking hebben op de in het observatietijdperk beëindigde, dan wel op de begonnen verzuimen. Hierover werd reeds eerder opgemerkt, dat de zg. „inception rates” uit bedrijfsgeneeskundig oogpunt de voorkeur verdienen.
3. In de derde plaats behoort een kort overzicht te worden gegeven van controlesysteem en -gewoonten, van ziekengeldregelingen en zo nodig van andere, voor een goed begrip relevante factoren van administratieve of organisatorische aard, factoren, waarvan aangenomen mag worden, dat zij van invloed kunnen zijn geweest op de verzuimgedragingen. Hieronder vallen bv. gegevens over meldingsvoorschriften, over eventuele behandeling van kleine ongesteldheden ter plaatse en in sommige gevallen over de bijzondere aard der werkzaamheden (bv. bij het mijnwezen: ondergronds personeel).
4. Een overzicht van de keuringsresultaten gedurende een reeks van jaren, voorafgaande aan de periode waarop de gepubliceerde gegevens betrekking hebben.
5. Verder mogen sterkte-opgaven van het personeel niet ontbreken, uiteraard gesplitst naar dezelfde kenmerken die bij de specificatie van de verzuimcijfers zijn gebruikt.
6. Tenslotte moet nauwkeurig worden vermeld waar en op welke wijze van criteria gebruik is gemaakt, die afwijken van de (bij het schrijven

\*) Een uitzondering moet worden gemaakt voor de verdeling van de individuele verzuimfrequenties, die onder alle omstandigheden op de „zuivere” (Eng. „restricted”) werknemerspopulatie moet worden betrokken.



van deze regels nog niet gepubliceerde) nationale standaarddefinities voor begrippen en teleenheden uit de ziekteverzuimstatistiek.

### XIII.2. AANBEVELINGEN VOOR DE DIAGNOSESTATISTIEK DER BEDRIJFS- VERENIGINGEN

#### XIII.2.1. *Voorgeschiedenis* (34, 39, 46)

Op 13 september 1929 — een half jaar vóór het in werking treden van de Ziektewet — werd door een 8-tal centrale organisaties van werkgevers en werknemers de Federatie van Bedrijfsverenigingen voor Ziekengeldverzekering opgericht, waarvan de statuten bij K.B. van 14 november 1929 No. 40 werden goedgekeurd.

Met de oprichting van de Federatie — zo lezen wij in het herdenkingsboek „Tien jaar Ziektewet” (39) — rees voor het bestuur de vraag of het voor de aan de uitvoering van zijn taak verbonden administratie een eigen apparaat in het leven zou roepen, dan wel het voeren van die administratie zou overdragen aan een bestaand administratiekantoor.

Om meer dan een reden werd de laatste weg gekozen en werd het voeren van de administratie tot nader order opgedragen aan de Coöperatieve Vereniging „Centraal Beheer” G.A. te Amsterdam.

Het is hier niet de plaats om in te gaan op de samenwerking der Federatie met „Centraal Beheer” en met derden, noch op de structuur van beide instellingen of op de belangrijke arbeid in de loop der jaren verricht op het gebied der Wetgeving. Dit alles is omstandig beschreven in de reeds genoemde uitgave van Bedrijfsverenigingen voor Ziekengeldregeling „Tien jaar Ziektewet, 1 Maart 1930—1940”.

Twee onderwerpen mogen evenwel niet onbesproken blijven. Het eerste betreft de regeling der uitkeringsvoorwaarden. Het tweede punt betreft de aanbevelingen voor een goede ziektestatistiek door de Bedrijfsverenigingen, een onderwerp dat zoals zal blijken al vele jaren eerder aan de orde is geweest.

#### XIII.2.2. *De regeling der uitkeringsvoorwaarden*

De verdiensten van de zg. fabriekskassen, die vóór de inwerkingtreding van de Ziektewet reeds voortreffelijk werk hadden gedaan, werden bij de Wet erkend door de mogelijkheid te openen van stichting van Afdelingskassen van Bedrijfsverenigingen. Deze laatste wisten door de figuur van een zekere gelijkstelling met een afdelingskas ook te bereiken, dat werkgevers, die, vóórdát de Ziektewet er was, aan hun zieke arbeiders het loon plachten door te betalen, in staat werden gesteld daarmee — onder de nodige waarborgen van goede naleving der Wet — voort te gaan.

De Bedrijfsverenigingen zelf, tot stand gekomen om de belangen van verzekerden en werkgevers in de diverse bedrijfstakken te bevorderen en

te waarborgen, werden bij de Ziektewet aangewezen als de primaire uitvoeringsorganen van deze Wet. De eisen om voor erkenning als Bedrijfsvereniging in aanmerking te komen, waren in de Ziektewet vastgelegd: mits zij zich hielden binnen de regelen door de Wet gesteld, zouden zij — naast de Ziekenkassen van de Raden van Arbeid — optreden als zelfstandige uitvoeringsorganen. De omstandigheid, dat de Wet met betrekking tot de eisen voor erkenning niet streng genoemd kon worden, heeft de oprichting van nieuwe Bedrijfsverenigingen verder gestimuleerd.

Ten aanzien van de uitkeringsvoorwaarden biedt de Wet verschillende mogelijkheden:

In artikel 100 (58.1) van de Ziektewet \*) werd aan de Bedrijfsvereniging de bevoegdheid toegekend om in de statuten of in het reglement te bepalen „dat aan de bij haar verzekerde arbeiders hogere uitkeringen zullen worden gedaan dan deze Wet vaststelt, of over langere duur, dan deze Wet bepaalt, of dat behalve het bij deze Wet bepaalde ziekengeld, nog andere uitkeringen zullen worden gedaan”.

Van de in artikel 100 geboden gelegenheid om op het gebied van de ziekengelduitkeringen méér te doen dan de Wet voorschreef, werd in vele gevallen gebruik gemaakt door de besturen der Bedrijfsverenigingen, waarin immers werkgevers- en arbeidersorganisaties samenwerken.

Moet dit alles reeds geleid hebben tot een grote verscheidenheid op het gebied der uitkeringsregelingen, de Wet heeft bovendien nog een tweede differentiatie in het leven geroepen, met het gevolg dat er momenteel in Nederland vrijwel geen twee bedrijven te vinden zijn met volkomen identieke ziekengeldregelingen: afgezien van speciale bepalingen, welke de Wet aanstonds bevatte voor de verzekering van bepaalde categorieën arbeiders, beschikten de besturen van de onderscheiden Bedrijfsverenigingen — mede door de mogelijkheid tot uitvaardiging bij algemene maatregel van bestuur van bijzondere bepalingen voor (andere) bepaalde groepen, ing. art. 145 (87.1 en 87.2) — over een zeer grote mate van vrijheid bij de vaststelling van de uitkeringsvoorwaarden.

Het behoeft wel geen betoog, dat de aldus geschapen grote verscheidenheid van ziekengeldregelingen, consequenties moet hebben gehad voor de verzuimgedragingen, in die zin, dat van een uniforme verzuim*mogelijkheid* (zie IX.1., blz. 114) geen sprake was en is. Speciaal met betrekking tot de frequentie van kortdurende verzuimen wegens minder belangrijke functionele stoornissen, is een van bedrijf tot bedrijf wisselende invloed te verwachten van de aldaar vigerende bijzondere en bovenwettelijke regelingen. Om deze reden mag in een publikatie van verzuimcijfers de vermelding van de uitkeringsregelingen, zoals deze gelden voor de onderscheiden werknemersgroepen waarop de cijfers betrekking hebben, niet ontbreken.

\*) De cijfers tussen haakjes hebben betrekking op de nummering van de artikelen volgens de Editie Schuurman & Jordens No. 5, 7de druk, 1953.

### XIII.2.3. *Vroegere aanbevelingen*

Bij het tot stand komen van de Ziektewet heeft men al spoedig begrepen, dat het wenselijk was een aantal eenvoudige voorschriften te geven voor de registratie en statistische verwerking van het door de uitvoeringsorganen bijeen te brengen materiaal. Hand in hand met de uitbreiding van het aantal Bedrijfsverenigingen en met de groei van het totale aantal verzekerden, hoopte men aldus een voor vergelijking bruikbare statistiek op te kunnen bouwen, die op den duur een uniek inzicht beloofde te geven in patroon en omvang van de morbiditeit onder de krachtens de Ziektewet verzekerde groep van de Nederlandse bevolking.

Mede op grond van deze overwegingen werd een jaar na de inwerking-treding van de Ziektewet (1930) een commissie ingesteld door de Vereniging van Raden van Arbeid, wier taak het was, het vraagstuk van de ziektestatistiek te bestuderen. In het bijzonder zou zij bij de Raden van Arbeid hebben na te gaan, in hoeverre opbouw en uitvoering der Ziektewet bezwaren opleverden voor het tot stand komen van een ziektestatistiek en zou zij hebben aan te geven welke wijzigingen in de Wet zouden moeten worden aangebracht om aan deze bezwaren tegemoet te komen. Aanvankelijk hadden in deze commissie — de zg. Statistiek Commissie Ziektewet onder voorzitterschap van mr. J. van Bruggen — dan ook geen vertegenwoordigers van de Bedrijfsverenigingen zitting.

Nadat de commissie in haar oorspronkelijke samenstelling enige tijd werkzaam was geweest, werd zij op verzoek van de Vereniging van Raden van Arbeid aangevuld met vertegenwoordigers van het Federatiebestuur, waarna zij ook de samenwerking van de verschillende uitvoeringsorganen van de Ziektewet in haar werkzaamheden betrok.

In haar rapport, dat in mei 1934 gereed kwam <sup>(26)</sup>, bezag zij de statistische gegevens, welke ingevolge de officiële voorschriften door de verschillende organen tot uitvoering van de Ziektewet werden verzameld, zette zij uiteen in hoeverre deze gegevens bruikbaar waren voor onderlinge vergelijking en samenvoeging, en in hoeverre door wijziging in het verzamelen van deze gegevens door enkele uitvoeringsorganen de onderlinge vergelijkbaarheid zou kunnen worden opgevoerd. Tenslotte bepleitte zij in het algemeen het verzamelen ook van enkele andere dan deze gegevens, in het belang van een goede uitvoering van de Ziektewet.

Als men zich achteraf realiseert wat de taakomschrijving van deze commissie is geweest en tot welke aanbevelingen zij is gekomen in het in 1934 uitgebrachte rapport, dan moge het verbazingwekkend heten, dat het 23 jaar later nog nodig is gebleken precies hetzelfde onderwerp opnieuw in studie te nemen en aan een subcommissie uit de Medische Commissie van de Sociale Verzekeringsraad opdracht te geven het gehele moeizame werk van voren af aan te beginnen. Het zal dan ook niemand verwonderen dat de aanbevelingen door deze commissie opgesteld, in vele opzichten

een herhaling werden van wat een kwart eeuw tevoren reeds door de Commissie-Van Bruggen was geformuleerd.

„Had men de aanwijzingen van de Statistiek Commissie Ziektewet willen volgen,” zo schrijft Noordhoff <sup>(78)</sup> in de Sociale Zekerheidsgids, „dan was er allang gelegenheid geweest statistisch materiaal te verzamelen en had men de nodige ervaringen ten aanzien van de bewerking van dit materiaal kunnen opdoen.” Het materiaal dat nu ten koste van veel energie en arbeid bijeen is gebracht en nog dagelijks bijeen wordt gebracht, wordt door het uitblijven van bindende richtsnoeren op een onderling onvergelijkbare wijze verwerkt, terwijl de waarde ervan door het ontbreken in de registratie van enkele onontbeerlijke gegevens, gedoemd is beperkt te blijven tot proportionele cijfers, die slechts een aantal verzekeringsaspecten van financieel-economische aard aan het licht vermogen te brengen. Neurdenburg <sup>(76)</sup> — zelf destijds lid van de Statistiek Commissie Ziektewet — spreekt van „de treurige situatie, dat vijftientig jaar lang ziekengeld is uitgekeerd zonder een doeltreffende boekhouding van het medische aspect”. In de spaarzame gevallen, waarin diagnostische gegevens in onderling verband werden bewerkt, was het de betrokken Bedrijfsvereniging mogelijk om naast het totaal per diagnosegroep uitgekeerde ziekengeld, iets te weten te komen over het diagnostisch patroon: dat wil dus zeggen over de aandelen die afzonderlijke ziektegroepen opeisen in het totale aantal uitkeringsgevallen en in het totaal der uitgekeerde bedragen. Maar ook deze proportionele ziektecijfers waren slechts van intern belang, omdat het tot voor kort gebruikte beruchte nomenclatuurlijstje geen enkele zekerheid gaf, met betrekking tot de uniformiteit van de per groep geïnccludeerde diagnoses.

Op dit laatste punt is, eindelijk na vijftientig jaar, verbetering gekomen, nu de Sociale Verzekeringsraad het besluit heeft genomen, dat in de jaarverslagen van de Bedrijfsverenigingen voortaan — te beginnen met het jaar 1958 — de ziekte-oorzaken voor de uitkeringen moeten worden opgenomen volgens de codering, zoals deze in de Nationale Lijst van Ziektegroepen is vastgesteld.

Hiermede is een eerste belangrijke stap gedaan op de weg naar uniformiteit. De noodzakelijkheid hierin verbetering te brengen, werd ook reeds door de Statistiek Commissie in 1931 naar voren gebracht.

Vraagt men zich af, wat de oorzaak is geweest, dat het even moeizame als gedegen werk van de Statistiek Commissie vergeefs is geweest, dan is het antwoord, dat de uitvoering van de aanbevelingen gestrand is op de betalingsverdeling der kosten <sup>(76)</sup>. Ook nu weer wordt het kostenprobleem als één van de bezwaren naar voren gebracht. Het moge daarom nuttig zijn eens na te gaan of een uitbouw en verbetering van de statistiek ook een wezenlijk belang betekent voor de Bedrijfsverenigingen zelf. Ons hierbij refererend aan de behartigenswaardige opmerkingen neergelegd

in paragraaf 4 van het rapport van 1934, zijn wij van mening dat de hiervoor gestelde vraag in positieve zin moet worden beantwoord.

Het ligt immers voor de hand, dat de Bedrijfsverenigingen belangstelling zullen hebben voor de bedrijfs-economische betekenis der verzamelde gegevens. Zij zijn niet slechts organen die ziekten registreren en ziekgelden uit moeten keren. Er mag worden verwacht, dat zij tevens aandacht schenken aan de efficiency van de eigen bedrijfsvoering. Daartoe zullen zij mede moeten streven naar de verwerving van inzicht, noodzakelijk om de omvang van het ziekteverzuim in gunstige zin te kunnen beïnvloeden. Het behoeft wel geen betoog, dat hiervoor een eerste vereiste is, dat men over een zo juist en volledig mogelijk inzicht in aard en duur van de ziekten kan beschikken en over een verdeling van deze ziekten naar een aantal relevante factoren.

Een ander rechtstreeks belang voor de Bedrijfsverenigingen betreft de ziekencontrole. Het streven naar een zo economisch en doeltreffend mogelijke organisatie van deze controle is ondenkbaar zonder een grondige oriëntatie naar spreiding, verdeling en aard der ziekten.

Wij hebben hiermede enkele punten aangestipt, waaruit blijkt, dat een verbetering van de diagnosestatistiek zonder twijfel ook van betekenis moet zijn voor de Bedrijfsverenigingen zelf. Nu is het natuurlijk juist, dat het in de eerste plaats het bedrijfsleven is, dat gebaat is bij een reductie van het ziekteverzuim, dat immers een besparing betekent van de ziekteverzekeringspremie en — naar men aanneemt — een verhoging meebrengt van de arbeidsproductiviteit. En even juist is het, dat de overheid gebaat is bij concrete uitgangspunten voor haar gezondheidsbeleid en bij een goede documentatie van het verzuimprobleem als sociaal verschijnsel. Maar, ook als wij afzien van de zoëven genoemde rechtstreekse belangen, zullen de Bedrijfsverenigingen op den duur mede kunnen profiteren van alle langs de weg der algemene behartiging van de volksgezondheid te bereiken resultaten.

#### XIII.2.4. *Nieuwe aanbevelingen*

In de huidige situatie wordt de duur van de „ziekte” nog gemeten aan de duur van de uitkering. In afwijking van deze gewoonte verdient het aanbeveling de ziekteduur-als-zodanig te registreren, waarin zondagen, strafdagen en het — niet voor alle Bedrijfsverenigingen gelijke — aantal wachtdagen mede zijn begrepen. Als men er van uitgaat, dat eventuele wijzigingen in de totale groep verzekerden bij een Bedrijfsvereniging zich slechts langzaam zullen voltrekken, kunnen de op grond van de registratie van diagnose en werkelijke ziekteduur samen te stellen statistieken reeds een eerste en niet onbelangrijke informatie verschaffen over veranderingen en verschillen in aard en duur van het ziektepatroon voor de onderscheiden Bedrijfsverenigingen. Waar de werkelijke ziekteduren thans nog slechts op omslachtige wijze berekend kunnen worden uit de verdelingen

der uitkeringsduren en de hierbij behorende wachtdagen, verdient het aanbeveling dat de Bedrijfsverenigingen zelf overgaan tot een rechtstreekse vaststelling van de ziekteduren. In dit geval zou de eis van per dag oplopende tabellen, zoals is bepaald in de beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 14 juli 1955, vervangen kunnen worden door een verplichting tot opgaven in een beperkt aantal duurklassen.

Bij de berekening van deze werkelijke ziekteduren, zal aansluiting moeten worden gezocht bij het criterium voor „de laatste dag”, zoals dit door de Normalisatie Commissie wordt aanbevolen (zie Annex V, code 03).

Meer profijt kan intussen van de beschikbaar komende gegevens worden getrokken bij combinatie van aard en duur der ziekte met geslacht en leeftijdsgroepen. Dit laatste gegeven is, voor zover bekend, reeds in de administratie van een aantal Bedrijfsverenigingen beschikbaar. Bij realisering van de genoemde combinatie in de ziektestatistiek der afzonderlijke Bedrijfsverenigingen zullen, ook zonder dat nog over gegevens betreffende de totale groep verzekerden kan worden beschikt, reeds belangrijke vergelijkende onderzoeken kunnen worden ingesteld.

Bij een nadere concretisering van het bij de beschikking van de Staatssecretaris van Sociale Zaken van 13 maart 1956 aan de beschikking van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 14 juni 1955 nr. 3451 toegevoegde lid 8a \*), komt dan ook in de eerste plaats de meergenoemde combinatie van de ziekteoorzaken met ziekteduur, leeftijd en geslacht voor verwezenlijking in aanmerking. Alsdan zou een aantal basisgegevens zijn verkregen, welke als een bruikbaar uitgangspunt kunnen worden beschouwd, zowel voor de Bedrijfsverenigingen zelf, als voor analyse en research van meer algemene aard.

Tot zover heeft de aanbevolen uitbouw van de uitkeringsstatistiek en de bewerking van de te zijner tijd beschikbaar komende gegevens nog slechts in hoofdzaak betekenis voor een vergroting van de efficiëntie t.b.v. de *interne* vergelijkbaarheid. Het behoeft wel geen betoog, dat het aantal mogelijkheden en daarmee het nut van de statistiek aanzienlijk zou toenemen, wanneer de naar de hiervoor beschreven kenmerken gespecificeerde gegevens geprojecteerd zouden kunnen worden op de „population at risk”. De kennis van het totale verzekerdenbestand, uiteraard verdeeld naar dezelfde kenmerken als die beschikbaar zijn voor de statistiek der uitkeringen, zal niet alleen van betekenis zijn voor de interne vergelijking van het ziektenpatroon van nu en later. Tevens zal hiermede een eind komen aan de huidige primitieve situatie, waarin het onmogelijk is om zelfs de eenvoudigste verzuimgrootheden als frequentie en ziektedagen, gerelateerd op het aantal verzekerden, *extern*, d.i. met de uitkomsten van andere statistieken, te vergelijken.

\*) Luidende: het aantal ziektegevallen wordt onderverdeeld naar ziekteoorzaken, al dan niet verbonden met andere gegevens.

Verdient het dus zonder twijfel aanbeveling aan de huidige statistieken van de uitvoeringsorganen van de Ziektewet het incomplete karakter te ontnemen door de invoering van een statistiek van verzekerden, toch is het o.i. zeer de vraag of men een uitbreiding van de registratie in de bedoelde zin jaarlijks terugkerend voor alle Bedrijfsverenigingen verplicht zou moeten stellen. De reden van deze terughoudendheid is, dat een systeem van individuele registratie van alle onder de Ziektewet vallende werknemers, nog afgezien van het kostenvraagstuk, een niet onbelangrijke uitbreiding van het administratieve apparaat mede zou brengen, terwijl het aan de andere kant zeker niet uitgesloten moet worden geacht, dat het jaarlijks op deze wijze bijeen te brengen materiaal zodanig omvangrijk zal blijken te zijn, dat van een geregelde bewerking weinig terecht zal komen. Ook op het terrein van de ziektestatistiek dient men zich te hoeden voor het streven naar een onpraktisch perfectionisme.

Wil men desniettemin de vergelijkbaarheid van de huidige ziektestatistiek van de Bedrijfsverenigingen opvoeren en in staat zijn sommige belangrijke aspecten in de analyse en research op het gebied van ziekte en ziekteverzuim tot hun recht te doen komen, dan zullen voorshands andere, eenvoudiger, wegen moeten worden ingeslagen. In de eerste plaats kan men een nuttig gebruik maken van de vrijwillige medewerking van Bedrijfsverenigingen, die o.m. reeds over bestandsgegevens beschikken, dan wel een spontane belangstelling hebben getoond voor completering van de statistiek in deze zin ten behoeve van verder onderzoek. Voorts kan men trachten de medewerking te verkrijgen van bepaalde Bedrijfsverenigingen, waarvan het bijzondere karakter van de verzekerdersgroep speciale gerichte onderzoekingen wenselijk maakt. Tenslotte liggen er met betrekking tot bestands- en andere gegevens veelbelovende mogelijkheden in de moderne steekproefmethodiek. Langs deze weg kunnen dikwijls met geringe kosten en moeite zeer goede schattingen worden verkregen voor tal van vragen de gehele populatie van verzekerden betreffende. Het verdient daarom de voorkeur vooralsnog van de laatstgenoemde methoden gebruik te maken. In ieder geval moet het niet verantwoord worden geacht in het huidige ontwikkelingsstadium een algemene statistiek van verzekerden aan te bevelen, waarbij een doorlopende individuele registratie voor alle gezamenlijke Bedrijfsverenigingen bindend zou worden gesteld.

### XIII.3. AANBEVELINGEN VOOR DE STATISTIEK VAN VERZUIM DOOR „NEUROSEN”

#### Nomenclatuur en Begripsverwijding:

In tweëerlei opzicht heeft de ontwikkeling van de na-oorlogse geneeskunde ertoe bijgedragen, dat de begrenzings van de voorheen onafhankelijke diagnosegroep der „psychoneurosen” steeds meer zijn gaan vervagen. Enerzijds ziet men dat verschillende, ontwijfelbaar anatomische afwijkingen de laatste jaren, op grond van een vermoede psychogenese, uit

de topografische groep waartoe zij krachtens de conservatieve officiële classificatie behoorden, worden losgeweekt en overgebracht naar het, naar alle zijden communicerende gebied der psychoneurosen. Voorbeelden hiervan vindt men in het besproken artikel van R. Fraser <sup>(44)</sup> en in de dissertatie van Van Alphen de Veer <sup>(1)</sup>.

Aan de andere kant is het neurosebegrip, zoals het bij de uitvoering van de Ziekwet wordt gehanteerd, meeromvattend geworden door de inclusie van tal van vluchtige verzuimen, waarbij dikwijls geen andere overweging heeft gegolden dan de meestentijds redelijke veronderstelling, dat bij de verzuimbeslissing psychische en sociologische aspecten een rol moeten hebben gespeeld.

De eerder genoemde Nomenclatuur Commissie heeft zich dan ook op het standpunt gesteld, dat een solide dijk moest worden opgeworpen tegen de toenemende verwatering van het „neurose”begrip als telobject. Wil men vergelijkingsmogelijkheden behouden, dan vraagt de statistiek om straffe richtlijnen. Zo was de commissie van oordeel, dat althans voor de psychosomatosen de kwestie van de genese bij de classificatie buiten beschouwing diende te blijven. Op blz. 4 van het voorwoord van de Nationale Lijst van Ziektegroepen kan men lezen „. . . dat de zg. somatisatie-reacties bij de betreffende orgaanaandoeningen zijn ondergebracht. M.a.w. nerveuze maagklachten zonder aantoonbaar anatomisch substraat worden niet meer onder de psychoneurotische afwijkingen gerangschikt, zoals de internationale classificatie aangeeft, doch onder 056 „Overige chronische aandoeningen van de spijsverteringsorganen”. De commissie is dus bij het vaststellen der classificatiecriteria nog verder gegaan. Over het feit, dat men een ulcus van de maag in het licht van de tegenwoordig veelal geaccepteerde psychogenese, naar groep 021 zou willen verplaatsen, wordt met geen woord gerept. Dit is volgens de commissie blijkbaar onaanvaardbaar. De commissie heeft integendeel de groep 021 willen beperken, door ook de, volgens de Internationale Classificatie tot de psychoneurosen behorende „somatization reactions” naar andere groepen over te brengen. Volgens de inleiding van de Nationale Lijst zijn het uitsluitend praktische overwegingen geweest, die geleid hebben tot de afwijkingen van de internationale indeling. Hiermede heeft de commissie een einde willen maken aan de bestaande communicaties tussen de diagnosegroep „psychoneurosen” en die der diverse orgaanaandoeningen. Zowel maagneurose als maagzweer moeten voortaan — alle psychosomatische tendenzen ten spijt — bij Hoofdgroep XI, de Ziekten van de Spijsverteringsorganen geïnclassificeerd worden. Voor de ulcusziekte blijft de situatie dus onveranderd, voor de maagneurose is thans een voor de toekomst ondubbelzinnige praktische richtlijn aangegeven.

Men kan zich afvragen, waarom voor de tweede groep van overganggevallen — de kortdurende verzuimen — geen aanbeveling door de commissie is gedaan. Zo verwonderlijk is dit evenwel niet, als men bedenkt dat



het hier minder een classificatieprobleem betreft, dan wel bepaalde veruimingen van de terminologie, die op hun beurt weer een gevolg zijn van ingrijpende verschuivingen in de opvattingen over het ziektebegrip en in de normen voor arbeidsongeschiktheid.

### XIII.3.1. *De verwijding van het ziektebegrip*

In een rapport uitgebracht aan de voorzitter van de Centrale Raad van Beroep hebben de hoogleraren Hijmans van den Bergh en Baart de la Faille in 1936 getracht een definitie te geven van het begrip „ziekte” (62). Het spreekt welhaast vanzelf, dat het tot een definitie in de eigenlijke zin van het woord niet is gekomen. De rapporteurs hebben moeten volstaan met het geven van een omschrijving, die feitelijk neerkomt op een verklarende toelichting van de huidige opvattingen in de geneeskundige wereld. Voor het vraagstuk, dat hier aan de orde is, zijn de volgende passages uit het rapport van belang:

„...hetgeen het spraakgebruik onder „ziekte” verstaat (is) voor een groot deel afhankelijk van de voorstellingen, die de geneesheren zich daarentrent maken... .

Zo komt het, dat het onmogelijk is van het begrip „ziekte” een definitie te geven, die voor alle tijden past, terwijl ook, ...in een bepaald tijdvak, zulk een definitie niet voor alle gevallen zal kunnen gelden... .

Het begrip „ziekte” onderstelt ...een actieve reactie van het organisme, in het leven geroepen door een ziektemakende oorzaak... . Bij de reacties van weefsels en cellen, die ...het wezen van ziekte uitmaken, ontstaan gewoonlijk ...door anderen waarneembare verschijnselen, en subjectieve, onaangename gewaarwordingen, benevens stoornissen in de verrichtingen, die de lijder verhinderen zijn normale werkzaamheden uit te voeren of hem daarin in meerdere of mindere mate belemmeren.”

„Al deze beschouwingen gelden ook voor geestelijke reacties” ... .

De laatste zinsnede, die — wederom naar aanleiding van een verzoek van de Centrale Raad van Beroep — in 1953 door de hoogleraren Rümke en Van der Horst aan de oorspronkelijke tekst werd toegevoegd, betekent in feite een grenzenloze verwijding van het ziektebegrip. De toevoeging op zichzelf is tekenend voor de verschuivingen, die sinds 1936 plaats hebben gevonden in „de voorstellingen, die de geneesheren zich omtrent „ziekte” zijn gaan maken”.

Als gevolg van deze begripsverruiming zijn tegelijk ook de deuren wijd opengezet voor, voordien niet door de Ziektewet gesanctioneerde, verzuimen:

Bij de geestelijke reacties „ontstaan gewoonlijk ...subjectieve, onaangename gewaarwordingen, ...die de lijder verhinderen zijn normale werkzaamheden uit te voeren... .”

Hieruit volgt, dat met de verwijding van het ziektebegrip, ook de waardering van de „hinder” — d.i. de verzuimnoodzaak respectievelijk ver-

zuimbehoefte — belangrijk gewijzigd is. Voor de huisarts, die zich niet gesteld ziet voor de noodzaak van arbitrage en die meegegroeid is met de veranderende normen, is het vanzelfsprekend geworden het arbeidsverzuim van een werknemer met sociogene of psychogene moeilijkheden als „geestelijke reactie” — d.i. dus als „ziekte” — te accepteren. Ook de controle-arts, wiens taak het integendeel is, als medical referee op te treden, zal een dergelijk verzuimgeval moeilijk kunnen afwijzen, — zelfs als hij er anders over denkt —, nu hij weet, dat de Centrale Raad van Beroep zich bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid voortaan baseert op een zo grenzenloos verwijd ziektebegrip.

Bij een bespreking over de oorsprong van de bestaande onzekerheid en begripsverwarring, wijst Smeets in zijn in 1956 verschenen proefschrift <sup>(91)</sup> o.m. op het feit, dat de psychiatrische terminologie voort is gekomen uit een combinatie van psychologische en geneeskundige begrippen en beschouwingswijzen: „overal daar, waar de psychiater psychisch niet normale (pathologische) verschijnselen aantrof, sprak hij, de arts, van ziekte en de drager van deze abnormale verschijnselen, noemde hij een zieke. Hij maakte daarbij een sprong van de ene vakwetenschap, de psychologie, naar de andere, de geneeskunde en beschouwde het blijkbaar verantwoord om de toch op zo geheel andere wijze verkregen uitkomsten der psychologie over te enten op de geneeskunde, waarbij hij zich bediende van de termen der medische wetenschap. Want „ziek” en „gezond” zijn van huis uit geneeskundige begrippen, geen psychologische. Niettemin werd het niet-normale ziek genoemd en de drager dezer verschijnselen een zieke. Men sprak van „psychisch gezond” en van „psychisch ziek”, men sprak zelfs van een psychische ziekte!”

De inclusie van deze moeilijk af te grenzen „geestelijke reacties” heeft verstrekkende consequenties gehad voor de nomenclatuur: de „nieuwe” ziekten moesten een naam hebben, en wat was logischer dan ze als groep op dezelfde wijze te betitelen als de, van ouds als pathologisch erkende, neurotische reactievormen? Intussen werd de statistiek hiermede in een impasse gebracht, doordat de Internationale Classificatie noch in de nomenclatuur, noch in de codificatie van deze grensgevallen, bleek te voorzien. Nergens is dit duidelijker tot uiting gekomen, dan in de plaats, die de lichte „aanpassingsstoornissen” in het internationale systeem toegevoegd kregen: niet onder de psychoneurosen, maar in het restnummer 326, bij de „stoornissen in de geestelijke en verstandelijke aanleg”. Maar in de praktijk dacht men er anders over, en men betitelde deze lichte stoornissen met de term „neurose”. Hierdoor onderging ook dit begrip een onvermijdelijke, bijna grenzenloze verwijding.

### XIII.3.2. *De inflatie van het neurosebegrip*

In zijn inaugurele rede zegt Van den Berg <sup>(11)</sup> in 1955: „Sprak men enkele tientallen jaren geleden over neurosen, dan bedoelde men meestal

scherp omschreven psychiatrische anomalieën als hysterie, dwangneurose en nervositas. Thans zijn deze namen op de achtergrond gekomen. Men spreekt bij voorkeur in het vage van „neurosen” en bedoelt daarmee al die ongerieflijkheden van psychische aard, die de gewone gang van het leven belemmeren. De stoornissen in het contact met anderen staan hierbij op de voorgrond. Het neurosebegrip is wijd geworden, zo wijd, dat het bijzonder moeilijk is vast te stellen wie wel en wie niet neurotisch genoemd mag worden.” De verwijding van het begrip zou volgens Van den Berg niet primair geweest zijn, maar een gevolg van een feitelijke toeneming van vage, diffuse, nauwelijks nader te benoemen neurotische stoornissen, die voor een groot deel het beste in de enigszins zonderlinge, desondanks doeltreffende omschrijving van Rümke „psychische stoornissen van de gezonde mens” <sup>(87)</sup> zijn samen te vatten. De discussie over wat primair en wat secundair was, is o.i. van weinig belang. Een feit is in ieder geval, dat wat thans een „neurose” wordt genoemd, veel meer omvat dan in vroeger jaren. Méér zin heeft het intussen zich af te vragen of al die lichte stoornissen, die tegenwoordig mede opgenomen plegen te worden in het neurosebegrip „nieuw” zijn, dan wel uitingen van zekere seculaire verschuivingen in de fenomenologie, d.i. de *genus epidemicus* van geestelijke ziekten, zoals sommigen menen. Heeres <sup>(89)</sup> zegt evenals Bashford <sup>(8)</sup>, niet de indruk te hebben dat het aantal neurosen percentsgewijs is toegenomen. Bashford is Chief Medical Officer van de Britse Posterijen en beschikt als zodanig over diagnostische gegevens van ca. 280.000 mannelijke en vrouwelijke werknemers. Hij meent (1940) dat de door anderen gevonden grote toename van het „neurosen”-verzuim, een gevolg is van de gestegen belangstelling voor dit soort aandoeningen: „I cannot help feeling that, owing to the very great swing-over there has been from the admittedly too material outlook of 40 or 50 years ago, these percentages have been exaggerated.” De statistiek van de Posterijen, die teruggaat tot 1876 geeft geen belangrijke stijging te zien: „I have not been able to discover anything like this proportion of nervous disorders in our total sick absence.”

Heeres, uitgaande van de eigen klinische ervaring, wijst erop, dat bij sommige somatische ziekten, zoals tabes, longcarcinoom en multiple sclerose veranderingen zijn opgetreden en meent dat ook het patroon, het klinisch karakter van de neurose aan het wijzigen is. Als voorbeeld noemt hij het steeds zeldzamer worden van het klassieke beeld der „grande hystérie”. De conversiehysterie van tegenwoordig zou zich meer kenmerken door solitaire symptomen als hartkloppingen, onregelmatigheden van de hartslag, angineuze pijnen, maag Darmverschijnselen, hoofdpijn, rugpijnen en duizeligheid.

De moeilijkheid is, dat dergelijke theorieën uitsluitend steunen op subjectieve persoonlijke indrukken. Het „bewijs” voor de juistheid zou langs statistische weg geleverd moeten worden. In het onderhavige geval is dit slechts mogelijk voor de vermeende afname van de grote klassieke syn-

dromen. Maar van het bonte panorama van orgaanneurotische verschijnselen, dat ervoor in de plaats zou zijn gekomen, weet men niets. Vroeger bestond er zo goed als geen belangstelling voor; de klachten werden, zó ze al geuit werden, niet als ziekte gewaardeerd, kwamen als reden voor verzuim eenvoudig niet in aanmerking en werden dus niet geteld.

Een zelfde bedenking bestaat tegen de uitspraak van Van den Berg, als hij de toeneming van vage, diffuse, nauwelijks nader te benoemen neurotische stoornissen een feitelijke noemt. Ook deze bewering kan achteraf niet met cijfers geverifieerd worden en zeker niet met cijfers die betrekking hebben op een door begripsinflatie onbruikbaar geworden tel-object.

De verwijding van het neurosebegrip heeft in belangrijke mate bijgedragen tot de verwarring, die er bestaat op het gebied van de psychiatrische terminologie en de classificatie van geestelijke stoornissen. Dit is in de eerste plaats een gevolg van de omstandigheid dat de inflatie niet voor iedereen even ver is gegaan en doordat sommigen vasthouden aan meer „klassieke” opvattingen.

Arndt <sup>(4)</sup> merkt op, dat het „neurosebegrip, zelfs voor de psychiater, een uitermate vaag begrip blijkt te zijn”, een stelling die hij bewijst met het negatieve argument, dat „klare begrippen door een klare taal uitgedrukt (kunnen) worden”. De vaagheid der wetenschappelijke fraseologie bewijst z.i. dat „neurose” allerminst zulk een klaar begrip is.

Enkele frappante gevolgen van de Babylonische spraakverwarring die er zelfs voor meer „klassieke” afwijkingen in psychiatrische kringen nog voor kort bleek te bestaan, vermeldt Van der Giessen <sup>(48)</sup> in zijn in 1957 verschenen proefschrift. In een paragraaf over de „geringe validiteit der psychiatrische screening” geeft hij cijfers van afkeuringspercentages op psychiatrische gronden, voor verschillende keuringscentra van het Amerikaanse leger, cijfers die wel een zeer schril licht werpen op de verwarrende nomenclatuur zoals deze circa 10 à 15 jaren geleden nog in de Verenigde Staten bestond. Op pag. 105 schrijft Van der Giessen: „Ondanks dezelfde score-distributies varieerde bv. het aantal afkeuringen op psychiatrische gronden van 0,5% bij het éne opkomstcentrum tot 50,6% bij het andere. Erger was, dat ook de diagnoses zelf wild varieerden, bv. de classificatie „psychoneurotisch” varieerde van 2,7% (der psychiatrische afkeuringen) bij het éne opkomstcentrum tot 90,2% bij het andere, en bv. de classificatie „psychopathisch” van 0,0% (der psychiatrische afkeuringen) tot 81,3% bij het andere.”

Ook als wij aannemen, dat de huidige situatie in dit opzicht hier te lande minder bedroevend is dan in Amerika en als wij er rekening mede houden dat de omstandigheden destijds in de V.S. voor vergelijking niet bijzonder gunstig waren — zoals Van der Giessen opmerkt — dan nog vraagt men zich af, hoe bij de bestaande begripsverwarring een vakkundig gesprek mogelijk is.

De „taal”, die de arts gebruikt, is in de eerste plaats afhankelijk van de „school” waaruit hij komt, maar ook tussen de landen van herkomst blijken soms onderling grote afwijkingen te bestaan in het woord- en begripsgebruik. In het bijzonder treedt dit verschijnsel aan de dag bij de nomenclatuur en classificatie van geestelijke stoornissen. „Even today,” schrijft Bowman <sup>(18)</sup>, „there is no common agreement among members of the medical profession or even among psychiatrists concerning many of the formulations.” Een bevestiging hiervan treft men aan in een Questionnaire van de Belgische Delegatie in de Westeuropese Verdrags Unie <sup>(101)</sup>. De vragenlijst, die januari 1956 gedagtekend is, begint met de volgende aanhef: „De grandes divergences existant entre les différents auteurs dans la classification des troubles mentaux, nous croyons nécessaire d’esquisser celle à laquelle nous nous référerons”, waarna een zeer ongebruikelijke indeling volgt, die geënt blijkt te zijn op een classificatie van de „Traité de Psychiatrie”, welke onlangs door de „Encyclopédie médico-chirurgicale” werd gepubliceerd.

Dit voorbeeld staat niet alleen. Een ieder gaat zijn eigen weg, maar de Manual of International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, is nog altijd het centrale punt, waar al deze wegen samen behoren te komen. Intussen blijkt de Manual in vele gevallen zelfs aan deze minimumeis niet te voldoen, doordat de herhaaldelijk in één ziektebeeld tot uiting komende complexe genese van aanleg en reactievorm over twee verschillende groepen is gespreid. Bij het classificeren en coderen wordt men aldus tot een keuze gedwongen tussen het uitsluitend op ontwikkeling berustende aspect (310-318) en het uitsluitend op aanleg berustende aspect (320-326) van de gedragsstoornissen. De tegenwoordige psychiatrische opvattingen zijn hiermede onverenigbaar.

Een ander verschijnsel, dat een herziening van de classificatie zeer wenselijk maakt, is de reeds besproken inclusie in het oude neurosebegrip van Rümke’s „psychische stoornissen bij de gezonde mens”. Voor deze, in de regel met kortdurend verzuim gepaard gaande stoornissen, bestaat niet alleen de behoefte aan een „naam” — een doelmatige nomenclatuur — maar men kan zich terecht afvragen of de bijeenvoeging van gradueel zo uiteenlopende ziektebeelden wel enige zin heeft, d.w.z. of de hierop gebaseerde statistiek in plaats van verhelderend, niet juist vertroebelend werkt voor het inzicht in de problemen en behoeften van de geestelijke gezondheid. Reeds bij beschouwing van een willekeurig duurpatroon krijgt men sterk het gevoel, dat hier zeer heterogene ziektebeelden zijn samengebracht. Wij hebben hier al op gewezen bij de analyse van de verzuimduren van I-neurosen bij Philips (XI.1.2. tabel 54 en 55) en de Hoogovens (XI.2.2., tabel 63). Herhaaldelijk blijkt de spreiding evenwel nog groter te zijn dan in de twee besproken bedrijven. Zo werden in 1956 bij een zuiver administratieve instelling de volgende verzuimverdelingen ge-

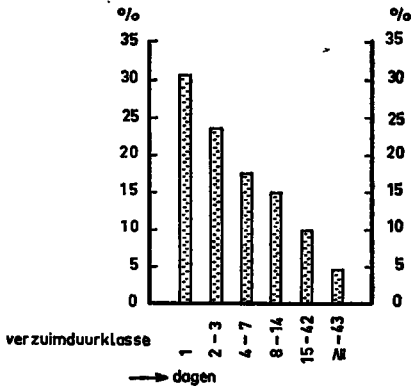
vonden voor „psychoneurotische aandoeningen”, groep 021 van de Nationale Lijst van Ziektegroepen:

TABEL 68 *Aantallen „Neurose”-verzuimen van verschillende uren*  
Bedrijf X 1956. Diagnosegroep 021 (Nat. Lijst).

Duur- klassen	1 dag	2—3 dagen	4—7 dagen	8—14 dagen	15—42 dagen	43 en meer dagen	Totaal aantal verzuimen
mannen	19	14	11	15	10	4	73
vrouwen	22	18	13	5	3	2	63

De cijfers hebben betrekking op 1404 mannelijke en 549 vrouwelijke leden van het kantoorpersoneel. Ook hier blijkt weer, dat een zeer grote spreiding in de verzuimduren zich zelfs kan voordoen als de controlerend geneeskundigen zich bij de toekenning van een diagnose of code, baseren op de classificatie van de Nationale Lijst van Ziektegroepen. In figuur 13 is de procentuele verdeling over zes verzuimduurklassen voor het gehele administratieve personeel van dit bedrijf in een staafdiagram weergegeven.

FIG. 13 KANTOOR PERSONEEL (M+VR). BEDRIJF X 1956  
PROCENTUELE VERDELING VAN VERZUIMDUREN. DIAGNOSEGROEP 021



Opmerkelijk is het grote aantal ééndagsverzuimen (30%), die als psychoneurotisch zijn geëclassificeerd. Wanneer men verder let op de (6) verzuimen die meer dan 6 weken hebben geduurd — nl. 46, 50, 51, 67, 88 en 312 (!) dagen — dan is het wel duidelijk, dat van homogeniteit binnen de diagnosegroep 021 geen sprake is. Een sprekender voorbeeld, dat het

oude neurosebegrip steeds minder adequaat is geworden, is moeilijk voorstelbaar.

Overzien wij thans hetgeen in de vorige bladzijden naar voren werd gebracht met betrekking tot de statistiek der „neurosen”, dan blijkt de oorzaak van de bestaande onbevredigende toestand te liggen in

- a. een algemene onzekerheid ten aanzien van de nomenclatuur en de daarmee samenhangende begripsinhouden;
- b. het aangewezen zijn op een classificatiesysteem, dat niet meer beantwoordt aan de veranderde opvattingen in de moderne psychiatrie;
- c. een toenemende inflatie van het neurosebegrip, als gevolg van de inclusie in dit begrip van „psychische reacties bij gezonden”.

Gezien de onderlinge samenhang van deze drie punten, zou het aanbeveling verdienen niet naar afzonderlijke oplossingen te zoeken, maar het gehele indelingssysteem van psychische stoornissen aan een grondige heroriëntatie te ontwerpen. Centraal staat hierbij het punt, dat een materie die onmiskenbaar in transitie is, nog altijd ingepast moet worden in een onvoldoend plastisch en verouderd nosologisch systeem. Voor de kliniek met zijn ernstiger syndromen moge dit overdreven klinken — ofschoon ook daar een voortdurende bezinning van psychiatrische zijde gewenst lijkt op het streven naar uniformiteit in nomenclatuur en begripsinhoud — de zeer vele artsen echter, die zich dagelijks „in het veld” gesteld zien tegenover de problemen van diagnostiek en classificatie, en de beoordeling van arbeidsgeschiktheid bij een stroom van minder ernstige geestelijke stoornissen, zouden ongetwijfeld gebaat zijn bij een meer adequate en minder starre classificatiemogelijkheid.

Speciaal van psychotherapeutische en van sociaalpsychiatrische zijde komt in dit verband de behoefte naar voren aan een meer *op functionele concepties gebaseerd differentiatiesysteem*. In het kader van deze studie is het niet mogelijk gedetailleerde aanbevelingen te doen voor een zodanig functionele indeling van neurotische stoornissen en aanverwante toestanden. Samenwerking tussen bedrijfs- en controle-arts, medicus practicus en specialist in het beoordelen van een aantal praktijkgevallen, ten einde na te gaan, welke elementen in het structuurdiagram zich lenen tot het hanterbaar maken in de zin van classificatie, en mogelijk ook van „behandeling”, zou wellicht de weg kunnen zijn, waarlangs men tot deze indeling zou kunnen komen.

Reeds op deze plaats moet hieraan worden toegevoegd, dat de diagnose „neurotisch”, of het anderzijdse „pathologisch aangepast zijn”, niet moet worden gesteld louter op grond van het ontbreken van somatische symptomen, noch op uitlatingen van de patiënt dat dit of dat hem „zo nerveus” maakt. Zonder ziekteverschijnselen behoort geen ziekte te worden aangenomen.

### XIII.3.3. *Oorzaken en consequenties van de verbreding van het ziektebegrip*

De beoordeling van de noodzaak tot verzuim is in geval van ziekte het onbetwistbare terrein van de medicus. Als arbiter sanitatis ziet hij zich telkens weer opnieuw voor de vraag gesteld: „Is deze mens „ziek” of „niet-ziek”, en vervolgens — als er reden is om tot „ziek” te besluiten — voor een tweede vraag: „Is het voor deze „zieke” gewenst de arbeid te staken, ja dan nee”.

Van belang is op te merken, dat volgens de oude opvatting de beoordeling van een eventuele verzuimnoodzaak van „gezonden” in het geheel niet aan de orde was. Het geven van een *judicium* over niet-zieken behoorde vroeger kennelijk niet tot de competentie van de medicus. Het terrein waarop de controle-arts zijn beslissingen gaf, was in feite afgebakend door de toenmalige opvattingen van de geneeskunde zelf, waarvan de ambities — met uitzondering van de preventie van een aantal contagieuze ziekten — niet verder reikten dan bemoeienis met zieken.

Nu de tot voor kort beperkte repressieve taak van de arts-als-curator bij de ontwikkeling van de positieve gezondheidsgedachte, een veel ruimere conceptie heeft gekregen, zijn ook de „gezonden” in het arbeidsveld van de geneeskunde betrokken. Men heeft daarbij ervaren, dat vele van deze gezonden gefaald hebben in hun aanpassing aan de levensomstandigheden, en men is deze mensen gaan beschouwen als werkelijke of potentiële zieken. Hierdoor kreeg het ziektebegrip een sterke uitbreiding. Eén van de gevolgen van deze begripsverwijding was, dat de controle-arts zijn criteria moest herzien. In de dagelijkse confrontatie met de groeiende stroom van „aanpassingsstoornissen”, van „psychische reacties”, hield de oude opvatting van gezond en ziek geen stand. Bovendien stond de medicus voor de moeilijkheid, dat als gevolg van de toenemende sociale voorzieningen en de op de wet steunende zekerheid, waarmede de zieke werknemer werd omringd, de bewijslast van het „ziek zijn” van de lijder op de arts werd afgewenteld, met dien verstande, dat de controle-arts bij gerechtigde twijfel aan de verzuimnoodzaak het niet-ziek zijn maar moest zien te bewijzen, — een bewijs, dat voor psychische stoornissen nog veel moeilijker is te leveren dan de uitsluiting van een of ander somatisch proces. Zo werd het langzamerhand voor een controle-arts, als gevolg van de vele subjectieve interpretaties en de verwaterende medische normen onmogelijk consequent aan één bepaald criterium vast te houden, zonder de kans te lopen vroeg of laat met de verzekeringsinstantie, de behandelende arts of de patiënt zelf in conflict te komen.

Hoewel bij de toepassing van de Ziektewet slechts uitkering wordt verleend bij ongeschiktheid tot werken wegens ziekte (art. 29), en dus de aanwezigheid van ziekte zonder meer geen rechtsgrond voor deze uitkering vormt, is toch de essentie van deze bepaling, dat ziekte als oorzaak van



de arbeidsongeschiktheid voorwaarde is. In dit licht dienen dan ook de voorafgaande beschouwingen gezien te worden.

De diagnosegroep, waaronder de „nieuwe” ziekten zich in de statistiek presenteerden, was die der „neurosen”. Dit etiket is — zoals bekend — maar al te vaak een verlegenheidsdiagnose. Men wil er dan mee tot uitdrukking brengen, dat, bij bestaande klachten, geen objectief aantoonbare afwijkingen zijn gevonden. Met andere woorden: er is geen verklaring. Soms is die verklaring er wèl, maar bestaan er omgekeerd geen klachten, die een verstoring van de gezondheid acceptabel kunnen maken. Ook dan is de diagnose „neurose”. Dit enigszins zonderlinge verschijnsel wijst op een medische erkenning van verzuim, louter en alleen op grond van een overtuigend sociogene ontstaanswijze, waarbij het overbodig schijnt, enig argument voor ziek-zijn aan te voeren. Hier doemt voor degene, die in de gelegenheid is deze ontwikkelingsgang gade te slaan, ernstige twijfel op aan het „ziek-zijn” als zodanig. Men vraagt zich af, of zelfs bij de enorme verwijding van het ziektebegrip, in deze gevallen geen grensoverschrijding plaats heeft gevonden tussen ziek en gezond. Het vermoeden ligt voor de hand, dat in een aantal gevallen het motief op zichzelf voldoende is geweest om het verzuim als medisch oirbaar te sanctioneren. Hiermede heeft de arts het ziektegebied verlaten. Niet langer is hij uitsluitend „medical referee”, hij is tevens „social referee” van gezonden geworden. Als consequentie hiervan ziet men de simpele sociogenetische verklaring van een verzuim in rechten treden, die voorheen aan ziekten waren voorbehouden.

De socioloog Van Doorn <sup>(86)</sup> laat zich over deze „functieverschuivingen in de gezondheidszorg” als volgt uit: „Voor de arts betekent de (nieuwe) situatie een verbreding van zijn taak, die thans immers wordt ingebouwd in het sociale controlesysteem van de betreffende organisatie”.

Deze inbouw is overigens maar zeer betrekkelijk en even onbevredigend als onvruchtbaar, zolang de medicus — zonder tegenspraak te vrezen — vergunningen kan uitreiken om het werk neer te leggen, maar aan de andere kant niet in staat is „tevens de psychische en sociale wortels . . . aan te tasten”, die, zoals Van Doorn dit uitdrukt, „de falende individuen stuwen naar de laatste outlet, die is gelegen in de ziekte . . .”

„Sociaal gezien”, zo zegt de schrijver elders in hetzelfde artikel, „is dit winst, in zoverre het falen geen nadelige repercussies meer heeft voor het individu; het houdt daarentegen gevaren in, waar de prikkel tot het leveren van prestaties wordt verzwakt en een uitweg wordt geboden ook aan hen, die het bij de afgrendeling van deze weg zonder lichamelijke of psychische bezwaren zouden kunnen volhouden”.

Wat de annexaties van de sociale arbitrage door de medicus betekent voor de statistiek van psychische stoornissen is zonder meer duidelijk. In het Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk waarschuwt de naamgenoot van de vorige schrijver Mr. J. van Doorn <sup>(85)</sup> tegen het monopolistische streven

van de geneeskunde „waardoor aan de term gezondheidszorg in zijn nieuwe betekenis een caoutchouc-inhoud is gegeven. . . en waardoor tevens een nieuw begrip „gezondheid” is ingevoerd, dat praktisch alle stervelingen ziek verklaart”. Niet alleen zijn de deuren van het ziekteverzuim royaal opengezet voor in hun aanpassing gestoorde, falende, individuen, maar tevens is aan de controle-arts de grendel uit handen genomen voor al die gevallen die op zoek zijn naar een zij-uitgang om zich — zonder geldelijke strop en zonder prestige-verlies — aan de verwachtingen van de samenleving te kunnen onttrekken. Men kan er over redetwisten of dit er veel of weinig zijn. Vrijwel algemeen zijn de bedrijfsartsen van oordeel, dat ongemotiveerd verzuim uiterst sporadisch voorkomt. Maar dit kan ook moeilijk anders sinds het sociale motief de volwaardige betekenis heeft gekregen van de eigenlijke verzuimconditie, die in het „ziek-zijn” is gelegen. Wij willen dit toelichten aan de hand van een voorbeeld.

Een man van 43 jaar, gehuwd en vader van 8 kinderen, heeft grote moeilijkheden in zijn gezin. Zijn vrouw, verzwakt door de elkaar snel opvolgende zwangerschappen, kan de zorgen voor het gezin niet aan. Zij verwaarloost het huishouden in toenemende mate, vooral nu zij sinds enige maanden voor de 9de maal gravida blijkt te zijn. Volgens de lekecontroleur ligt de vrouw met vloeiingen te bed. Het is een vieze boel in het gezin, het wemelt er van vlooiën en ander ongedierte. De vrouw is zwaarmoedig.

De situatietekening, ons door een lekecontroleur verschaft, laat aan duidelijkheid niets te wensen over. Tegen deze achtergrond van misère en deplorabele onreinheid kan men het frequente verzuim van de werknemer beter begrijpen: Hij is een typische „repeater” met 30 verzuimen in zijn 6-jarige dienstverband. De oorzaken ervan vormen een lange aaneenschakeling van infecties: furunkels, gastroenteritiden, panaritium, lymphangitiden en andere banale ontstekingen. Bij zijn laatste verzuim staat voor het eerst — en dit is van belang — het codenummer van de groep der psychoneurotische stoornissen. De spaarzame medische aantekeningen geven grond voor de veronderstelling, dat hier aan een „depressieve reactie” is gedacht.

Indachtig de definitie van Arndt <sup>(4)</sup> vraagt men zich onwillekeurig af of hier eigenlijk wel reden is een (psycho)pathologische reactie aan te nemen, de voorwaarde immers voor de diagnose „neurose”. Het is toch duidelijk, dat deze man, in het besef van de ellende die hij achter zich heeft gelaten, zijn hoofd niet bij zijn werk kon houden. Maar is dit pathologisch? Intussen werd hij als neuroticus geclassificeerd. Men zou zich integendeel moeten afvragen of iemand die onder de gegeven omstandigheden naar zijn werk zou gaan, niet veeleer het odium van „psychisch gestoord” zou verdienen.

Het verzuimen is hier eerder als een „gezonde” adequate reactie te beschouwen. Een andere kwestie is intussen of hij voor deze daad de juiste weg heeft gekozen. Het vermoeden ligt voor de hand, dat de betrokkene, bevreesd voor derving van inkomsten, geen andere uitweg zag dan de nooduitgang, die het medische kanaal hem bood. Nu is het ontbreken van gegevens over de „geestelijke gezondheid” op zichzelf nog geen bewijs,

dat de beschreven werknemer inderdaad niet neurotisch, niet ziekelijk gedeprimeerd zou zijn geweest. Maar omgekeerd is er ook niets, dat „ziekte” waarschijnlijk zou maken. Dit voorbeeld is trouwens één geval uit vele. „De man” — zegt Smeets op blz. 147 van zijn proefschrift <sup>(91)</sup> — „die na een woordenwisseling met zijn superieur er de brui aangeeft en zich ziek meldt, vindt maar al te grif gehoor bij zijn bewering arbeidsongeschikt te zijn wegens ziekte.” Herhaaldelijk \*) komt men in de dossiers dan ook aantekeningen tegen als „verloving verbroken”, „moeder overleden”, „huisvestingsmoeilijkheden”, ruzie op het werk”, e.d. Vooral bij kortdurende verzuimen is dit dikwijls het enige gegeven. Men vraagt zich dan af, of er eigenlijk wel van „ziekte” sprake is geweest en of niet louter de aanwezigheid van een potentieel-sociopathogene omstandigheid voldoende is geweest voor het aannemen van „neurose”.

In de toelichting op de reeds eerder genoemde vragenlijst gaan de Belgische psychiaters nog verder door zich af te vragen of ook de langerdurende neurotische sociopathieën in de eigenlijke zin van het woord wel als „ziekten” opgevat moeten worden: „ce sont, finalement, moins de maladies qu'un handicap permanent ou quasi-permanent. . . .”

Hier slaat o.i. de balans weer in de andere richting door. Immers, zou men deze gedachtengang consequent volgen, dan heten straks de psychosomatosen als astma en ulcus ventriculi ook geen ziekten meer.

Intussen dreigen de begripsverwijdingen grote consequenties te verkrijgen voor de waarde van de statistieken van neuroseverzuim. In sommige gevallen doen deze nu reeds denken aan een statistiek van verkeersongevallen, waarin niet alleen de werkelijke slachtoffers zijn geteld, maar ook een aantal candidaat-slachtoffers, onder kandidaten dan te verstaan al diegenen die melden risico te hebben gelopen, door zich te voet, te fiets, per bus, tram of auto door het verkeer te hebben bewogen.

Smeets <sup>(91)</sup> schrijft de verwarring over het gezondheidsbegrip toe aan het „overenten” van psychologische denkwijzen en uitkomsten op de geneeskunde: alles wat met de mens in verband staat en dat „ongewoon” is — Smeets spreekt o.i. minder juist van „niet normaal” — werd als „ziekelijk” beschouwd. „Men begint de fout”, zo zegt hij, „het gehele mens-zijn in het medische vlak te plaatsen, de geneeskunde daarmee geen dienst bewijzende ten aanzien van de verwarring die steeds groter werd met betrekking tot de vraag naar het medisch wetenschappelijke begrip „ziekte”.”

Doeleman <sup>(83)</sup> meent er, evenals Bashford <sup>(8)</sup>, een reactie in te zien op de bewustzijnsvernaauwing die de geneeskunde tussen de beide wereldoorlogen heeft gekenmerkt, toen de volle medische activiteit eenzijdig werd gericht op het somatische ziekteproces: „De reactie tegen deze bewustzijnsver-

\*) Op blz. 142 werd melding gemaakt van een onderzoek van Veenenbos, waarbij gevonden werd dat één van de vijf neurotisch gekwalificeerde ziekteverzuimen op rekening kwam van psychologische of sociologische moeilijkheden, zonder dat nochtans een echte pathologische depressie in het spel was.

nauwing is na 1945 verwonderlijk snel in kracht toegenomen, en zij is bezig gestalte te krijgen onder verschillende benamingen zoals psychosomatiek, mental health, sociale geneeskunde e.d. Het doel van deze reformbeweging is de geneeskunde en de gezondheidszorg te verruimen naar arbeidsterrein en doelstelling. In eerste instantie bestaat deze verruiming", zo is ook hij van mening, „in het betrekken van psychologische gezichtspunten in de geneeskundige praktijk". Vervolgens zou de gezondheidszorg, uitgaande van het lichamelijk lijden, via de psychosomatiek, er toe zijn gekomen steeds meer aandacht te gaan geven aan sociale factoren.

### XIII.3.3.1. Sociosen en sociopathieën

Bowman <sup>(14)</sup> merkt in een artikel, getiteld „Modern concept of Neurosis" op, dat „a diagnosis of psychoneurosis should be on a positive basis and not merely on a negative one". Deze uitspraak houdt een waarschuwing in het judicium „aanpassingsstoornis" niet te vereenzelvigen met een manifeste psychoneurotische reactie.

In het voortreffelijke artikel „Health as a Social Concept" zegt Aubrey Lewis <sup>(64)</sup>, dat de psychiatrie zich bezighoudt met: „...The individual as a psychological organism perpetually called upon to adapt the social environment, but" — zo gaat hij verder — „unfortunately we have not an agreed touchstone for his success and failure in this unescapable exercise. Failure in it, moreover, need not betoken mental illness. One can be sociopathic without being psychopathic".

Wij zouden nog een stap verder willen gaan door te stellen dat de aanwezigheid van sociopathogene omstandigheden nog geen sociopathie behoeft te betekenen. Bij lezing van Lewis' artikel krijgt men trouwens de indruk, dat hij dat ook bedoeld heeft. Het door hem gebruikte woord „sociopathic" is in dit verband minder gelukkig en zou beter door „sociotic" vervangen kunnen worden. De *sociosen* beschouwe men dan als de verweerpatronen van de gezonde mens op homoiostase-verstorende invloeden uit de societas. Gekleurd en getekend als deze patronen zijn door de culturele laag waarin de betrokkenen leven en werken, kan men reacties verwachten, die naar het inzicht van anderen ongemotiveerd, onjuist en ondoelmatig schijnen en door de medicus juist daardoor gemakkelijk voor pathologisch gehouden kunnen worden. Voor de betrokkenen zelf behoeven zij geen andere betekenis te hebben dan een uiting van protest of van ontevredenheid, waarbij juist het ziekteverzuim een geëigend en veilig argumentatiemiddel lijkt om effectieve en passende hulp te verkrijgen. Als het werk alleen uit boosheid of ballorigheid wordt neergelegd, dan kan het verzuimverweer volkomen zinloos en ondoelmatig schijnen. Maar ook dan nog blijft het, mits door de medicus als „depressie" aanvaard, een veilige en gemakkelijke wijze van afreageren. In andere gevallen is de ziekmelding zeker niet zinloos, alleen al door de extra-aan-

dacht die de betrokkene hiermede voor zijn moeilijkheden weet te verkrijgen.

Kort gezegd is de sociose dus te beschouwen als een niet-ziekelijke reactie van de gezonde werknemer op sociogene factoren, welke onder omstandigheden sociopathogeen kunnen worden.

Volgens deze definitie horen ziekteverschijnselen dus niet in een sociose thuis en omgekeerd mogen sociosen niet in een statistiek van ziekten worden opgenomen. Nu dit laatste evenwel steeds meer gewoonte is geworden, is het niet te verwonderen dat de cijfers in de literatuur over het voorkomen van geestelijke stoornissen bij werknemers zo sterk uiteenlopen. Ook Lewis wijst op deze consequentie voor de statistiek: „Social data have often been given a pathological value. This may account for some divergent figures”. Met de bedoeling de neurosestatistiek te zuiveren van deze ten onrechte geïnccludeerde sociosen — Lewis spreekt dan van sociopathieën — heeft de Medical Research Council Unit 1, bij een meer recent onderzoek, een ernstige poging gedaan „to keep the estimation of mental health clear of direct occupational and other social considerations”.

Wij menen, dat het voor de vergelijkbaarheid van neurosegegevens van groot belang zou zijn als deze gedragslijn ook in Nederland zou worden gevolgd, d.w.z. als voortaan geen verzuimen meer als „ziekte” worden erkend, indien er — zonder de kennis van de sociale achtergronden — geen aanleiding zou zijn geweest om van ziekte te spreken. Misschien kan deze aanbeveling ertoe bijdragen om in de toekomst een einde te maken aan wat Lewis noemt „the confusion of social deviation with illness”. Hiervoor is het nodig „to keep the social findings as distinct as possible from the psychological and pathological findings”.

In de praktijk zijn enkele moeilijkheden te verwachten, indien men er inderdaad toe zou overgaan het medische kanaal voor tot dusver doorgelaten sociosen af te grendelen, en wel voornamelijk doordat dit soort verzuimen dan niet meer in aanmerking komt voor uitkeringen krachtens de Ziektewet. Misschien zal in sommige bedrijven een uitbouw van de sociale voorzieningen nodig zijn om aan de gestremde invloed van sociosen een andere — betaalde! — outlet te verschaffen. Het is naar onze mening evenwel zeer de vraag of op louter sociale overwegingen gebaseerde verzuimbehoeften dan nog veelvuldig zouden voorkomen. De dienst belast met de sociale zorg zal dan immers meer dan voorheen een rechtstreeks financieel belang hebben bij het op korte termijn treffen van de meest geëigende maatregelen om de verzuimbehoefte weg te nemen. Een tweede voordeel is, dat door de mogelijkheid van een onmiddellijke verwijzing naar het sociale kanaal, aan de afwijzende uitspraak van de arts de voor de werknemer onaangename financiële consequenties worden ontnomen.

In het voorgaande werd een aanbeveling gedaan om gevallen van verzuim, die niet in een statistiek van zieken thuishoren, te excluseren.

De moeilijkheid werd hierbij opnieuw teruggebracht tot het afbakenen van de grens tussen gezond en ziek, i.c. tussen sociose en sociopathie. In de praktijk zal dit lang niet altijd eenvoudig zijn. Een praktisch hanteerbare aanbeveling is hier wellicht, dat men zich in grensgevallen laat leiden door de noodzaak van therapie. Wij ontveinzen ons niet dat een pragmatisch criterium nooit volkomen objectief kan zijn, maar menen toch dat het als „vuistregel” een bruikbaar hulpmiddel is. Met andere woorden: als de verzuimbehoefte medisch moet worden behandeld, dan spreke men van sociopathie, respectievelijk van neurose; is deze noodzaak niet aanwezig — het oor-verlenen door de arts buiten beschouwing gelaten — dan noeme men het een sociose. In „Inleiding tot de Psychiatrie” merkt Rümke<sup>(86)</sup> het volgende op met betrekking tot de conditionele rol van de *societas*: „. . . Nu kan ik mijn aandacht blijven geven aan de individuele factor, . . . en daarin de belangrijkste conditie zien. Waarom eigenlijk? Uit gewoonte? Omdat wij nu eenmaal gewend zijn onze opmerkzaamheid in de eerste plaats op het individu te richten? Wanneer dit individu in zijn geborgenheid door niets opviel, een *geheel gewoon mens* (cursivering van de schr.) was, misschien niet bijzonder sterk, is het dan niet veel juister het hoofddaccent wat de genese betreft te leggen op wat in de *societas* voorviel en de stoornis sociogenetisch bepaald te zien, en de therapie of de preventie niet in de versterking van de afzonderlijke individuen te zien, maar in de *sanering van de societas*. . . .?”

Bij de sociosen is het niet de mens, maar zijn het de omstandigheden — sociopathogeen als ze zijn in potentie — die behandeling behoeven. Maar dit is niet het terrein van de arts.

#### Conclusie:

In de, in hoofdstuk XIII.3.3. gegeven beschouwingen hebben wij getracht de wortels te vinden van datgene, dat zich in zijn statistische consequenties aan ons voordoet als het probleem van het neuroseverzuim. Hierbij is gebleken dat de verruiming van het ziektebegrip in het bijzonder vèr strekkende gevolgen heeft gehad voor de diagnose „neurose”. Een tweede conclusie was, dat elke poging om langs theoretische weg tot een bruikbare begripsafbakening te komen onherroepelijk stranden moet op de onmogelijkheid de grenzen tussen gezond en ziek, respectievelijk tussen pre-existente neurose en sociogene reactie (sociose) op een voor de praktijk doelmatige wijze vast te leggen.

In aansluiting aan de aanbeveling die op blz. 188 gedaan werd met betrekking tot een functionele herindeling van geestelijke stoornissen naar de mate van (on)aangepastheid, lijkt het de juiste weg te beginnen met de evaluatie van een aantal case-studies, teneinde meer klaarheid te brengen in de bestaande krachtsverhoudingen in dit vage gebied van het ziekteverzuim. Voorts werd gewezen op de de laatste jaren hand over hand toegenomen gewoonte het verzuim van gezonden-met-moeilijkheden als me-

disch verantwoord te sanctioneren. Er werd de aandacht op gevestigd dat deze zogenaamde sociotici de hulp van de arts slechts inroepen om een verzuimvergunning te krijgen en extra-aandacht te vragen voor problemen waar de medicus zelf in de regel niets aan kan doen. Het verdient aanbeveling dat in plaats van de arts, de afdeling maatschappelijk werk van het bedrijf zich rechtstreeks, d.w.z. zonder inschakeling van de Ziektewet, met deze gevallen occupeert. Voorts lijkt het nodig dat meer aandacht wordt besteed aan het heropvoedingswerk van habituele sociotici. Ook de medicus kan hiertoe positief bijdragen door een duidelijke, eenvoudig gemotiveerde afwijzing zijnerzijds van de sociose als ziekte.

Wanneer in het bovenstaande gesteld wordt, dat de medicus geen taak heeft bij de behandeling van sociosen, dan impliceert dit niet, dat er geen stijgende behoefte zou zijn aan medisch maatschappelijk werk of aan sociaal-geneeskundige revalidatie. Met betrekking tot de psychische reacties ligt hier integendeel een uitgestrekt arbeidsveld voor preventie, therapie en revalidatie. Hierbij denken wij niet alleen aan die gevallen, waarin een langdurige sociogenese bij de ontstaanswijze een rol heeft gespeeld, maar ook aan de soms plotseling optredende „luxaties” als gevolg van hiertoe provocerende sociale omstandigheden, bij personen met in aanleg neurotische karakterstructuren. Maar hier bevinden wij ons op het terrein van de ziekten. De sociosen bij gezonden eisen een andere aanpak, door andere deskundigen.

Vraagt men naar de oorzaak van de wassende stroom van sociotisch verzuimbehoeftegen, dan hoort men telkens weer dezelfde geluiden van mentaliteitsverandering, gemis aan verantwoordelijkheid en gemakzucht. Maar het zijn niet de artsen, die hiermede worden bedoeld. Toch treft ook hen schuld. Wanneer sommige collegae van oordeel zijn, dat de neiging om het werk te staken bij de mens-in-moeilijkheden als zodanig al een reden is om in twijfel te trekken of zo iemand gezond mag worden genoemd, dan schuilt in dit woordenspel een ernstig gevaar. De begrippen „gezond” en „ziek” — het mogen dan ficties zijn — in de samenleving vervullen zij — gelukkig nog steeds — een uitermate nuttige functie. Bij alle wetenschappelijke twijfel mag de arts nooit vergeten, dat hij de sociale plicht heeft om aan hen, die in deze om zijn oordeel vragen, dit in eenvoud en beslistheid te geven. Hij heeft er voor te waken, dat de weinige elementaire „zekerheden” die de mens nog kent, niet door eigen twijfel aan het wankelen worden gebracht. Als zelfs de arts te kennen geeft niet meer te kunnen differentiëren tussen „gezond” en „ziek”, wat wil men dan van de leek verwachten?

## XIV. SAMENVATTING

### *Aanleiding tot het onderzoek. Doelstelling*

Aanleiding tot deze studie is geweest twijfel aan de juistheid van de in wijde kring verbreide mening, dat de neurose tegenwoordig in Nederland veelvuldiger voorkomt, dan in de jaren vóór de laatste wereldoorlog. Sommigen spreken in dit verband zelfs van een nieuwe volksziekte, van een sociaalgeneeskundig probleem van grote omvang. In medische kringen bestaat een begrijpelijke behoefte aan enigermate betrouwbare gegevens over de werkelijke omvang van dit probleem, en aan een kritisch onderzoek naar de veronderstelde toeneming van deze stoornissen.

Het doel van het in deze studie beschreven onderzoek is te trachten tot de gevraagde kwantificaties te komen door middel van reeds bestaande gegevens over arbeidsverzuim.

### *Inventarisatie van gegevens*

Aan de hand van cijfers over verzuim door „neurosen”, afkomstig uit een aantal binnen- en buitenlandse bronnen uit de perioden vóór, tijdens en na de laatste wereldoorlog, wordt gewezen op de kwantitatieve consequenties van het ontbreken van vergelijkbare telobjecten en op de noodzakelijkheid van duidelijke begripsomschrijvingen. Een inventarisatie van Nederlandse gegevens over verzuim door „neurosen” brengt enorme divergenties aan het licht in de opgaven der onderscheiden medische diensten.

### *Het onderzoek van R. Fraser*

Naar aanleiding van het gebruik uitkomsten uit het onderzoek van Russell Fraser als maatgevend voor Nederland te citeren, wordt met behulp van de door de auteur gegeven begripsomschrijvingen nagegaan, wat diens cijfers precies betekenen. De „neurose” blijkt in dit Engelse rapport veel meer te omvatten, dan wat in Nederlandse statistieken gewoonlijk onder dit hoofd wordt opgenomen. Bij een later, in hoofdstuk VI beschreven, vergelijkend onderzoek, komt aan het licht, dat de Engelse cijfers voor de vrouwelijke werknemers circa 4 maal zo hoog en voor de mannelijke fabrieksarbeiders 6 à 7 maal zo hoog zijn, als die voor dezelfde groep van „definite neuroses” in de statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde van tien jaar later. Gewezen wordt op de uitzonderlijke omstandigheden ten tijde van het onderzoek van Fraser, als gevolg waarvan aan diens uitkomsten geen bewijskracht kan worden ontleend voor de omvang van het neuroseprobleem in Nederland.

### *Noodzakelijke beperkingen*

Het beschikbare cijfermateriaal noopte tot beperkingen. De eerste hiervan betreft de populatie waarop het onderzoek betrekking heeft. Enigszins bruikbare gegevens staan slechts ter beschikking over de onder de bepalingen van



de Ziektewet vallende categorie der fabrieksarbeiders. De uitkomsten bij deze o.m. door leeftijd geselecteerde groep van werknemers mogen uiteraard niet betrokken worden op de Nederlandse bevolking als geheel. Een tweede beperking betreft de reeds genoemde omstandigheid, dat in plaats van werkelijke morbiditeitsgegevens, genoeg moest worden genomen met data over arbeidsverzuim door ziekte. In hoofdstuk XII wordt de betekenis van deze tweede beperking besproken in een analyse, die beoogt de relaties tussen verzuim en morbiditeit nader te preciseren. Een derde beperking ligt op het nosologische terrein. De keuze viel hierbij op de beperkte groep der psychoneurosen, gedefinieerd door de internationale codenummers 310-318. Deze groep omvat wel de orgaanneurosen, maar niet de psychosomatosen. Ook de gedrags- en karakterafwijkingen en de intelligentiestoornissen vallen buiten deze groep. Doordat bovendien van elk afzonderlijk verzuimgeval slechts één oorzaak wordt gecodeerd, gaat het aandeel van de psychische component bij somatische ziekten in het totaal van de neurosemorbiditeit verloren.

### *Gebruikte bronnen*

Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van de gegevens van de sinds 1952 bestaande Diagnosestatistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (N.I.P.G.) en voorts van de door een tweetal Bedrijfsgeneeskundige Diensten beschikbaar gestelde gegevens over verzuim door „neurosen”. De betreffende bedrijven zijn de N.V. Philips' Gloeilampenfabrieken te Eindhoven en de Koninklijke Nederlandsche Hoogovens en Staalfabrieken N.V. te IJmuiden. Gespecificeerde gegevens over de samenstelling van de in het onderzoek betrokken werknemersgroepen, over leeftijdsopbouw, enz., zijn vermeld in hoofdstuk IV.

### *De nosologische eenheid*

In hoofdstuk III, dat handelt over nomenclatuur en classificatie, wordt gewezen op de onvermijdelijkheid voor het onderhavige onderzoek de codificatie en indeling aan te houden van de Manual of Statistical Classification, Injuries and Causes of Death. De afwijkingen van het in 1955 ingevoerde Nederlandse classificatiesysteem worden, voor zover deze de groep der psychoneurosen betreffen, besproken en gemotiveerd. Later, met name in hoofdstuk XIII, wordt uiteengezet, waarom de internationale indeling — en dus ook het hierop gebaseerde Nederlandse systeem — ongeschikt is voor een doelmatige codering en classificatie van symptomatische klachten en van nosologisch niet nader gedifferentieerde aanpassingsstoornissen. De beide Bedrijfsgeneeskundige Diensten maakten in de peiljaren 1953 en 1954 gebruik van een eigen ziektenindeling. Een rechtstreekse hergroepering van de gegevens over psychische stoornissen bleek onmogelijk, doordat de identiteit van de afzonderlijke diagnostische gegevens verloren is gegaan als gevolg van het, bij beide bedrijven gebruikelijke registreren in groepscodes. Het is deze omstandigheid geweest, die de in het onderzoek gevolgde methode in hoofdzaak heeft bepaald.

### *Gevolgde methodiek bij hergroepering*

De Diagnosestatistiek van het N.I.P.G. is een landelijke statistiek, die in 1953 circa 57.000 werknemers omvatte, afkomstig uit 31 bedrijven. Aan deze ge-

gevens kleven dientengevolge alle bedenkingen van de heterogene herkomst, met betrekking tot de waarde ervan. Een voordeel tegenover de beide bedrijfsstatistieken is, dat de diagnoses voor ca. 70% in nominatieve vorm worden ingezonden en centraal worden gecodeerd. Hierdoor is een, zij het globale, frequentieverdeling der onderscheiden psychische stoornissen bekend. Uitgaande van deze verdeling is getracht tot een betere onderlinge vergelijkbaarheid te komen van de verzuimgegevens uit de drie statistieken, door het materiaal van de N.I.P.G.-statistiek te hergroeperen volgens de in internationale codecijfers opgegeven formele samenstelling der P-neurosegroep (Philips) en H-neurosegroep (Hoogovens). Vervolgens is — wederom op basis van de N.I.P.G.-gegevens — zo goed mogelijk geschat, hoe groot het neuroseverzuim bij de twee bedrijven zou zijn geweest, als de betrokken Geneeskundige Diensten gebruik hadden gemaakt van de internationale indeling (codenummers 310-318). Hierbij kwamen verschillen aan het licht, waarbij het meest opmerkelijke was, het belangrijk hogere neuroseverzuim bij de fabrieksarbeiders van de Hoogovens. De uitkomsten van de hergroeperingsprocedure zijn tezamen met die van de schattingsmethode bijeengebracht in tabel 23 op blz. 61. Het zoeken naar een verklaring van de gevonden verschillen vereiste, dat uitvoerig moest worden ingegaan op de achtergronden van de bedrijfsgegevens. In hoofdzak IV wordt de wordingsgeschiedenis en de ontwikkeling van de statistieken beschreven, waarbij in het bijzonder aandacht wordt geschonken aan de werkwijzen der betrokken geneeskundige diensten, aan de diagnosevorming, de controle-systemen en aan de herkomst en samenstelling van de onder deze statistieken vallende populaties.

Ofschoon er steun werd gevonden voor de veronderstelling, dat verschillen in de hiergenoemde omstandigheden mede hebben gewerkt aan de uiteenlopende schattingsuitkomsten, bestaat vooral ten aanzien van de hoge cijfers voor het Hoogovenspersoneel het vermoeden, dat de controle-artsen meer ziektebeelden in de eigen nosologische groep hebben ondergebracht dan met de theoretische inhoud ervan in overeenstemming is.

## *Resultaten*

### *a. Schattingen op grond van de verdelingen in de N.I.P.G.-statistiek.*

Met de schattingsmethode werd voor de in Eindhoven wonende, bij Philips werkzame fabrieksarbeiders in 1953 een verzuimfrequentie door I-neurosen gevonden van ten hoogste 8 per jaar per 1.000 mannelijke, en van maximaal 12 per jaar per 1.000 vrouwelijke werknemers.

Bij de mannelijke fabrieksarbeiders van de Hoogovens werd voor 1954 een frequentie gevonden van ten hoogste 45 per 1.000 man.

In de N.I.P.G.-statistiek bedroeg de I-frequentie bij de categorie der fabrieksarbeiders 8 tot 12 verzuimen per 1.000 man. De cijfers uit de N.I.P.G.-statistiek en de daarop gebaseerde schattingen voor Philips stemmen, wat de mannelijke fabrieksarbeiders betreft, zeer goed overeen met de uitkomsten die L. Norman vond bij werknemers van de Chiswick werkplaatsen van de London Transport Bus and Coach Fleet, in de jaren 1949—1952.

### *b. Leeftijd en geslacht bij I-neurosen in de Diagnosestatistiek van het N.I.P.G.*

Een leeftijdseffect kon met de gegevens over I-neurosen van de N.I.P.G.-

statistiek niet worden aangetoond. Slechts de allerjongsten vormen een uitzondering: bij hen blijkt verzuim door I-neurosen uiterst zeldzaam te zijn. Verder is er een aanwijzing, dat de I-neurose bij mannen van 60 jaar en ouder met langduriger verzuim gepaard pleegt te gaan.

Door de in de fabriek werkzame meisjes van 19 jaar en jonger blijkt volgens de N.I.P.G.-statistiek in 1953 ruim 5 maal zo vaak onder de diagnose I-neurose verzuimd te zijn als door de jongens uit dezelfde leeftijdsgroep. In de hogere leeftijdsklassen wordt het verschil tussen de geslachten steeds kleiner, maar ook bij de vrouwen van 30 jaar en ouder is de frequentie toch nog het dubbele van die bij de mannen boven de 30. Ook het aandeel van de I-neurosen in de frequentie van het totale verzuim is bij de jonge fabrieksarbeidsters 5 maal zo hoog als bij de jonge mannen, en ook hier blijkt het verschil in de betekenis der I-neurosen als verzuimoorzaak geleidelijk kleiner te worden in hoge leeftijdsklassen. Ten aanzien van de verzuimde dagen lopen de sexeverhoudingen veel minder uiteen. De grootste verschillen worden hier aangetroffen in de leeftijdsklasse van 20—29 jaar, waarin het gemiddeld aantal door I-neurosen verzuimde dagen per 100 vrouwen 1.8 maal zo groot is als dat per 100 mannen. Boven de 40 jaar is de situatie omgekeerd en wordt per 100 vrouwen slechts half zoveel dagen verzuimd als per 100 mannen. Ook het aandeel in het totaal der verzuimde dagen is bij oudere fabrieksarbeidsters kleiner dan bij de mannen van dezelfde leeftijdsklasse.

#### *c. Seizoeninvloed bij P-neurosen in de ziektestatistiek van Philips*

In hoofdstuk X is onderzocht of de neurose in bepaalde seizoenen meer optreedt dan in andere. De gegevens over I-neurosen in het N.I.P.G.-materiaal bleken te klein in aantal voor een zinvolle detaillering naar de maanden van het jaar. Daarom werd voor dit doel gebruik gemaakt van de gegevens betreffende P-neurosen bij Philips. Een seizoeneffect kon voor deze groep van geestelijke stoornissen niet worden aangetoond.

## EIGEN ONDERZOEK

### *Doelstelling*

In hoofdstuk XI is het „veldwerk” beschreven, dat in de eerste plaats bestond uit het toetsen van de juistheid van de groepskeuze in de praktijk bij de beide bedrijven.

Tegelijk met dit controle-onderzoek werd bij in totaal ruim 300 „neurose”-verzuimen een gespecificeerde hercodering verricht, met de bedoeling een meer reële kwantificatie te verkrijgen van het verzuim door „internationale” (I)-neurosen (310-318), ditmaal dus niet gebaseerd op schattingen uit N.I.P.G.-gegevens, maar op de aantekeningen over psychische stoornissen in de ziekte-dossiers.

### *Gevolgde methodiek*

Hoofdstuk XI vermeldt eerst de wijze waarop de drie steekproeven — 100 mannen en 100 vrouwen met P-neurosen in 1953 bij Philips, en 100 H-neurosen bij de Hoogovensarbeiders in 1954 — uit de totalen der neuroseverzuimen in de betreffende jaren werden getrokken, vervolgens bijzonderheden over de gevolgde werkwijzen bij de hercodering van deze gevallen en over daarbij

ondervonden moeilijkheden. De steekproefomvang bedroeg voor de mannelijke arbeiders beide malen circa 30%, die van de vrouwelijke arbeiders 90% van het totale aantal neuroseverzuimen in het betreffende jaar. De populaties, waarop de gegevens betrekking hebben, bestonden bij Philips uit ca. 10.200 mannelijke en 2.780 vrouwelijke weekloners, allen te Eindhoven woonachtig. Bij de Hoogovens werd de populatie gevormd door ruim 6.000 verspreid wonende fabrieksarbeiders.

### *Resultaten*

Op basis van de steekproefschattingen kwamen bij Philips in 1953 gemiddeld 2 verzuimen voor door I-neurosen per 100 mannen, en 2,5 per 100 vrouwen. Het aantal wegens deze ziekten verzuimde dagen bedroeg 33 per 100 mannen tegenover 52 per 100 vrouwen.

Bij de Hoogovens werden over 1954 gemiddeld 3 verzuimen door I-neurosen gevonden per 100 mannen. Aangezien ook de gemiddelde duur  $1\frac{1}{2}$  maal zo lang was als die bij de mannelijke fabrieksarbeiders bij Philips, betekent dit dat het hercoderingsonderzoek de eerder genoemde hoge schattingscijfers voor de Hoogovens bevestigt. Het gemiddeld aantal dagen, dat per 100 man in dit bedrijf wegens I-neurosen in 1954 werd verzuimd, bedroeg 87 tegenover 33 bij Philips in 1953.

Voor de cijfers van de overige verzuimgrootheden moge verwezen worden naar overzichtstabel 66 op blz. 149, waarin de gezamenlijke uitkomsten van het hercoderingsonderzoek zijn opgenomen.

Een statistische analyse bracht bij Philips geen significante verschillen aan het licht tussen de frequentie en duur van het I-neuroseverzuim enerzijds en leeftijd, diensttijd en burgerlijke staat anderzijds. Een uitzondering hierop vormt de diensttijd bij de vrouwelijke werknemers: een I-verzuim blijkt bij vrouwen met een meer dan 4-jarig dienstverband in het algemeen langer te duren ( $0.02 < P < 0.05$ ).

In tegenstelling tot de negatieve bevinding bij Philips wordt bij de mannelijke Hoogovensarbeiders in hogere leeftijdsklassen een zeer significant langere verzuimduur gevonden dan bij de jongere werknemers ( $0.001 < P < 0.01$ ). Ook ten aanzien van de lengte van het dienstverband kan bij de Hoogovens een significante invloed worden aangetoond op de duur der I-neuroseverzuimen ( $0.02 < P < 0.05$ ).

### *Verklaring van de gevonden verschillen*

Als verklaring van het hogere verzuim bij de Hoogovens komen in de eerste plaats de geringere controlemogelijkheden in aanmerking. Verder moet ook de afsplitsing van de psychische component in gevallen van onmatig gerekte verzuimduren bij somatische ziekten, tot een hogere frequentie hebben geleid. Voorts is het niet uitgesloten dat een met de aard der werkzaamheden samenhangend verschil in beoordeling van arbeidsongeschiktheid een verklaring vormt voor de, bij Philips niet, doch bij de Hoogovens wél geconstateerde invloed van de leeftijd op de verzuimduur. Niettemin werd uit de ziektegeschiedenissen de indruk gekregen, dat in de betreffende jaren bij het Hoogovenspersoneel meer ernstig gestoorde neurotici voorkwamen dan bij Philips.

Deze laatste omstandigheid zou mede een verklaring kunnen zijn voor de langere verzuimduur.

#### *De toeneming der neurosen*

Het tweede doel van deze studie was na te gaan of uit het verschijnsel van het toegenomen arbeidsverzuim tengevolge van psychische stoornissen geconcludeerd mag worden, dat ook de morbiditeit van deze ziekten na de oorlog is toegenomen. Hiervoor werd wederom gebruik gemaakt van de ziektestatistiek van Philips, de enige bron in Nederland, die beschikt over vóóroorlogse gegevens van naar diagnose gespecificeerde ziekteverzuimen, bij een populatie, waarvan de bestandsgegevens volledig bekend zijn. Nagegaan werd of zich ook veranderingen hebben voorgedaan in het verzuim tengevolge van een groep ziekten, waarvan aangenomen mag worden, dat de morbiditeit slechts geringe fluctuaties vertoont. De keus viel hierbij op de niet-functionele ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen, voornamelijk omdat bij deze aandoeningen zo goed als altijd objectief te constateren verschijnselen worden aangetroffen.

Ook voor deze ziekten werd, in vergelijking tot de periode vóór de laatste oorlog, een zeer grote toeneming gevonden van de verzuimfrequentie. Hiermede is aangetoond, dat de hoge cijfers van na de oorlog in de eerste plaats verklaard moeten worden door wijziging in de verzuimgewoonten. Er is derhalve geen reden, voor één bepaalde groep van ziekten, i.c. de psychoneurosen, de algemene bevinding van een sterk toegenomen verzuim te negeren en hier de oorzaak te zoeken in een reële achteruitgang van de (geestelijke) gezondheidstoestand. Hoewel niet bewezen werd, dat de morbiditeit van geestelijke stoornissen niet veranderd zou zijn, is ook geen aanknopingspunt in de verzuimcijfers te vinden, waaruit steun kan worden geput voor de mening dat de „neurose” tegenwoordig meer zou voorkomen dan vroeger. Uit de overwegingen in hoofdstuk IX genoemd, blijkt integendeel dat veranderingen in de verzuimgewoonten, in de zin van een toegenomen frequentie bij ongewijzigde morbiditeit, eerder bij de psychische stoornissen te verwachten zijn dan bij andere ziektegroepen.

#### *Factoren van invloed op de verzuimgedragingen*

In hoofdstuk IX is getracht een praktisch hanteerbare indeling te geven van de diverse factoren van invloed op het verzuimgedrag. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen de verzuimbehoefte (de werknemersnorm), de verzuimnoodzaak (de door derden, in de eerste plaats door artsen gehanteerde maatstaven), de verzuimgelegenheid (het complex van verzuimremmende en verzuimbevorderende omstandigheden binnen het bedrijf) en de verzuimmogelijkheid (financiële consequenties voor de betrokkenen).

Er wordt gewezen op de vele en belangrijke veranderingen, die zich sinds de dertiger jaren op elk van deze vier gebieden hebben voltrokken. De mening, dat een wijziging in de mentaliteit van de werknemer de voornaamste oorzaak zou zijn van het na-oorlogse verzuimaccres, moet op deze gronden als een te eenzijdige en niet bewezen verklaring van de hand worden gewezen.

#### *Aanbevelingen voor de ziekteverzuimstatistiek*

In het laatste hoofdstuk worden een aantal aanbevelingen gedaan met het

doel de vergelijkbaarheid van ziektestatistieken te vergroten door opvoering van de uniformiteit in de wijze waarop de gegevens worden geregistreerd en verwerkt. De aanbevelingen zijn afzonderlijk gegeven voor de ziekteverzuimstatistiek in het algemeen, voor de diagnosestatistiek der Bedrijfsverenigingen en voor de statistiek van verzuim door neurosen. Er wordt op gewezen, dat ziekte en alles wat daarmee samenhangt — dus ook de ziektestatistiek — in de eerste plaats een medische, i.c. een sociaalgeneeskundige aangelegenheid is en dat de waarde van het statistisch materiaal nauw samenhangt met de mate waarin de artsen bemoeienis hebben met deze materie.

Als punt van primair belang wordt voorts de noodzaak naar voren gebracht van nationale en internationale uniformiteit in de begripsomschrijvingen en van standaardisatie van teelenheden en verhoudingsmaten. Ook ten aanzien van de wijze waarop de gegevens na bewerking gepresenteerd moeten worden, is overleg en normalisatie noodzakelijk. In de diagnosestatistiek zal bijzondere aandacht moeten worden geschonken aan het probleem van de „onbekenden” en van de vage symptomatische klachten, wegens de storende invloed, die deze diagnosegroepen kunnen hebben op de vergelijkbaarheid van het overige diagnostische patroon. Ter verhoging van de waarde en de betrouwbaarheid der statistieken wordt tenslotte gepleit voor gedetailleerde opgaven met verbatim-diagnosen, gecombineerd met centrale codering en bewerking.

#### *Aanbevelingen voor de statistiek der Bedrijfsverenigingen*

De wenselijkheid wordt betoogd dat de Bedrijfsverenigingen van de tot dusverre in hun administratie geregistreerde uitkeringsduren zullen overschakelen op de werkelijke ziekteverzuimduren. Voor het criterium van de „laatste dag” zal aansluiting moeten worden gezocht bij de voorschriften van de ziekteverzuimstatistiek. Voorts wordt aanbevolen, door middel van speciale onderzoeken te trachten afdoende informatie te verkrijgen over de omvang van het verzekerdenbestand. Het ontbreken van dit gegeven doet ernstig afbreuk aan de betekenis van de statistieken van de Bedrijfsverenigingen.

Een benadering van dit gegeven door steekproefonderzoek is te verkiezen boven een jaarlijks terugkerende, alle verzekerden omvattende individuele registratie.

#### *Aanbevelingen voor de statistiek van verzuim door neurosen*

In het laatste deel van hoofdstuk XIII wordt de verwijding van het ziektebegrip en in het bijzonder de inflatie van de nosologische term „neurose” besproken. Hierbij wordt gewezen op de consequenties, die deze begripsverruiming hebben gehad voor de nomenclatuur en classificatie, waardoor de International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death niet meer voldoet aan de, aan een praktische indeling te stellen eisen. In dit verband wordt de wenselijkheid betoogd van een meer functionele indeling van psychische stoornissen, gebaseerd op ervaringen, verkregen door een vergelijkende evaluatie van de mate van (on-)aangepastheid in een aantal praktijkgevallen.

Een andere consequentie van de verwijding van het neurosebegrip is de inclusie van zg. „psychische stoornissen bij gezonden” en de toenemende gewoonte van de artsen om verzuim toe te staan en daartoe te adviseren, louter op grond van de aanwezigheid van potentieel sociopathogene omstandigheden.

Gewezen wordt op de noodzakelijkheid van een positieve diagnosevorming, ten einde de ziekelijke neurotische reactievormen te kunnen differentiëren van reacties bij gezonden met sociale moeilijkheden.

De laatstgenoemden — gezonden met zg. „sociozen” — behoren niet in een ziektestatistiek te worden opgenomen.

Voor de afgrenzing van deze gevallen wordt de „noodzaak van behandeling” als een praktisch bruikbaar criterium in overweging gegeven. Is medische behandeling overbodig, dan verdient het aanbeveling de betrokkene rechtstreeks — d.w.z. zonder inschakeling van het uitvoeringsorgaan van de Ziektewet — naar de in aanmerking komende instantie van maatschappelijk werk te verwijzen.

De medicus behoudt hierbij een taak door de socioticus, na zijn bezwaren vernomen te hebben, te adviseren in zake de te volgen weg en hem daarbij behulpzaam te zijn. Op deze wijze kan de arts niet alleen een nuttige bijdrage tot de preventie van geestelijke stoornissen leveren, maar tevens tot het noodzakelijke heropvoedingswerk, waarbij het belangrijkste wellicht is de duidelijke en besliste afwijzing zijnerzijds van de sociose als ziekte.

## XIV.1. SUMMARY

### *Objectives*

Doubts as to the widespread opinion, asserting that nowadays neurosis occurs more frequently in the Netherlands than it used to in pre-war days, have formed the motives for this investigation. Some even speak of a new endemic disease, of a socio-medical problem of great extent. In medical circles an understandable need is felt for reliable data of the real significance of this problem as well as for a critical survey of the presumed increase of these diseases; the aim of this study being to attain the quantifications wanted by making use of already available data on industrial sickness absence.

### *Survey of existing data*

With the aid of figures on absence through "neurosis" from a number of Dutch and foreign sources dealing with periods before, during and after World War II, the numerical consequences of the lack of comparable basic units and the need for clear definitions of terms are pointed out. A survey of the available Dutch figures on absence through "neurosis" discloses very large divergencies in the rates of the various medical services.

### *Russell Fraser's study*

In view of the habit of quoting the results of Fraser's study as being decisive for the Netherlands too, an investigation is made as to the precise meaning of his figures by using the author's own definitions of terms. It appears that in this British report the term "neurosis" comprises a great deal more than what is generally covered under this heading in Dutch statistics.

A comparative analysis, described later in chapter VI, shows that the British figures for female employees are four times as high and for male workers six to seven times as high as those of the same group of "definite neuroses" in the Netherlands Institute for Preventive Medicine's statistics of ten years later. The exceptional circumstances prevailing during the time of Fraser's study are pointed out; this being the cause that no evidence can be derived from his results as to the scope of the neurosis problem in the Netherlands.

### *Limitations*

The results of the present investigation were limited by the very statistical material. The first limitation refers to the population covered. More or less reliable data are only available for the category of factory workers covered by the National Health Act ("Ziektewet 1930").

The rates computed for this a.o. age selected group of employees could not, of course, apply to the population of the Netherlands as a whole. A second limitation is connected with the circumstance already mentioned that records



on absence from work had to be put up with, instead of real morbidity data. In an analysis which aims at stating more precisely the relation between absence and morbidity, the significance of this second limitation is dealt with, in chapter XII. A third one is to be found in the nosological field. Here the choice fell on the restricted group of psychoneuroses, defined by the international coding numbers 310-318; this group of diseases containing the neurotic somatization reactions, but not the psychosomatic diseases. The disorders of character, behaviour and intelligence are excluded from this group too. Finally, there is one more restriction; the share of the psychogenic component of somatic diseases in the total of neurosis morbidity being non-quantifiable in the present study, as only one cause is codified for each separate spell of sickness absence.

#### *Statistical sources used*

For this investigation the 1953 data of the specified statistics of the Netherlands Institute for Preventive Medicine (N.I.P.G.) have been used, as well as the records on absence through neurosis of two Industrial Health Services, i.e. the Philips Works at Eindhoven and the Royal Netherlands Iron and Steel Works at Ymuiden. Specified data on the composition of the groups of workers concerned, of age structure, etc., are given in chapter IV.

#### *The nosological unit*

In chapter III, dealing with nomenclature and classification, it is pointed out that the present study had to be based upon the codification and classification of the Manual of International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. The deviations from the Manual, introduced into the Dutch List of Diseases are discussed, as far as the group of psychoneuroses is concerned. In chapter XIII account has been rendered to the author's opinion that the international classification — and the Dutch system accordingly — is not appropriate for an efficient classification of symptomatic complaints and of nosologically ill defined cases of maladjustment.

Both Industrial Health Services used their own coding system, in 1953 and 1954. Since either of them recorded in group codes, the identity of separate diagnoses has gone lost, so that direct regrouping of the mental disorders was impossible. It has been this circumstance which has primarily determined the methods used in this investigation.

#### *Estimation methodology*

The specified statistics of the N.I.P.G. are nationwide, comprising about 57.000 workers in 1953, working in 31 industrial undertakings. As far as the value of the medical returns is concerned all deficiencies of their heterogenic origin attach to them. As compared with the two Industrial Health Services, an advantage is, however, that about 70% of the diagnoses are recorded by name and are codified centrally. This implies that the frequency distribution of the various mental disorders is known in the N.I.P.G.-material. With the use of this distribution a better comparability could be obtained between the three systems by regrouping the N.I.P.G.-diagnoses in accordance with the formal

contents of the "P"-neurosis group (Philips) and the "H"-neurosis group (Iron & Steel Works).

Secondly, as good an estimate as possible has been made — again based on the N.I.P.G.-distribution — of the absence due to neurosis, should the Medical Services of the two enterprises have used the international classification (coding numbers 310-318).

The estimated rates appeared to diverge, the most striking difference being the appreciably higher sickness rates for neurosis for Iron & Steel Works' employees. The combined results of the regrouping procedure and those of the estimation method are presented in table 23 on page 61. In trying to explain the differences found, a thorough study of the backgrounds of the material of the two Industrial Health Services appeared to be necessary. History, structure and development of the statistics are described in chapter IV, particular attention being paid to the working methods of the Medical Services concerned, the diagnostic accuracy, the systems of claim supervision and to the populations covered. Justification could be found for the presumption, that various circumstances mentioned above may have attributed to the divergencies in the estimated rates. However, the higher figures for Iron & Steel Works' employees give rise to the supposition that the Medical Officers of this plant include more syndromes in their own neurosis group than the theoretical content of the group allows.

#### *Preliminary results*

##### *a. Estimates based on the N.I.P.G. frequency distributions*

For 1953 the estimation method revealed for Philips factory workers, living at Eindhoven, an incidence of spells through "international" "I"-neuroses (310-318) of less than 8 per 1000 men per year, and less than 12 per 1000 women per year.

The male factory workers of the Iron & Steel Works had an estimated incidence rate of less than 45 per 1000 men in 1954.

The N.I.P.G.-statistics show an I-neurosis incidence rate for factory workers of 8 to 12 per 1000 men in 1953.

For male workers the N.I.P.G.-figures and the Philips' estimates, based thereupon, agree very well with L. Norman's results for the London Transport Bus & Coach Fleet, Chiswick Workshops, in the years 1949—1952.

##### *b. Age and sex in I-neuroses in the specified N.I.P.G.-statistics*

The existence of an age effect could not be stated in the I-neurosis data from the N.I.P.G.-statistics. Only the very youngest workers make an exception; absence through I-neurosis appears to occur seldom amongst them. There is a slight indication that I-neurosis means a more prolonged average absence in men of 60 years and older.

According to the 1953 N.I.P.G.-statistics factory girls of 19 years and younger are absent from work as a result of I-neurosis 5 times as often as boys in the same age group. In the higher age classes the sex differences are gradually diminishing, but still for women of 30 and over the rate of incidence is twice as high as that for men of 30 and over.

The proportionate incidence rate of I-neurosis, too, is 5 times as high for young female factory workers as for young men; here again the difference in the importance of I-neurosis as a reason for absence, appears to diminish gradually in higher age classes.

As far as the days lost are concerned, the sex rates are considerably less divergent. The greatest differences are found here in the 20—29 years age class, which shows an I-neurosis sex incapacity rate of 1.8.

The situation is reversed for 40 years and over, where the number of days lost through I-neurosis per 100 women is only half as much as per 100 men. The proportionate incapacity rate for older female factory workers too, is lower than for men in the same age group.

### *c. Seasonal influences in P-neuroses in Philips' sick absence statistics*

An investigation as to whether in certain seasons neurosis occurs more frequently than in others is made in chapter X. The N.I.P.G.-data on I-neurosis being too small in number for a sensible distribution over the months of the year, the Philips' data on P-neurosis were used for this purpose. For this group of mental disorders no seasonal effect could be revealed.

## INVESTIGATION BY THE AUTHOR

### *Objectives*

Chapter XI describes the "field work", which consisted in the first place of checking the correctness of the actually chosen group coding numbers by the Medical Officers in both plants.

Together with the coding tests a specified recoding was carried out in order to obtain a more reliable quantification of sick absence due to I-neuroses (310-318); not based on the N.I.P.G.-distribution this time, but on notes on mental disorders in the medical record cards.

### *Methodology*

Chapter XI describes first how the 3 samples — 100 men and 100 women with P-neuroses with Philips' in 1953, and 100 H-neuroses among Iron & Steel workers in 1954 — were taken from the neurosis populations in those years. Next, particulars are given on the recoding methods and the difficulties encountered. The size of the samples was in both cases for the male workers approximately 30%, for the females 90% of the total number of neurosis spells. At the Philips' works the populations concerned consisted of about 10.200 male and 2.780 female wage earners, living at Eindhoven. At the Iron & Steel Works the population consisted of more than 6.000 factory workers living in widely scattered places.

### *Results*

The incidence of spells through I-neurosis is estimated for Philips' in 1953 at an average of 2 per 100 men, and 2.5 per 100 women. The number of days lost amounted to 33 per 100 men against 52 per 100 women.

For the Iron & Steel Works an I-neurosis incidence of 3 per 100 men was found for 1954. Since the average duration, too, was 50% greater than that for

male workers with Philips', this implies that the high estimates for the Iron & Steel Works mentioned before are confirmed by recoding. The 1954 annual incapacity rate for I-neurosis was here 87 per 100 men as against 33 for Philips' in 1953.

Table 66 on page 149 shows the complete recoding results.

Among the Philips' factory workers no significant differences are found in incidence and duration of spells, with regard to age, duration of employment and civil status: an exception being a service period of five years and over for women, since here the average duration of an I-neurosis spell appears to be significantly greater ( $0.02 < P < 0.05$ ).

Contrary to the negative experience with Philips', the average duration of an I-neurosis spell at the Iron & Steel Works is significantly greater for male workers in higher age classes ( $0.001 < P < 0.01$ ). The same applies to workers with an employment of great duration ( $0.02 < P < 0.05$ ).

#### *Interpretation of the differences found*

The less favourable conditions for medical supervision provide a first explanation for the higher absence rates in the Iron & Steel Works. The higher prevalence rates of neurosis must also be attributed to the Medical Officers' inclination of evaluating the psychogenic component in cases of undue prolonged duration. Diverging incapacity judgments, too, might provide an explanation for the age effect on duration that does exist with Iron & Steel Works, and does not with Philips'.

Nevertheless the case histories suggest a higher prevalence of serious neurotic conditions amongst the Iron & Steel workers. This factor could be another cause of the greater average duration of spells.

#### *The increasing prevalence of neurosis*

The second objective of this study has been to investigate whether the post-war increase of absenteeism through mental disorders might indicate an increased morbidity. For this purpose, again, Philips' sick absence statistics were used, being the only available source in the Netherlands that provides specified pre-war absence data of a well recorded population.

Another group of diseases, of which it could be assumed that morbidity has varied only slightly — i.e. the non-functional disorders of the nervous system and sense organs —, also shows a very great post-war increase in incidence of absence spells. This proves that the high post-war rates are primarily due to a change in absence behaviour. There is no reasonable motive, therefore, to neglect this general conclusion now that a specific group of diseases is concerned, e.g. neurosis, and to identify here an increase in absence with an increase in morbidity. Although the consistency of the mental health situation could not be proved, the absence rates do not support the general opinion of an increased prevalence of neurosis, either. To the contrary, the considerations mentioned in chapter IX suggest that alterations in absence behaviour may be expected sooner in mental disorders than in other diseases.

#### *Factors influencing absence behaviour*

In chapter IX an effort has been made to give a practical scheme of the

various factors that influence absence behaviour. A distinction is made here as to the need for absence (the employee's criterion for stopping work), the indication for absence (the standards for stopping work set by Medical Officers or others), the occasionality for absence (the complex set of in-plant conditions discouraging or encouraging absenteeism), and the absence possibilities (financial consequences for those concerned).

The many important changes which have taken place in each of these sectors since the Thirties are stressed. On these grounds the opinion that a change in the worker's attitude should be the main cause of the post-war increase of absenteeism must be rejected as being onesided and not proved.

#### *Recommendations for sick absence statistics*

In the last chapter a number of recommendations are given with a view to secure comparability by promoting uniformity in registration and presentation. The recommendations are given separately for sick absence statistics in general, for the specified statistics of the Professional Sick Benefit Associations, and for the statistics dealing with absence through mental diseases.

The point is stressed that sickness and everything linked up with it is primarily a matter of medical competence; the value of the statistical material being greatly dependent on the degree of the Medical Officers' activities in this field.

It is most important that national and international uniformity in the definitions of terms be promoted; the same applies to standardization of units and rates. Uniform standards should be set, too, as to how results are to be published.

Special attention should be paid to the problem of "diagnoses unknown" and to that of the "ill-defined symptoms"; these broad groups often disturbing the comparability of the diagnostic pattern. In order to increase value and reliability of the statistics, diagnoses should be recorded nominatively, coding and computation to be done centrally.

#### *Recommendations for the Professional Sick Benefit Associations' statistics*

It is desirable that apart from registering lengths of sick benefit periods, the Associations, in future, also record the proper durations of sick absence. The definition of "the last day of a spell of sickness" should correspond with the regulations of the sick absence statistics on this item. It is further recommended that information with regard to the size of the insured groups be gathered; the value of the statistics of the Associations being badly affected by the present lack of these data. Estimates based on sampling methods are to be preferred over annual individual registration of the total population of the insured.

#### *Recommendations for the statistics of absence through neurosis*

The widening conception of "disease" and in particular the inflation of the nosological term "neurosis" is discussed in the last part of chapter XIII. The consequences of this process of extension on nomenclature and classification are dealt with. It is pointed out that the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death no longer meets the requirements of a practical classification for this purpose. In this connection an appeal is made for a

more functional classification of mental disorders, based on competitive evaluation of the degree of (mal)adjustment in a series of psychiatric cases.

Another consequence of the enlargement of the term "neurosis" is the inclusion of "mental disturbances in healthy persons" and the increasing habit among physicians of allowing absence from work and prescribing rest, on the sole indication of the presence of potentially sociopathogenic conditions.

It is emphasized that a diagnosis of psychoneurosis should be on a positive basis, and not merely on a negative one, so as to differentiate clearly between morbid neurotic conditions and reactions of healthy people with psychosociological troubles. These actually healthy people — with so-called "socioses" — should be excluded from any sickness statistics. As a feasible criterion to distinguish between neurosis and sociososis the "indication for treatment" is recommended; medical treatment being considered superfluous, the persons concerned should be referred straight away to the adequate social agencies: this means without engaging the executive organizations of the Health Act.

A particular responsibility of the doctor is still to lend a willing ear to the "socioticus" and to support him on his way. By doing so the doctor not only provides a useful contribution towards the prevention of mental diseases, but also towards the necessary re-education; the most important feature probably being his clear and downright rejection of sociososis as a disease.

## LITTERATUURLIJST

- |    |   |      |   |
|----|---|------|---|
| 1  | Alphen, M. R. van -de Veer  | 1955 | „Success and Failure in Industry, a Psychomedical Study”. Diss. Utrecht. Van Gorcum's Medical Library, no. 135.                           |
| 2  | Alphen, M. R. van -de Veer  | 1950 | „Psychische Oorzaken van Ziekteverzuim”. Maandblad v. Geestelijke Volksgezondheid 1950, p. 196—203.                                       |
| 3  | Arbeidsinspectie  | 1956 | Centraal Verslag der Arbeidsinspectie over het jaar 1954. „Sociaal Welzijn in de Onderneming”. Staatsdrukkerij- en Uitgeverij Bedr. 1956. |
| 4  | Arndt, J. L.  | 1954 | „Het autopsychodrama”. Geneesk. Bladen, 46e reeks, p. 201, 754.   |
| 5  | Arndt, J. L.  | 1956 | „Het neurotische gevoelssyndroom”. Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde, 100, 1956, nr. 13, blz. 147—153.                                      |
| 6  | Barnhoorn, J. A. J.   | 1953 | „De neurotische mens in het arbeidsproces”. Versl. Alg. Verg. Ned. Ver. v. Bedrijfspsychologen, no. 16.                                   |
| 7  | Barnhoorn, J. A. J.   | 1957 | „Neurose, neurotische ontwikkeling, neurotische reacties en neurotiserende factoren”. Tijdschrift „De Koepel”, april 1957, p. 131.        |
| 8  | Bashford, H.  | 1940 | „Some Aspects of Absence in Industry”. Journal of Sanitary Institute 60, 369.   |
| 9  | Bell, D. E.   | 1943 | „The problem of functional disease as seen in Industry”. Canad. Med. Ass. Journ. 1943, 48, p. 108—110.                                    |
| 10 | Benjamin, B.  | 1955 | „Vital Statistics and Productivity”. 28th session of the International Statistical Institute. Rome.                                       |
| 11 | Berg, J. H. van den   | 1955 | „Inaugurele Rede” 11-3-'55.   |
| 12 | Bodmer, Laura E.  | 1941 | „Morbidity Trends and Trade Cycles”. Intern. Labour Review, Vol. XLIII, no. 5.  |
| 13 | Bouman, L.  | 1930 | Leerboek der Zenuwziekten.  |
| 14 | Bowman, K. M.   | 1946 | „Modern Concept of Neurosis”. J. Am. Med. Assoc., vol. 132.10, 9-11-'46.  |
| 15 | Bundesminister des Innern.<br>Abteilung Gesundheitswesen,<br>Bonn | 1954 | „Gesundheitsstatistisches Bericht der Bundesrepublik Deutschland 1954”.   |

- |    |   |              |  |
|----|---|--------------|--|
| 16 | Bundesverband der Betriebskranken-<br>kassen, Essen   | 1954         | „Die Leistungs- und Krankheitsarten<br>Statistik der Betriebskranken-<br>kassen”. Sondernummer „Die Betriebskranken-<br>kasse”. 25-10-'54, 42e Jrg. Essen.             |
| 17 | Buma, J. T.   | 1954         | „Enkele kanttekeningen bij het onder-<br>werp Morbiditeitsstatistiek”. Politeia,<br>oktober 1954.  |
| 18 | Burger, G. C. E.  | 1928         | „Toepassing der Praeventieve Genees-<br>kunde bij arbeiders”, in „Praeventieve<br>Geneeskunde”, dl. III. Hoeve, J. van der,<br>Gorter, E. en anderen.                  |
| 19 | Burger, G. C. E. e.a.   | 1954<br>1955 | „Jaarverslag Medische Dienst”, Philips,<br>N.V. — Gloeilampenfabrieken. 1953.<br>Idem 1954.  |
| 20 | Burger, G. C. E. en Fortuin,<br>G. J.   | 1954         | „International Statistics in Sickness Ab-<br>senteeism” Atti XI, Congresso Interna-<br>zionale di Medicina del Lavoro, Napoli.<br>Vol. Sec <sup>o</sup> . Sett. 1954.  |
| 21 | Capel, E. H.  | 1942         | „Problems of neurosis in industry”. The<br>practitioner, Vol. CXLIX, no. 6, 356,<br>dec. 1942, no. 894.  |
| 22 | Carp, E. A. D. E.   | 1947         | „De Neurosen”. Scheltema en Holkema,<br>Amsterdam.   |
| 23 | Centraal Beheer   | 1937         | Ziektestatistiek van 18 bedrijfsverenigin-<br>gen, geadministreerd ten kantore van<br>„Centraal Beheer”. 1937. Idem voor<br>1938, 1939 en 1940.                        |
| 24 | Collier, H. E.  | 1943         | „Neurotic and Psychiatric states as cau-<br>ses of inability to work in England,<br>1940—1941”. Br. Med. Journal, ii, 461,<br>1943.                                    |
| 25 | Collins, Selwyn D.  | 1952         | „Trends in Illness and Mortality”. P. H.<br>Rep. Vol. 67 nr. 5, May 1952, p. 497—<br>503.  |
| 26 | Commissie, Statistiek-<br>Ziektewet   | 1934         | Rapport.   |
| 27 | Commissie, Nat. — voor<br>Gezondheidsstatistieken   | 1955         | „Nationale Lijst van Ziektegroepen ten<br>behoefte van Ziekteverzuimstatistieken”.<br>Verslagen en Mededelingen betreffende<br>de Volksgezondheid, juli/augustus 1955. |
| 28 | Commissie tot Onderzoek<br>van de Invloed van het<br>Ziekteverzuim op de Ar-<br>beidsproductiviteit | 1954         | „Interim Rapport”. Uitgave Min. van<br>Soc. Zaken en Volksgezondheid.  |
| 29 | Culpin, M. and Smith, M.  | 1930         | „The Nervous Temperament”. Rep. no.<br>61. Industrial Health Research Board.   |



- 30 Davidson, A. 1955 „The Health Component”. Report on Levels of Living. WHO/PHA/25 — Genève.
- 31 Department of Health for Scotland 1939 „Seventh Report on Incapacitating Sickness”, 1936—1937. H.M. Stationery Office, London.
- 32 Doeleman, F. P. J. 1928 „Geneeskundige Ziektestatistiek en Ziektecontrôle”. 1928, Diss. A'dam.
- 33 Doeleman, F. 1957 „Maatschappelijk Werk in de Gezondheidszorg”. Tijdschrift v. Sociale Geneeskunde nr. 4, 1-3-'57, p. 70.
- 34 Does, L. P. van der 1946 De sociale verzekering. „De economische betekenis der Sociale Verzekering”.
- 35 Doorn, J. van 1950 „Asklepios, de alles omslingerende?” Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk, 10, p. 145—148.
- 36 Doorn, J. A. A. van 1956 „Het medisch ventiel voor Maatschappelijk falen — Over functieverhuivingen in de Gezondheidszorg” — Sociologische Gids, 3de Jrg, no. 8, okt. 1956, p. 152—157.
- 37 Drogendijk, A. C. 1957 „De toeneming van het Ziekteverzuim in de na-oorlogse jaren”. De Ziekenfondsgids, jan. 1957, no. 1; febr. 1957, no. 2; maart 1957, no. 3.
- 38 Engelhard, H. M. 1953 „De schadelijke invloed van neurose op het arbeidsproces en de mogelijkheden tot therapie”. Verslag Alg. Verg. Ned. Vereniging v. Bedrijfspsychologen, no. 16.
- 39 Federatie van Bedrijfsverenigingen voor Ziekengeldregelingen 1940 „10 Jaar Ziektewet 1930—1940”.
- 40 Fischer, I. A. 1951 „Gezondheidszorg en Ziekteverzuim”. Tijdschrift v. Eff. en Documentatie, 21 (1951), nr. 4, p. 84.
- 41 Forssman, Sv. 1955 „L'absentéisme dans l'Industrie”. Bulletin W.H.O. Vol. 13. No. 4, 1955. — Inleiding bijeenkomst Milaan — 1953.
- 42 Fortman, H. M. M. 1956 Doc. i.z. personeelsvraagstukken. Staatsmijnen Limburg. 10e Jrg, 6, 30-6-1956.
- 43 Fortuin, G. J. 1955 „Sickness Absenteeism”. Bulletin W.H.O. Vol. 13 no. 4. 1955. — Inleidingen bijeenkomsten Leiden en Milaan in 1952 en 1953 —

- 44 Fraser, R. 1947 „The incidence of neurosis among factory workers”. Report no. 90. Med. Res. Counc. Industr. Hth. Res. Board.
- 45 Gafafer, W. M. a.o. 1953 „Industrial Sickness Absenteeism. Data on sickness among members of industrial sick-benefit associations. Disability for 8 days or longer”. P. Health Rep., Year rep. 1951 and 1st ½ year 1952, vol. 68 no. 3, 1953, p. 353.
- 46 Gem. Admin. Kantoor 1953 „Het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor”. Orgaan v.h. G.A.K. Jrg. 1, nr. 1, mei 1953.
- 47 General Register Office 1954 „Measurement of Morbidity. Studies on Medical and Population Subjects”. no. 8.
- 48 Giessen, R. W. van der 1957 „Enkele aspecten van het probleem der predictie in de psychologie, speciaal met het oog op de selectie van militair personeel”. Diss. 1957, Amsterdam.
- 49 Gini, Corrado 1952 „The Statistical bases of diagnosis and prognosis”. Acta Genetica et Statistica 1952. Vol. III. p. 280.
- 50 Greenwood, G. B. 1951 „Why so many absences for women?” J. of the Inst. of Personnel Management, July-Aug. 1951, 161—163, London.
- 51 Groot, J. de 1956 „Enkele facetten van de bedrijfsgeneeskunde bij de Kon. Ned. Hoogovens en Staalfabrieken N.V. en aangesloten bedrijven”. Mens en Onderneming 10e Jrg, 5, 357.
- 52 Groot, M. J. W. de en Jonge, H. de 1953 „Het materiaal van de ziekteverzuimstatistieken van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde”. Mens en Onderneming, 7de Jrg, 5, 321.
- 53 Groot, M. J. W. de 1954 „Betekenis van niet-medische oorzaken van ziekteverzuim voor het Nederlandse bedrijfsleven”. Mens en Onderneming, 8ste Jrg, 4 Juli 1954.
- 54 Groot, M. J. W. de 1954 „Contrôlegewoonten en Ziekteverzuim”. Mens en Onderneming, 8e Jrg 5, 332.
- 55 Groot, M. J. W. de 1954 „Intuïtieve en Statistische Diagnostiek”. Geneeskundige Gids, 23-9-1954, p. 165.
- 56 Groot, M. J. W. de 1955 „Over kort verzuim in de Metaalindustrie”. Mens en Onderneming, 9e Jrg, 6, 441.
- 57 Halliday, J. L. „Psychoneurosis as a Cause of Incapacity among Insured Persons”. Brit. Med. Journ., i 85.



- 58 Hartog, C. den 1939 „Over de beoordeling van arbeidsge-  
schiktheid”. Diss. 1939, Utrecht.
- 59 Heeres, P. 1956 Openingsrede Najaarsvergadering Ge-  
neeskundige Vereniging.
- 60 Hinkle, L. E. and 1952 „Life stress and Industrial Absenteeism”.  
Plummer, N. Industrial Medicine and Surgery. Vol.  
21, aug. '52, no. 8, p. 363.
- 61 Hornstra, L. 1953 „Neurotische verhoudingen in de ar-  
beidssfeer”. Verslag Alg. Verg. Ned. Ver.  
v. Bedrijfspsychologen, No. 16.
- 62 Hijmans van den Bergh, 1936 Advies uitgebracht aan Centrale Raad  
A. A. en Baart de la Faille,  
J. M. van Beroep, dd. 24 Maart 1936.
- 63 Kuiper, P. C. 1955 „De frequentie der neurotische stoornis-  
sen en de betekenis van de affect af-  
weer”. Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde,  
31-12-1955, 3918-3924.
- 64 Lewis, A. 1953 „Health as a social concept”. The Brit.  
J. of Sociology, Vol. IV, 2, 1953, 109—  
124.
- 65 Ling, Th. M. 1944 „Industrial neurosis; analysis of 100  
cases”. The Lancet, 1944, 246, 830—832.
- 66 Ling, Th. M. 1950 „Incidence and treatment of neurosis in  
industry”. Brit. Med. J. 1950, 2, p. 159.
- 67 Ling, Th. M. 1955 „La santé mentale dans l'Industrie”.  
Bull. W.H.O. Vol. 13, No. 4, 1955.
- 68 Lloyd, B. J. 1924 Publ. Health Reports, July 1924.
- 69 Manual of the International 1948 Bulletin of the W.H.O. Supplement I.  
Statistical Classification of Geneva 1949.  
Diseases, Injuries and Causes  
of Death. 6th Revision  
Vol. I & II
- 70 Masselot, F. 1956 „Critique scientifique des démarches in-  
tellectuelles du diagnostic”. La Presse  
Médicale. 21-1-1956, p. 122.
- 71 Mindus, E. 1955 „Outlines of a concept of industrial  
psychiatry”. Bull. of the W.H.O., Vol. 13,  
No. 4, 1955, p. 561—574.
- 72 Muntendam, P. 1936 „De sociale betekenis van reumatiek.  
Tevens bijdrage tot de Ziektewet Statis-  
tiek”. Diss. Utrecht.
- 73 Muntendam, P. 1955 „Hygiene, gezondheid en ziekte”. Tijd-  
schr. v. Soc. Geneeskunde. 33 Jg. 1,  
14-1-1955.
- 74 Nass, C. A. G. 1956 „Het speurwerk ter verhoging v.h. nuttig  
effect v.d. verzuimcirculaires”. Mens en  
Onderneming 1956. X. 4.

- 75 Nationale Lijst v. Ziekte- 1955 Samengesteld door Nationale Commissie  
groepen t.b.v. Ziekteverz. voor Gezondheidsstatistieken, 's-Graven-  
statistieken hage. Verslagen en mededelingen betr.  
de Volksgezondheid, juli/aug. 1955.
- 76 Neurdenburg, M. G. 1955 „Eindelijk na 25 jaar!” Tijdschr. v. Soc.  
Geneeskunde. 25-11-'55, 23, 67.
- 77 Nederlands Instituut voor 1955 Jaarverslag Diagnosestatistiek 1953. Idem  
Praeventieve Geneeskunde, 1954.  
Afdeling Statistiek v.h. —
- 78 Noordhoff, F. S. 1955 „Zegeningen der Ziektewet en de Ziekte-  
statistiek”. Tijdschr. v. Soc. Geneeskun-  
de, 25-11-1955, p. 671.
- 79 Nomenclatuur ten behoeve 1954 Samengesteld door Nationale Commissie  
van de Codering van Ziek- voor Gezondheidsstatistieken. 's-Graven-  
ten en Ongevallen. dl I en II hage. Uitgave Centraal Bureau voor de  
Statistiek. De Haan N.V. Utrecht.
- 80 Norman, L. G. 1956 „A contribution to the study of Sickness  
Absence”. Health in Industry 1956.
- 81 Paulett, J. D. 1956 „Neurotic Ill Health”. The Lancet, July  
7, 1956, 37.
- 82 Paycha, F. 1955 „Critique scientifique des démarches in-  
tellectuelles du diagnostic”. La Presse  
Médicale. 17-12-1955, p. 175.
- 83 Plummer, N. and Hinkle, 1955 „Sickness Absenteeism”. A.M.A. Archives  
L. E. of Industrial Health, vol. 11, nr. 3, 1955.
- 84 Prinzing, Fr. 1906 „Handbuch der Medizinischen Statistik”.  
Fischer, Jena, 2e oplage 1931.
- 85 Querido, C. G. - Nagtegaal 1956 „Gewone mensen”. Diss. Amsterdam.
- 86 Rümke, H. C. 1954 Psychiatrie, Dl. I. Inleiding.
- 87 Rümke, H. C. 1948 „Studies en Voordrachten over psychia-  
trie”, 2e druk. Nieuwe bijdrage, Hoofd-  
stuk III.
- 88 Schindler, J. A. 1955 „How to live 365 days a year”. New  
York, Prenticehall.
- 89 Schmeink, C. J. 1955 „Over Ziekte en Ziekteverzuim”. Tijd-  
schrift v. Eff. Bedr. Organisatie, nr. 11,  
Jrg 10, 1955, p. 340—343.
- 90 Schneider, K. 1936 „Psychiatrische Vorlesung für Ärzte”,  
Leipzig.
- 91 Smeets, J. W. 1956 „De phaenomenologie van ziekte en  
ziek-zijn”. Diss. Leiden, 1956.
- 92 Smit, H. G. 1952 „Het neuroseverschijnsel in verband met  
de uitvoering van de Ziektewet”. Tijd-  
schr. v. Soc. Geneeskunde, 5-9-1952, p.  
371—376.

- 93 Spratling, F. H. 1957 „Assembly and uses of sickness-absence statistics”. Health Congress of the Royal Society of Health, Folkestone 1957. Symposium on Absenteeism in Industry.
- 94 Sterren, H. A. van der 1953 „Wat is een neurose”. Versl. Alg. Verg. Ned. Ver. v. Bedrijfspsych. no. 16, 7-5-1953
- 95 Stocks, P. 1944 „The Measurement of Morbidity”. Proc. Royal Soc. Med. XXXVII, no. 10, p. 593—608.
- 96 Stocks, P. 1949 „Sickness in the Population of England and Wales in 1944—1947”. Studies on Medical and Population Subjects, no. 2, 1949.
- 97 Swaroop, S. and Uemura, K. 1955 „An attempt to evolve a comprehensive indicator to quantify the component ‘Health, including demographic conditions’”. Rw 1, W.H.O./HS/57, Genève.
- 98 Teleky, L. 1925 „Grundsätze für eine einheitliche Krankheitsstatistik”. Zeitschr. für Schulgesundheitspflege und Soz. Hygiene, 1925, 6.
- 99 Trimpos, C. J. B. J. 1956 „De geestelijke gezondheid” in „Menselijke Verhoudingen” door Rutten, F. J. Th., Utrecht. Tweede druk, p. 258.
- 100 Turfboer, R. 1955 „Constructive Medicine at Lago”. Mens en Onderneming, Nov. 1955, nr. 6, p. 470—477.
- 101 Union de l'Europe Occidentale 1956 „Questionnaire présenté par la délégation belge sur la réadaptation des personnes présentant des troubles mentaux mineurs (Soc. 55—6)”. Comité mixte pour la réadaptation et le réemploi des handicapés.
- 102 U.S. Employment Service 1951 „Suggestions for Control of Turnover and Absenteeism”. Un. St. Empl. Serv. Oct. 1951. U.S. Dpt. of Labor.
- 103 Wade, L. 1955 „A Human Relations Approach to sickness absenteeism and other employees problems”. A.M.A. Archives of Industrial Health. Dec. 1955, vol. 12, no. 6.
- 104 Wyatt, S. 1945 „A Study of Certified Sickness Absence among Women in Industry”. Med. Res. Council, Ind. Health Res. Bd. Report No. 86.

## ANNEX I.

Inventarisatie van gegevens over verzuim door „Neurosen”  
bij Nederlandse werknemers

Bedrijfscode	Jaar	Geslacht	Sterkte	Aantal verz. per 100 personen, per jaar	Verzuimde dagen per 100 pers., per jaar	Gemiddelde verzuimduur van een „Neurose”-geval	Aandeel van „Neurosen” in de totale verzuimfreq. in %	Aandeel van „Neurosen” in het totaal der verzuimde dagen in %	Inclusief *)
001	1953	m	19.550	5.7	120.0	21	46	80.0	a
		v	4.060	6.6	203.5	31	46	108.5	a
002	1953	m+v	9.264	3.5	62.2	18	24.5	29.4	a en c, excl. 354 en 791
004	1955	m	3.449	4.4	102.4	23	41.9	54.9	c
		v	536	6.5	398.3	61	69.9	231.1	
006	1953	m	1.886	3.0	68.0	22	28.7	37.9	a
		v	370	6.8	98.1	15	12.6	10.7	
010	1954	m+v	1.650	3.8	186	48	—	—	a
015	1953	m	1.278	3.4	—	—	38	—	a
		v	233	5.1	—	—	44	—	
018	1954	m+v	1.089	1.0	31.4	28.5	11.6	22.0	b en c
028	1953	m	—	—	—	—	22.6	—	a en c
		v	—	—	—	—	21.7	—	
		m+v	1.720	1.5	101.0	69.5	—	66.9	
032	1953	m	1.036	2.4	—	—	25.8	—	a
		v	95	3.2	—	—	44.1	—	
034	1953	m+v	1.080	3.1	126.6	41	48.1	100.4	a
101	1953	m+v	10.727	2	34	17	23	27	a
104	1953	m+v	4.585	5.3	55	10	24.1	18.4	a
105	1953	m	3.633	0.2	16.7	101	1.8	9.1	
106	1953	m	1.189	2.9	43.0	14	30	38.5	a en c
		v	185	4.1	64.0	15	20	37.5	
109	1954	m+v	3.089	6.1	49	8	53.7	38.8	c
114	1954	m+v	31.248	0.3	5.9	17	5.1	5.6	
115	1954	m	1.050	3.4	18	5	50	—	a en c
118	1955	m	4.283	1.7	60.8	36	10.7	39.0	
		v	651	2.3	108.8	47	12.5	72.5	
120	1955	m	806	1.6	22.8	14	18.1	19.5	c
		v	61	4.9	41.0	8	36.6	14.6	
124	1953	m	4.688	2.5	80.5	32	25.5	42.3	
126	1953	m	3.130	4.7	67.4	14	46.7	52.5	c
127	—	m	1.664	2.7	65	24	23.8	53.6	a en c
133	1953	m+v	654	6.4	83.0	13	44.1	75	a
134a	1952	m+v	29.831	1.2	26	21	—	11	

Bedrijfscode	Jaar	Geslacht	Sterkte	Aantal verz. per 100 personen, per jaar	Verzuimde dagen per 100 pers., per jaar	Gemiddelde verzuimduur van een „Neurose“-geval	Aandeel van „Neurosen“ in de totale verzuimfreq. in %	Aandeel van „Neurosen“ in het totaal der verzuimde dagen in %	Inclusief *)
134b	1952	m+v	19.804	0.8	23	29		17	
137	1956	m	1.404	2.8	66.9	23	22.8	60.9	
		v	549	4.2	52.5	13	18.9	35.7	
138	1953	m	30.923	2.4	32.7	14	—	—	
		v	8.688	4.6	41.3	9	—	—	
139	1953	m	6.037	4.6	113	25	4.5	63.3	
140	1953	m	10.200	3.2	58	18	—	55	
		v	2.780	4.6	83	17	—	91	
202	1953	m	6.129	1.3	32.7	25	12.8	22.2	
203	1953	m	4.537	1.0	48.5	47	11.7	27.0	
204	1953	m	1.203	1.0	17.5	18	14.1	10.0	
205	1953	m	741	2.0	21.3	11	19.0	14.4	
206	1953	m	829	3.4	176.6	52	41.1	128.2	
207	1953	m	831	0.5	15.0	31	4.0	9.4	
208	1953	m	158	5.1	58.9	12	52.3	53.2	
		v	318	4.4	47.2	11	24.3	24.7	
209	1953	m	294	1.7	38.4	23	28.2	69.9	
		v	753	3.2	34.4	11	29.7	39.6	
210	1953	m	1.926	6.1	57.2	9	33.4	30.1	
211	1953	m	1.381	1.5	32.4	22	12.3	24.5	
212**) 1953		m	912	2.0	35.1	18	32.9	60.5	
		v	59	8.5	61.0	7	106.4	44.5	
213**) 1953		m	1.887	3.7	91.1	25	43.2	56.7	
		v	240	8.3	123.8	15	80.0	92.5	
214**) 1953		m	1.773	0.3	21.3	75	3.7	18.5	
		v	115	2.6	27.0	10	31.9	29.4	
215**) 1953		m	259	6.2	64.9	11	59.7	55.2	
		v	69	17.4	150.7	9	151.9	191.5	
216**) 1953		m	1.923	2.8	61.1	22	28.7	44.3	
		v	50	2.0	4.0	2	21.2	4.1	
217	1953	m	498	1.4	97.0	69	20.4	63.6	
218	1953	m	212	1.9	154.7	82	17.5	95.0	
219	1953	m	1.181	3.0	42.8	14	29.9	38.7	
		v	192	4.2	63.5	15	19.9	37.4	
220	1953	m	392	7.1	113.5	16	37.2	73.5	
221	1953	m	1.291	1.2	29.2	24	14.7	16.2	
222	1953	m	265	1.1	20.0	18	13.0	16.2	
223	1953	m	170	2.9	22.9	8	22.3	18.7	
224	1953	m	272	0.4	2.2	6	2.9	1.0	

Bedrijfscode	Jaar	Geslacht	Sterkte	Aantal verz. per 100 personen, per jaar	Verzuimde dagen per 100 pers., per jaar	Gemiddelde verzuimduur van een „Neurose“-geval	Aandeel van „Neurosen“ in de totale verzuimfreq. in %/‰	Aandeel van „Neurosen“ in het totaal der verzuimde dagen in %/‰	Inclusief *)
225	1953	m	1.192	2.8	103.8	37	25.7	67.7	
		v	162	7.4	133.3	18	37.3	58.8	
226	1953	m	794	2.3	63.4	28	27.3	53.3	
227	1953	m	1.639	2.1	11.3	5	21.6	22.0	
		v	1.165	9.9	47.9	5	56.8	58.2	

- 0.. Opgaven verstrekt door Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdiensten.  
1.. Opgaven verstrekt door Bedrijfsgeneeskundige Diensten.  
2.. Bedrijven deelnemende aan de Diagnosestatistiek van het N.I.P.G.

- \*) a. psychosen.  
b. psychosomatosen.  
c. passagère licht neurotische symptomen als hoofdpijn e.c.i., duizeligheid, rugpijn e.d.

\*\*) Betreft uitsluitend opgaven in CB-code 38.



ANNEX IIa Philips mannen

I-neurosen, 310-318								
Leeftijds- klassen	Aantal personen		Totaal aantal personen	Aantal ver- zuimen	Duur in dagen per verzuim *)			Diensttijd in jaren **)
	Geen P	P						
	317.0 t/m 317.4 315-316	310 t/m 314 317.5, 318						
—19	—	—	—	—	—			—
20—24	3	3	6	6	2	10		4 4
					6	15		3 1
					8	18		9 6
25—29	2	6	8	9	4	12-7	17	1 10 6
					5	13	19	3 2 12
					9	13		11 7
30—34	5	2	7	8	5	15	25	18 7 11
					6	15-9		12 11
					15	21		3 10
35—39	3	7	10	11	4	8	22 79	6 12 17 12
					6	15-12	23	8 10 12
					8	21	61	20 3 17
40—44	2	2	4	5	3	43		26 3
					6-51			21
					24			3
45—49	1	11	12	15	2	9	13 41-22-33	10 7 6 8
					4	9	21 50	24 21 19 26
					5-15	10	35 98	19 14 17 34
50—54	1	6	7	7	4	8	20	16 20 25
					4	15		30 26
					7	17		17 20
55—59	2	1	3	4	9-3			34
					10			25
					14			32
60 en >	—	1	1	1	20			11
Totaal	19	39	58	66	1153			

\*) Ongehuwden *cursief*. \*\*) Diensttijd in zelfde volgorde vermeld als duur.

Overige P-neurosen						Geen P-neurosen, excl. 817.0 t/m 817.4, 815-816			
Aantal personen		Totaal aantal per- sonen	Aantal ver- zuimen	Duur in dagen per ver- zuim *)	Dienst- tijd in jaren **)	Aantal per- sonen	Aantal ver- zuimen	Duur in dagen per ver- zuim *)	Dienst- tijd in jaren **)
320— 326	354 780.6 780.7 780.8 790-791								
—	—	—	—	—	—	4	4	3 4 4 5	1 1 1 1
3	2	5	7	3-72 8-8 5 11 6	3 3 5 5 3	3	3	2 6 6	8 7 7
—	1	1	1	4	2	1	1	15	7
—	2	2	2	17 17	7 13	1	1	9	13
—	3	3	3	3 6 13	3 4 21	4	5	7 14 9 10-4	6 12 11 6
—	—	—	—	—	—	2	2	9 39	17 7
3	2	5	6	1 32 6 75 28-41	31 17 12 6 20	3	4	9-48 14 19	16 4 17
1	3	4	4	5 60 9 24	26 30 11 11	1	1	7	25
—	1	1	1	3	34	1	1	20	13
1	—	1	1	10	11	—	—	—	—
8	14	22	25	467		20	22	263	

## ANNEX IIb Philips, vrouwen

I-neurosen, 310-318										
Leeftijds- klassen	Aantal personen		Totaal aantal personen	Aantal ver- zuimen	Duur in dagen per verzuim *)			Diensttijd in jaren **)		
	Geen P	P								
	317.0 t/m 317.4 315-316	310 t/m 314 317.5, 318								
—19	1	11	12	12	2 3 3 5	6 7 10 11	12 13 24 31	1 2 1 2	2 1 1 3	1 1 3 1
20—24	3	19	22	31	3 3 3-24 4 4-13 4-8-104 6 6 6-14	10 11-40 12 13-6 16 18-20 20-29 21 42	42 54 109 214	1 3 3 3 1 2 2 1 4	3 1 4 2 3	6 4 3 5 3 3 2 1 1
25—29	1	8	9	10	1 2 7	8-14 9 10	10 21 21	3 1 15	3 7 1	1 7 12
30—34	1	3	4	4	7 8 13	31		3 11 6	17	
35—39	1	1	2	3	16-19 40			6 6		
40—44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45—49	1	—	1	1	13			31		
50—54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
55—59	—	1	1	1	33			32		
Totaal	8	43	51	62	1289					

\*) Ongehuwden *cursief*

\*\*) Diensttijd in zelfde volgorde vermeld als duur.

Overige P-neurosen						Geen P-neurosen excl. 317.0 t/m 317.4, 315-316			
Aantal personen		Totaal aantal per- sonen	Aantal ver- zuimen	Duur in dagen per verzuim *)	Dienst- tijd in jaren **)	Aantal per- sonen	Aantal ver- zuimen	Duur in dagen per ver- zuim *)	Dienst- tijd in jaren **)
320— 326	354 780.6- 780.7 780.8 790-791								
2	3	5	5	3 21 4 5 5	3 1 2 2 2.	3	3	1 2 14	2 2 5
4	18	22	26	2 10 26-55 5-4-9 11 31 6 12 37 6 13 44 8-3 14 9 14 9 18 10 19 10 19	5 6 6 1 1 1 7 3 3 1 2 1 1 2 1 5 4 3 3 2 3 1	8	8	2 3 4 5 8 8 10 10	3 3 — 1 2 2 1 1
—	2	2	2	11 37	2 3	3	3	3 10 13	1 1 1
1	1	2	3	3 15-69	2 3	—	—	—	—
1	—	1	1	87	3	1	1	7	6
—	—	—	—	—	—	1	1	8	5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	1	4	7
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	24	32	37	664		17	17	112	

ANNEX III Hoogovens, mannen.

I-neurosen 310-316, 317.1-317.5, 318										
Leeftijds- klassen	Aantal personen	Aantal verzuimen	Duur in dagen per verzuim				Diensttijd in jaren *)			
—19	—	—	—				—			
20—24	1	1	7				6			
25—29	9	9	3-4	9	29		6	2	2	
			9	10	33		3	3	8	
			9	20	59		2	2	2	
30—34	10	13	3	8	17	53	14	7	11	7
			5-16	11	24		6	8	1	
			6-6-6	17	52		8	5	7	
35—39	9	13	1-78	10	34		1	13	3	
			4-3	14	41-5-8		5	7	6	
			9	15	42		8	6	6	
40—44	10	13	2	11	30	70-63	6	8	14	15
			6	26	33		6	7	6	
			6	28-23-73	34		13	16	6	
45—49	5	5	6	31			8	8		
			11	43			8	8		
			13				8			
50—54	6	6	13	46			7	7		
			26	86			7	25		
			32	90			20	21		
55—59	2	2	25				12			
			57				7			
60 en >	3	4	22-23				16			
			41				32			
			109				26			
Totaal	55	66	1750							

\*) Diensttijd in zelfde volgorde vermeld als duur.

Overige H-neurosen 320-321, 322.1-326				Geen H-neurosen			
Aantal personen	Aantal verzuimen	Duur in dgn per verzuim	Dienst-tijd in jaren	Aantal personen	Aantal verzuimen	Duur in dgn per verzuim	Dienst-tijd in jaren
—	—	—	—	—	—	—	—
2	3	3 3-4	1 1	6	6	3 12 4 13 4 22	6 1 9 1 1 3
2	2	8 56	5 1	2	2	1 11	4 3
3	4	12 27-26 59	7 8 2	6	7	1 3 1 4 2-4 15	2 7 2 2 8 5
—	—	—	—	1	1	8	7
2	5	1-2-10 243-8	3 7	—	—	—	—
2	2	28 123	8 11	1	1	8	5
—	—	—	—	2	2	13 74	12 8
—	—	—	—	1	2	31-12	8
—	—	—	—	—	—	—	—
11	16	613		19	21	246	

## ANNEX IV.

### CLASSIFICATIE VAN I-NEUROSEN VOLGENS NOMENCLATUUR TEN BEHOEVE VAN DE CODERING VAN ZIEKTEN EN ONGEVALLEN. 1954.

#### B. NEUROSEN (310-318)

- 310 Angstreacties zonder vermelding van lichamelijke verschijnselen.
  - 310.0 Angstreactie
  - 310.1 Angstneurose
  - 310.2 Angsthysterie; omvat alle toestanden sub 311 zonder vermelding van somatische verschijnselen
  - 310.3 Andere omschreven angsttoestanden
- 311 Hysterische reacties zonder vermelding van angstreacties
  - 311.0 Hysterische conversieverschijnselen n.n.o.
  - 311.1 Hystero-epilepsie
  - 311.2 Hysterische tics
  - 311.3 Hysterische convulsies (hy. accès)
  - 311.4 Hysterische dyskinesieën en paralyzen
  - 311.5 Hysterische amnesie
  - 311.6 Anorexia nervosa
  - 311.7 Somnambulisme
  - 311.9 Andere omschreven of n.n.o. hysterische manifestaties, zonder vermelding van angstreacties
- 312 Phobische reacties
  - 312.0 Phobische reactie, schrikreactie
  - 312.1 Phobie
- 313 Dwangneurotische reacties
  - 313.0 Dwangneurose
  - 313.1 Dwanghandelingen, dwangneurotische tics
  - 313.2 Dwanggedachten
  - 313.3 Overwaardige ideeën
  - 313.4 Andere dwangneurotische manifestaties
- 314 Neurotisch-depressieve reacties
  - 314.0 Neurotische depressie
  - 314.1 Psychogene depressie
  - 314.2 Reactieve depressie
  - 314.3 Andere omschreven neurotische depressies
- 315 Orgaanneurosen met somatische verschijnselen van het hart vaatstelsel
  - 315.0 Psychogene cardiovasculaire aandoeningen, Da Costa's syndroom, „neurocirculatory asthenia”, „effort”-syndroom, „disordered action of the heart”, „soldiers heart”
  - 315.1 Hartklachten als psychogeen aangeduid, hartneurose
  - 315.2 Andere omschreven psychogene stoornissen v.h. circulatie-orgaan
- 316 Orgaanneurosen met somatische verschijnselen v.h. maag darmkanaal
  - 316.0 Colitis mucosa, aangeduid als psychogeen
  - 316.1 Colopathie, psychogene diarrhoe
  - 316.2 Maagbezwaren van nerveuze oorsprong, maagneurose
    - 316.20 Dyspepsia nervosa
    - 316.21 Hyperemesis nervosa

- 316.3 Andere omschreven psychogene stoornissen
  - 316.30 Globus
  - 316.31 Aerophagie
  - 316.32 Regurgitatie
  - 316.33 Meteorisme
- 317 Orgaanneurosen met somatische verschijnselen van andere orgaansystemen
  - 317.0 Van de ademhalingsorganen
    - 317.00 Psychogene astma
    - 317.01 Astma
  - 317.1 Van het urogenitaal orgaan
    - 317.10 Van de urinewegen
    - 317.11 Van de geslachtsorganen
      - 317.110 Impotentia coeundi
      - 317.111 Ejaculatio praecox
      - 317.112 Frigiditeit
      - 317.113 Andere verschijnselen
  - 317.2 Pruritus, mits psychogeen
  - 317.3 Andere huidneurosen
  - 317.4 Van het bewegingsapparaat
  - 317.5 Van andere organen
    - 317.50 Van het zenuwstelsel
      - 317.500 Psychogene hoofdpijn
- 318 Andere neurosen, mengvormen en n.n.o. neurosen
  - 318.0 Hypochondrie
  - 318.1 Depersonalisatie neurose
  - 318.2 Beroepsneurosen
    - 318.20 Nystagmus van mijnwerkers
    - 318.21 Beroepstics
  - 318.3 Asthenische reacties
    - 318.30 Neurastheen syndroom
    - 318.31 Hyperaesthetisch-emotioneel syndroom, constitutionele nervositas
    - 318.32 Surménage, „mental exhaustion”
  - 318.4 Mengvormen
  - 318.5 Andere en n.n.o. vormen van psychoneurose
    - 318.50 Psychasthenie
    - 318.51 Traumatische neurose (rente neurose)



## ANNEX V

### DEFINITIES VAN DE VOORNAAMSTE VERZUIMGROOTHEDEN \*)

- 01 **EEN VERZUIM:** Onder een verzuim wordt verstaan een ononderbroken periode van ziekteverzuim.
- 02 **DE EERSTE DAG VAN EEN VERZUIM:** Als eerste dag van een verzuim wordt beschouwd:
- de werkdag, waarop de werknemer wegens ziekte òf zijn werk niet is begonnen, òf tijdens de werktijd zijn werk heeft gestaakt en in de loop van die dag niet heeft hervat.
  - de zondag, feestdag of (geheel of gedeeltelijk) vrije dag, waarop de werknemer wegens ziekte zijn werk niet zou hebben kunnen aanvangen of zou hebben moeten staken zonder op die dag tot hervatten in staat te zijn.
- 03 **DE LAATSTE DAG VAN EEN VERZUIM:** Als laatste dag van een verzuim wordt beschouwd:
- de dag voorafgaande aan die, waarop de werknemer zijn werk geheel of gedeeltelijk kan hervatten.
  - de dag waarop de werknemer overlijdt.
  - de dag voorafgaande aan die, waarop het dienstverband van de werknemer eindigt.
  - de 365ste dag van het verzuim.
- 04 **EEN VERZUIMDAG:** Als verzuimdag wordt beschouwd de eerste en laatste dag van een verzuim, alsmede elke daartussen gelegen kalenderdag.
- 05 **DE VERZUIMDUUR:** De duur van een verzuim is het aantal verzuimdagen in het verzuim begrepen.
- 200 **HET AANTAL VERZUIMEN (IN HET OBSERVATIETIJDVAK BEGONNEN):**  
Het aantal verzuimen behorende bij een bepaald tijdvak is het aantal verzuimen, waarvan de eerste dag in dat tijdvak valt.
- 201 **HET AANTAL VERZUIMDAGEN (BEHORENDE BIJ IN HET TIJDVAK BEGONNEN GEVALLEN):**  
Het aantal verzuimdagen, behorende bij een bepaald tijdvak is de totale duur der in dat tijdvak begonnen verzuimen.
- 202 **DE GEMIDDELDE PERSONEELSSTERKTE:**  
De gemiddelde personeelssterkte over een bepaald tijdvak is:
- de halve som van de personeelssterkte aan het begin en die aan het einde van het tijdvak.
  - het gemiddelde van de personeelssterkten op een aantal aequidistante peildagen.

\*) De nummering heeft betrekking op de decimale indeling van het Interim-Rapport van de Nederlandse Commissie tot Normalisatie van termen, eenheden en verhoudingsmaten uit de Ziekteverzuim- en Uitkeringsstatistiek, waaraan ook de hier gegeven definities zijn ontleend.

210 DE VERZUIMFREQUENTIE .....	=	$\frac{(200)}{(202)}$
211 HET GEMIDDELDE VERZUIM (PER WERKNEMER) .....	=	$\frac{(201)}{(202)}$
212 DE GEMIDDELDE VERZUIMDUUR .....	=	$\frac{(201)}{(200)}$

Het adjectief „PARTIEEL” wordt toegevoegd als de grootheid betrekking heeft op een bepaalde (Specified) diagnose of diagnosegroep.

Het adjectief „PROPORTIONEEL” wordt toegevoegd als men de partiële (S) grootheid uitdrukt in procenten van de overeenkomstige grootheid voor alle diagnoses of diagnosegroepen.

$$P210 \text{ DE PROPORTIONELE VERZUIMFREQUENTIE ..} = \frac{S(210)}{(210)} \times 100$$

(van begonnen gevallen)

$$P211 \text{ DE PROPORTIONELE VERZUIMDUUR ..} = \frac{S(211)}{(211)} \times 100$$

(van begonnen gevallen)

**DRUK: N.V. DRUKKERIJ V.H. BATTELJEE EN TERPSTRA - LEIDEN**