

Overdruk

Mens en Onderneming

SEPTEMBER 1966

Nederlands
Instituut
voor
Praeventieve
Geneeskunde



TWEEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT XXe JAARGANG — AFLEVERING 5

Enkele aspecten van het stijgend ziekteverzuim (II)

door H. Philipsen *)

II. De beslissing om ziek te worden en veranderde opvattingen over de verzuimnoodzaak

De beslissing om ziek te worden

Het feit, dat de stijging van het aantal ziekmeldingen zich voordoet bij de objectief-subjectieve syndromen en bij de ziekten van de ademhalingswegen, en juist niet bij de objectieve syndromen, doet vermoeden, dat het stijgend ziekteverzuim geen gevolg is van een verslechterende gezondheidstoestand van de bevolking. De toename vindt plaats bij minder ernstige aandoeningen, waarbij de subjectieve klachten van de patiënt voor een belangrijk deel de aard van de diagnose en de therapie bepalen. Hoe komt het nu, dat dit soort aandoeningen vaker dan vroeger in de verzuimstatistieken voorkomt?

Voor het antwoord op deze vraag moet men zich realiseren wat er eigenlijk gebeurt bij dit type ziekmelding⁶⁾. Men heeft klachten, in het begin vaak van vage aard. Dan merkt men, dat er iets aan de gezondheid hapert. Men praat er over met vrouw, collega's etc. Men gaat misschien naar de huisarts. Vaak ook gaat men meteen naar bed, en roept dan medische hulp in. Als men zo in het kort deze opeenvolging van handelingen en gevoelens beschouwt, zal het duidelijk zijn, dat zij geen reeks vormen van onafwendbare gegevens. Bij een niet te ernstige griep of 'buikgriep', bij spierrheuma of hoofdpijn — vier groepen, welke tezamen ongeveer 60 pct. van de verzuimgevallen leveren — kan men

- al of niet zijn klachten met 'ziek zijn' in verband brengen;
- al of niet een verzuimbevorderend advies van vrouw of collega's krijgen;
- al of niet eerst naar de dokter gaan; of tenslotte
- al of niet naar bed gaan, en zich ziek melden.

Een aantal malen achtereen moet men als het ware een *beslissing* nemen, of men de weg inslaat naar ziek zijn en ziek blijven. Zo'n beslissing is natuurlijk geen koel en rationeel besluit; maatschappelijke normen en misschien weinig bewuste gevoelens van voorkeur en afkeer spelen daarbij een belangrijke rol. Daar het, zoals gezegd, niet waarschijnlijk is dat er zich bij de meeste diagnoses meer aandoeningen voordoen, is er reden om aan te nemen, dat de bovengenoemde beslissingen thans vaker dan tien jaar geleden uitvallen ten gunste van ziek worden. Men zou kunnen zeggen dat de ziektedrempel lager is komen te liggen. Met de *ziektedrempel* bedoel ik die intensiteit van klachten, welke het omslagpunt vormt, waarbij men (de patiënt en/of zijn omgeving) meent zodanig ziek te zijn, dat men arbeidsongeschikt is.⁷⁾

Iedereen kan uit eigen ervaring weten, dat de hoogte van deze ziektedrempel varieert. Eenzelfde persoon kan en wil in het ene geval bij een griepje met

*) Drs. H. Philipsen, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Geestelijke Gezondheid van het N.I.P.G.-T.N.O.

een lichte verhoging de extra moeite, die het dan kost om te gaan werken wel opbrengen, terwijl hij in een ander geval zich die moeite niet getroost. Ook tussen individuen en tussen groepen komen verschillen voor in de hoogte van deze ziektedrempel.

Een verlaging van de ziektedrempel kan door drie algemene factoren tot stand komen. Ik ontleen deze indeling aan het werk van *De Groot*⁸⁾. Hij onderscheidt de volgende omstandigheden, waarvan het verzuimgedrag afhankelijk is.

— *De verzuimnoodzaak*. Medische en maatschappelijke opvattingen bepalen, wanneer iemand door zichzelf of door zijn (medische) omgeving als ziek wordt beschouwd, en wanneer iemand door zichzelf of door zijn (medische) omgeving arbeidsongeschikt wordt geacht.

— *De verzuimgelegenheid en -mogelijkheid*⁹⁾. Maatschappelijke normen en gewoonten omtrent het afwezig zijn, die meer of minder strikt kunnen zijn, en financiële regelingen, die meer of minder gunstig voor de verzuimer kunnen zijn, bepalen mede de hoogte van de ziektedrempel.

— *De verzuimbehoefte*. De relatie tussen een zieke en zijn werk en/of andere aspecten van zijn totale situatie bepalen mede, hoe snel hij geneigd is zijn gewone rol van werknemer in te wisselen voor die van patiënt.

In het algemeen mag men nu veronderstellen, dat de ziektedrempel lager zal komen te liggen, als:

— de noodzaak te verzuimen vaker aanwezig wordt geacht. Dat wil zeggen: bepaalde klachten van een bepaalde intensiteit zullen dan als 'ziekte' worden aangeduid, terwijl dit eerst niet het geval was;

— de gelegenheid tot verzuimen groter is geworden. Dat wil zeggen arbeidsongeschiktheid brengt dan minder financieel en maatschappelijk risico met zich mee dan vroeger;

— de behoefte aan afwezigheid toeneemt. Dat wil zeggen: de werksituatie heeft minder bindingskracht dan eerst om de werknemer te bewegen, ondanks een zekere hinder, te gaan werken.

De vraag is nu, wat er sinds 1955 veranderd is. Ik zal hierna achtereenvolgens voor de drie verzuimfactoren afzonderlijk nagaan, of er reden is te veronderstellen dat er verandering heeft plaats gevonden. Alvorens hiertoe over te gaan, zijn er nog enkele toelichtingen nodig omtrent de beslissingstheorie van het ziek worden.

Enkele misverstanden omtrent de beslissingstheorie

Naar mijn ervaring kan een uiteenzetting over de idee, dat de ziekmelding bij minder ernstige aandoeningen het karakter heeft van een beslissing, tot misverstanden leiden. Men kan deze misverstanden terugbrengen tot een drietal bezwaren:

1. Door deze beslissingstheorie zou het feit worden verdoezeld, dat in feite veel verzuim 'ongeoorloofd' of 'onnodig' zou zijn. De betrokken werknemers zouden gewoon gebruik, zo niet misbruik maken van een groter wordende verzuimgelegenheid;
2. Door deze beslissingstheorie zou de werknemers onrecht worden aangedaan, daar men in de meeste gevallen heus wel 'echt ziek' is, terwijl bovendien velen met minder ernstige klachten blijven doorwerken;
3. Deze beslissingstheorie zou eigenlijk niet opgaan, als de zieke eerst zijn dokter raadpleegt, alvorens hij zich ziek meldt. De dokter bepaalt dan op medische gronden of iemand iets heeft en arbeidsongeschikt is.

Hoewel deze drie bezwaren zeer verschillend van inhoud zijn, hebben zij gemeen, dat er éézelfde veronderstelling aan ten grondslag ligt. Men gaat er namelijk van uit, dat er een scherpe scheiding zou bestaan tussen ziek zijn en niet ziek zijn. Deze veronderstelling is echter in de meeste gevallen niet juist.

Ten aanzien van het eerste bezwaar wil ik het volgende naar voren brengen. Natuurlijk bestaat er zowel ondubbelzinnig geoorloofd als ondubbelzinnig ongeoorloofd verzuim. Afwezigheid op grond van objectieve syndromen berust volgens de geldende opvattingen op 'echte ziekte', is dus geoorloofd. Men zou het het *witte* verzuim kunnen noemen. Afwezigheid, welke ontstaat hetzij door bewuste misleiding of overdrijving, hetzij door negering van de voorschriften van de Ziektewet en de uitvoeringsorganen daarvan wordt ongeoorloofd geacht, is dus *zwart*. Deze twee uiterste categorieën zijn echter niet zeer groot. Verzuimen wegens objectieve syndromen en onmiskenbaar ernstige objectief-subjectieve syndromen kan men op ongeveer 20 à 25 pct. van het totaal schatten. De ziekmeldingen van een frauduleus karakter zijn vanzelfsprekend niet precies in aantal bekend, maar er is geen reden om aan te nemen, dat zij meer dan 5 pct. van het totaal bedragen¹⁰).

Het meeste verzuim is daarom zwart noch wit, het is *grijs*, in vele schakeringen van bijna wit tot bijna zwart. Men heeft klachten, die op het moment van de ziekmelding liggen boven de voor de patiënt en zijn (medische) omgeving werkzame ziektedrempel. Men kiest dan voor ziek zijn, en op medische gronden kan niet worden nagelaten het verzuim te aanvaarden als legitiem. Men kan er daarom niet onderuit, of men het nu leuk vindt of niet, dat door het ontbreken van een scherpe grens tussen ziek en niet-ziek, en door de wisselingen in de hoogte van de ziektedrempel, het grootste deel van het verzuim grijs is. Ook in groepen waar de ziektedrempel hoger ligt, of als hij in de gehele maatschappij weer hoger zou komen te liggen, blijft er te allen tijde binnen het kader van een verantwoorde gezondheidszorg in een maatschappelijk bestel, waarin sociale zekerheid en welvaart samengaan, een

gebied van grijs, maar daarom nog wel te respecteren ziekmeldingen. De ziektedrempel zal namelijk altijd blijven variëren van groep tot groep, van persoon tot persoon, en van moment tot moment. Bijna iedereen wordt enkele malen per jaar geconfronteerd met lichte stoornissen van zijn gezondheid, die hem voor de keuze stellen wel of niet thuis te blijven.

Nu kan de maatschappij min of meer collectief van mening zijn, dat een deel van het ziekteverzuim 'onnodig' is. Dat wil zeggen: men meent, dat de gemiddelde ziektedrempel hoger zou kunnen liggen. Een streven hiernaar maakt echter weinig kans, als het blijft steken in een loutere veroordeling van één bepaalde groep in de maatschappij of in een al te eenzijdige benadrukking van bijv. alleen de verzuimgelegenheid. De analyse van het proces van ziek worden wijst er op dat men zich gelijkkelijk moet richten op de verzuimnoodzaak, -gelegenheid en -behoefte.

Het tweede bezwaar is de idee, dat het toepassen van de beslissingstheorie de zieken onrecht zou aandoen, omdat zij 'echt ziek' zijn. Het commentaar hierop is een variant op de opmerkingen bij het eerste bezwaar. Natuurlijk zijn de betrokkenen, wier ziekteverzuim niet al te zeer naar zwart tendeert, 'echt ziek' in de zin dat de maatschappij hun ziekte aanvaardt, terwijl hun gezondheid ongetwijfeld door de rustperiode beter de kans krijgt te herstellen. Maar men moet accepteren, dat het een grijs zaak is. Als de ziektedrempel anders had gelegen, zou het verzuim misschien niet hebben plaats gevonden. Maar de keuze voor het ziek zijn is daarom nog niet moreel laakbaar; men sluit zich gewoon aan bij een in een bepaalde situatie geldende ziektedrempel.

Wel vestigen de exponenten van dit bezwaar er terecht de aandacht op, dat er bij elke vorm van subjectieve klachten ook mensen zijn, die blijven doorwerken, die niet de weg inslaan naar het ziek zijn. Verlaging van de ziektedrempel betekent nog niet dat iedereen met bepaalde klachten de rol van zieke opeist of aanvaardt. Alleen in een groter percentage van de gevallen van subjectieve klachten dan voorheen, meldt men zich ziek. Over de getalmatige verhouding tussen mensen, die met dezelfde klachten wel of niet thuis blijven, is weinig bekend, omdat het aantal niet behandelde, weinig ernstige klachten nog zelden onderwerp van onderzoek is geweest.

Gegevens uit twee zeer verschillende studies werpen toch wel enig licht op de relatie tussen klachten en verzuim.

Een interessante uitkomst voor een groep *werknemers* geeft Kolk, die bij de door hem onderzochte werkende vrouwen vond, dat 58 pct. menstratieklachten (dysmenoerhoe) had, maar slechts bij 29 pct. van deze of 17 pct. van het totaal vond in de onderzoeksperiode verzuim plaats om die reden¹¹⁾.

Gegevens van algemener aard vindt men bij Bramlage¹²⁾, die in 1957-'58 gedurende een jaar gezondheid en ziekte bestudeerde van een steek-

proef uit de Zutfense bevolking. In deze studie werd tegelijkertijd aandacht besteed aan een aantal verschillende indicatoren van gezondheid en ziekte. Zo vroeg men naar de aard en de aantallen van de aandoeningen, het verzuim, het houden van bedrust, contacten met artsen enz. In het kader van dit artikel is belangrijk, welke percentage van de bevolking opgeeft aandoeningen vergezeld van klachten te bezitten, maar toch niet verzuimt.

Tabel 5: de verhouding tussen ziek zijn en verzuimen in een steekproef uit de gehele bevolking van Zutphen, 1957–1958.

Leeftijdscategorie	Niet ziek geen verzuim	Wel ziek geen verzuim	Wel ziek wel verzuim	Aantal 100%
15–24 jaar	19%	24%	57%	243
25–44 jaar	18%	36%	46%	578
45–64 jaar	12%	42%	46%	419

Bron: C. A. A. Bramlage, Gezondheid en ziekte te Zutphen. Enquête naar de gezondheidszorg bij 536 gezinnen. Assen 1962, Tabellenboekje.
Bewerking van tabel 57 p. 60.

Hoewel men bij de interpretatie van deze tabel rekening moet houden met het feit, dat het om de gehele bevolking gaat in bepaalde leeftijdsklassen en niet alleen om de werknemers, zijn deze cijfers verhelderend. Ook hier blijkt, dat een niet gering gedeelte van de bevolking bij bepaalde klachten niet besluit ziek te worden. Dit percentage is echter geen constante, maar varieert met de leeftijd. Jongeren beneden de 25 jaar besluiten duidelijk eerder dan ouderen om thuis te blijven. Boven de 45 jaar is de kans dat mensen met aandoeningen verzuimen slechts 1 op 2; bij de jongste groep bedraagt hij ruim 2 op 3. Deze tabel is daarom op zichzelf een goed voorbeeld van de werking van de ziektedrempel¹³).

Tot slot enkele opmerkingen over het derde bezwaar. In hoeverre is er bij minder ernstige aandoeningen nog sprake van een eigen beslissing als de zieke eerst naar de dokter gaat? In de eerste plaats moet er op gewezen worden dat de patiënt te allen tijde de beslissing heeft genomen om naar een spreekuur te gaan. Dat houdt in, dat er bij hem, afhankelijk van wat het advies zal zijn, er een bereidheid is ziek te worden. De beslissing heeft daarom op dat moment gedeeltelijk al plaatsgevonden. In de tweede plaats vindt er inderdaad een inperking van de beslissingsvrijheid plaats, omdat de patiënt — terecht — de schatting van de verzuimnoodzaak overlaat aan de deskundige. Bij lichtere aandoeningen lost dit het probleem van de arbeidsongeschiktheid echter maar ten dele op. De arts moet zich inleven in de intensiteit van de

klachten, en de invloed daarop van de verzuimbehoefte en -gelegenheid kan hij moeilijk schatten. Voor wat betreft deze aspecten van het ziek-worden blijft de keuze vóór of tegen de ziekmelding aan de patiënt. Dat neemt overigens niet weg, dat het wanneer de klachten daarvoor in aanmerking komen, beter is als men ze van te voren bespreekt met een arts.

Veranderingen in de verzuimnoodzaak

De vraag, of er in de opvattingen ten aanzien van ziekte en arbeidsongeschiktheid veranderingen zijn opgetreden, is moeilijk rechtstreeks te beantwoorden. Men zou daarvoor over de inhoud van deze opvattingen moeten beschikken. Helaas is er, in ieder geval in Nederland, weinig onderzoek verricht naar de gezondheidsbeleving van de bevolking. Ook wat betreft de medische normen in dit opzicht tast men in het duister. Over de frekwentie van minder ernstige aandoeningen en van de daarbij volgens medische inzichten optredende arbeidsongeschiktheid wordt weinig gepubliceerd. Waarschijnlijk is het voor de medische wetenschap (nog) geen interessant probleem. Er zit dan ook weinig anders op dan een indirecte benadering van de verzuimnoodzaak te kiezen.

De verzuimnoodzaak dient men vanzelfsprekend per diagnosecategorie te beschouwen. De intensiteit van de klachten, waarbij men ziek wordt, is namelijk voor twee verschillende soorten aandoeningen (bijv. griep en hoofdpijn) nauwelijks te vergelijken. Dat betekent dat de ziektedrempel voor griep en hoofdpijn in verschillende mate hoger of lager kan komen te liggen. Wanneer daarom aangetoond kan worden, dat de frekwentie van ziekmeldingen wegens het ene type objectief-subjectieve syndromen meer is toegenomen dan die wegens een ander type, dan is er alle reden om aan te nemen, dat er t.a.v. die categorie iets in de gezondheidszorg en de medische en maatschappelijke opvattingen iets veranderd is. Zou daarentegen het stijgingspercentage voor alle diagnosegroepen, waarbij subjectieve klachten een grote rol spelen, gelijk zijn, dan is het waarschijnlijk, dat er in de verzuimnoodzaak geen veranderingen zijn opgetreden, maar alleen in hetzij de verzuimgelegenheid, hetzij de verzuimbehoefte, hetzij in beide.

Uitgaande van deze redenering heb ik nu voor de vijf diagnosehoofdgroepen, waarbij subjectieve klachten een grote rol spelen, de ontwikkeling van het gemiddelde aantal ziekmeldingen per man per jaar en de gemiddelde ziekte-duur van 1955/6 tot en met 1962/3 bekeken. In tabel 5 zijn de gegevens weer opgesplitst naar leeftijd, omdat uiteraard ook verschillen tussen de leeftijdsklassen aanvullende informatie kunnen verschaffen.

Bij de interpretatie van de gegevens uit deze tabel moet men rekening houden met twee verklaringsgronden. In de eerste plaats kan een verschil in stijgingspercentage tot stand komen door veranderde inzichten in de verzuimnood-

zaak, welke de ziektedrempel verlagen. Daarnaast mag men ook niet uitsluiten, dat toch het aantal aandoeningen bij afzonderlijke diagnosegroepen is toegenomen. Hoewel een dergelijke objectieve toename in het algemeen niet aannemelijk is, kan deze incidenteel toch wel plaats gevonden hebben.

Tabel 6: het aantal ziekmeldingen per man per jaar en de gemiddelde duur in dagen voor vijf diagnosehoofdgroepen naar leeftijd. 1955-1963. $\pm$ 80.000 mannen.

Leeftijdscategorie	Aantal meldingen per man per jaar			Gemiddelde duur in dagen		
	1955/6	1962/3	Vershil	1955/6	1962/3	Vershil
<i>De 'psychische' ziekten:</i>						
15-24 jaar	0,05	0,05	—	7,1	9,3	+31%
25-44 jaar	0,06	0,06	—	14,0	17,3	+24%
45 jaar en ouder	0,04	0,05	+25%	24,3	28,7	+18%
Totaal	0,05	0,06	+20%	15,1	20,1	+33%
<i>De ziekten van de ademhalingswegen:</i>						
15-24 jaar	0,55	0,62	+13%	6,5	6,9	+ 6%
25-44 jaar	0,56	0,69	+23%	8,3	8,6	+ 4%
45 jaar en ouder	0,44	0,55	+25%	13,7	14,5	+ 6%
Totaal	0,53	0,62	+17%	9,1	10,3	+13%
<i>De ziekten van het spijsverteringsstelsel:</i>						
15-24 jaar	0,14	0,17	+21%	8,4	8,2	— 2%
25-44 jaar	0,19	0,22	+16%	13,0	12,1	— 7%
45 jaar en ouder	0,13	0,16	+23%	24,1	20,6	—14%
Totaal	0,17	0,19	+12%	14,6	14,1	— 6%
<i>De ziekten van het bewegingsapparaat:</i>						
15-24 jaar	0,04	0,07	+75%	13,6	14,3	+ 5%
25-44 jaar	0,10	0,14	+40%	18,3	19,2	+ 5%
45 jaar en ouder	0,13	0,17	+31%	26,4	27,5	+ 4%
Totaal	0,10	0,14	+40%	20,4	22,4	+10%
<i>De 'ziektewet-ongevallen':</i>						
15-24 jaar	0,09	0,12	+25%	12,1	13,9	+15%
25-44 jaar	0,04	0,06	+50%	16,4	18,6	+13%
45 jaar en ouder	0,03	0,04	+33%	23,9	26,4	+10%
Totaal	0,04	0,06	+50%	16,5	18,8	+14%

Bron: Diagnosestatistiek N.I.P.G. 1955-1963.

In het algemeen komt uit tabel 6 naar voren, dat er duidelijke verschillen zijn in de stijgingspercentages. Het moet daarom als waarschijnlijk worden beschouwd, dat zich ook in de gezondheidszorg en de opvattingen daarover veranderingen hebben voorgedaan.

De 'psychische' ziekten. De stijging van het aantal ziekmeldingen wegens hoofdpijn, nervositeit enz. (20 pct.) wijkt niet af van de gemiddelde stijging (19 pct.). Het is wel opvallend, dat deze stijging bij de oudere werknemers het grootst is. Er zijn hiervoor twee verklaringen mogelijk. Enerzijds zou het wel eens kunnen zijn, dat oudere werknemers langzamerhand in dezelfde mate als jongeren zijn gaan aanvaarden, dat psychische spanningen en soortgelijke aandoening geen 'onzin' zijn, maar wel degelijk als ziekten zijn te beschouwen. Dit zou betekenen, dat de ziektedrempel voor psychische aandoeningen bij ouderen zich aanpast bij die van de jongere werknemers, bij wie hij al langer lager zou liggen.

Anderzijds wil ik niet uitsluiten, dat psychische spanningen enz. thans juist bij de ouderen meer voorkomen. O.a. door een gebrek aan scholing zijn zij, zoals ik al in deel I vermeldde, meer dan de jongeren gebonden aan fabriekmatige arbeid. Zij worden daarbij geconfronteerd met mechanisering en automatisering, dat wil zeggen met een sneller werktempo aan ingewikkelder machines. Daardoor is het mogelijk, dat niet alleen de ziektedrempel van de ouderen zich op een lager punt stabiliseert, maar ook dat de klachten van deze aard vaker optreden.

Het meest opvallende verschijnsel bij de psychische ziekten is echter de stijging van de gemiddelde duur. Deze diagnosehoofdgroep is de enige categorie, waarin voor elke leeftijdsklasse een aanzienlijke verlenging optreedt, ook wanneer ik rekening houd met de afzonderlijke objectieve syndromen, die hier verder niet behandeld worden. Het meest waarschijnlijk is, dat in de afgelopen jaren de tendens zich heeft doorgezet, waarbij men 'psychische aandoeningen' als ziekte aanvaardt; als een ziekte bovendien waarvoor rust van grote betekenis is. De maatschappij en in het bijzonder de behandelende en controlerende instanties staan de patiënt met nerveuze klachten, die hetzij van psychogene, hetzij van sociogene aard zijn, een langere arbeidsongeschiktheid toe.

De ziekten van de ademhalingswegen. De toename van het aantal verzuimgemeldingen wegens griep, verkoudheid enz. is ongeveer gelijk aan de totale stijging. Een oorzaak voor de geringere toename bij de jongste leeftijdsklasse (13 pct. vs 23 pct. en 25 pct.) is niet eenvoudig te geven. De verhoudingsgewijze geringe toename van de gemiddelde ziekteduur met ongeveer 5 pct. in elke leeftijdsgroep is waarschijnlijk niet zonder betekenis. Vermoedelijk weerspiegelt zich hierin een neiging om meer dan vroeger thuis te blijven tot de door de arts aanbevolen hersteldatum. Door de stijging van het totale

verzuim en de daarmee verband houdende controle-werkzaamheden is het echter ook niet uitgesloten, dat vooral in tijden van griep epidemieën de medische controle op een later moment tijdens het ziek zijn plaats heeft¹⁴). Deze twee tendenties tezamen zouden tot een iets langere duur kunnen leiden.

De ziekten van het spijsverteringsstelsel. De toename van het aantal meldingen wegens buikklachten enz. wijkt niet of nauwelijks af van die wegens griep. Bij de gemiddelde duur doet zich het merkwaardige verschijnsel van een geringe verkorting voor. Dit is een niet gemakkelijk te begrijpen gegeven. Het feit, dat de verkorting het grootst is bij de oudste leeftijdsklasse (—14 pct.) brengt mij tot de volgende veronderstelling. Het is niet uitgesloten, dat naast verbeterde diagnostische mogelijkheden een aantal langdurige en ernstige aandoeningen van het spijsverteringsstelsel thans door een betere diagnostiek in andere diagnosegroepen terechtkomt. Enerzijds moet men hierbij denken aan de groep (kwaadaardige) nieuwvormingen, en anderzijds aan de psychische ziekten. Als dit laatste juist is, zou dit nog een bijkomende reden kunnen zijn voor de stijging van de psychische ziekten bij ouderen¹⁵).

De ziekten van het bewegingsapparaat. Men ziet dat in deze categorie de toename van het aantal gevallen in alle leeftijdscategorieën groter is dan die voor de ziekten van de ademhalingswegen en het spijsverteringsstelsel. In het bijzonder geldt dit voor de twee jongste leeftijdsklassen. De meest voor de hand liggende verklaring is, dat bij deze aandoeningen de *ziektedrempel* de laatste tien jaren veel sneller is gedaald dan voor de andere grote groepen aandoeningen. Het is niet waarschijnlijk dat bijv. in de jongste groep van 15-24 jaar zich ook objectief zoveel meer gevallen van spierrheuma enz. voordoen, dat men er bijkans tweemaal zo vaak mee verzuimt. Bij een geringere intensiteit van bijv. rugklachten gaat men thans naar de dokter en meldt men zich ziek. Dat zich deze snelle verandering heeft voorgedaan, kan door verschillende factoren komen. Waarschijnlijk is er sprake van een wisselwerking tussen een toenemende medische aandacht en kundigheid enerzijds, en een maatschappelijke norm omtrent ziek zijn anderzijds. De rheuma is de laatste jaren als ziekte snel in de aandacht gekomen. Het specialisme reumatologie is in versnelde opmars. De rheuma wordt thans veel meer dan voorheen als een volksziekte gezien en de bestrijding ervan als een uitdaging voor de wetenschap en de maatschappij. De belangstelling ervoor is natuurlijk niet nieuw, en het is ook Muntendam geweest, die sinds 1936 'De sociale betekenis van reumatiek' (de titel van zijn proefschrift) in het centrum van de belangstelling brengt¹⁶).

Daarnaast — en daardoor — zijn door de wetenschappelijke ontwikkeling de mogelijkheden voor diagnostiek en therapie toegenomen. Men moet daarbij ook rekening houden met het feit, dat zowel wetenschappelijk als maatschappelijk de strijd met ziekten als rheuma aangebonden kon worden, nadat ern-

stiger aandoeningen, zoals de infectieziekten, voor een groot deel overwonnen waren.

Tegelijk met deze sociaal-medische ontwikkeling besteedt ook de bevolking thans meer aandacht aan klachten van het bewegingsapparaat. Ook in de jongere leeftijdsgroepen vindt men het thans vermoedelijk 'normaal' om met spierrheuma enz. thuis te blijven en medische bijstand te vragen. Men zou kunnen veronderstellen dat bij deze aandoeningen de ziektedrempel zich in versneld tempo aanpast bij die welke geldt voor griep en buikklachten.

Ook wat betreft de duur van deze verzuimen heeft een geringe verlenging plaats gevonden. Of dit een gevolg is van een grondiger doorgevoerde diagnostiek en/of therapie of wel van dezelfde factoren, die ik bij griep en verkoudheid noemde, is moeilijk te zeggen.

De ziektewet-ongevallen. Bij deze categorie valt op, dat er zowel een meer dan gemiddelde toename heeft plaatsgevonden van de ziekmeldingen (50 pct.), als een verlenging van de gemiddelde ziekteduur (14 pct.). Naar mijn mening moet men hierbij meer denken aan een toename van het aantal objectieve aandoeningen dan aan een verschuiving van de ziektedrempel.

In de afgelopen jaren is het percentage vrije tijd aanzienlijk toegenomen. Niet alleen is er meer vrije tijd gekomen, maar ook de intensiteit van de vrijetijdsbesteding is toegenomen. Hierbij speelt o.a. het langere weekeinde een rol. De ziektewet-ongevallen beginnen dan ook veel vaker op zaterdag, zondag of maandag dan alle andere diagnosegroepen. Uit de diagnosestatistiek van het N.I.P.G. over de jaren 1962-1963 blijkt dat 50 pct. van alle ziektewet-ongevallen in het weekend begint, tegen 41 pct. van de ziekten van het bewegingsapparaat, 39 pct. van de meldingen van griep, verkoudheid enz., 37 pct. van de aandoeningen van het spijsverteringsstelsel en 35 pct. van de psychische ziekten.

Bij de ziektewet-ongevallen kan men onderscheid maken tussen verkeers-, sport-, huis- en overige ongevallen. In ieder geval staat van de verkeersongevallen vast, dat er landelijk een sterke toename valt te constateren. Het aantal verkeersongevallen met lichamelijk letsel is van 1955 tot en met 1963 gestegen met 33 pct.; van 3,3 ongevallen per 1000 van de bevolking tot 4,4¹⁷). Dergelijke stijgingen zijn ook bij de sport- en huisongevallen niet onwaarschijnlijk. Hoewel ook bij deze aandoeningen de ziektedrempel verschoven zal zijn, wint het idee, dat men in dit geval met een toename van het aantal aandoeningen te maken heeft, aan kracht, door nog andere feiten.

In de eerste plaats is het opvallend, dat de stijging het grootst is bij de groep van 25-44 jaar. Waarschijnlijk is juist bij deze categorie werknemers onder de loongrens de oriëntering op de vrijetijdsbesteding bijv. door de motorisering het meest voortgeschreden. Meer dan bij de jongste groep, die door zijn vrije-

tijdsbesteding in het verkeer en op het sportveld altijd al een groter risico heeft gelopen.

In de tweede plaats is in hetzelfde tijdvak het aantal bedrijfsongevallen teruggelopen. In de Ongevallenstatistiek van het N.I.P.G. blijkt, dat het aantal Ongevallenwet-ongevallen is afgenomen van 0,20 in 1955/6 per man per jaar tot 0,14 per man per jaar in 1964/5. Dit komt waarschijnlijk zowel door een verbeterde ongevalsbestrijding als door de verkorting van de totale werktijd. Het wijst in ieder geval niet in de richting van een verlaagde ziektedrempel bij ongevallen.

Tenslotte is het mogelijk, dat ook de verlengde ziekteduur het gevolg is van meer ernstige aandoeningen, die een langere (bed)rust vergen.

De bovenstaande beschouwingen over de afzonderlijke diagnosegroepen dragen vanzelfsprekend een speculatief karakter. Zoals gezegd komt dit vooral door het ontbreken van onderzoek in Nederland naar het gezondheidsgedrag van de bevolking en de medische en maatschappelijke opvattingen daaromtrent. In ieder geval kan het duidelijk zijn, dat opvattingen en gewoonten die verband houden met de gezondheidszorg, invloed uitoefenen op het aantal aandoeningen en de ziektedrempel. De verhoging van het ziekteverzuim, die daardoor is opgetreden, is van andere aard dan welke veroorzaakt wordt door wijziging van de verzuimgelegenheid en verzuimbehoefte, hoewel zij vanzelfsprekend wel onderling verband houden. Veranderingen in de verzuimnoodzaak, die men zou willen voorstaan, kunnen niet door bedrijven afzonderlijk of zelfs door het bedrijfsleven als geheel worden opgelost. Het gaat om maatschappelijke en medische problemen van wijdere strekking. Alvorens op de vooral door de verzuimgelegenheid en -behoefte geïnduceerde stijging van gemiddeld 20 pct. in te gaan, noem ik nog in het kort *de hier besproken* met de gezondheidszorg verbonden verschijnselen op, welke een extra verzuimverhogend karakter hebben:

- Aanvaarding van de 'psychische ziekten' als 'echte' ziekten leidt waarschijnlijk vooral tot een langere verzuimduur;
- Bij de belangrijke groep van klachten van het bewegingsapparaat vindt een versnelde verlaging van de ziektedrempel plaats. Dit betekent, dat naast griep en buikklachten, rugpijn, spierrheuma etc. tot een 'normale' verzuimreden worden;
- Door de maatschappelijke ontwikkeling vinden er meer ziektewet-ongevallen plaats, die een niet te onderschatten invloed op het totale verzuim hebben. Het gaat om een probleem voor de gehele maatschappij, waarbij vooral aan de preventie van onveilig gedrag aandacht moet worden besteed.

(Wordt vervolgd)

Noten

6. Voor een uitgebreider uiteenzetting op dit punt zie: H. Philipsen, 'Rusten of doorwerken bij ziekte'. *Medisch Contact* 21 (1966) 643-8.
7. Men moet in feite een onderscheid maken tussen a) *de ziektedrempel*, de intensiteit van klachten, waarbij men zich ziek vindt en b) *de afwezigheidsdrempel*, de meestal grotere intensiteit, waarbij men zich ziek én arbeidsongeschikt vindt. Om het betoog in dit artikel niet te zeer te compliceren, laat ik a en b samen vallen.
8. M. J. W. de Groot, *Kwantitatieve benadering van het verzuim door neurosen bij Nederlandse fabrieksarbeiders*. Leiden 1958. Hoofdstuk IX.
9. De Groot maakt tussen deze twee begrippen een onderscheid, dat echter in het kader van dit artikel niet gehanteerd hoeft te worden.
10. Van het totaal aantal meldingen bij de bedrijfsverenigingen wordt in ongeveer 1 à 2% van de gevallen niet tot uitkering overgegaan om de genoemde redenen. Het is onwaarschijnlijk dat een aanzienlijk veel groter aantal van ondubbelzinnig ongeoorloofde gevallen onopgemerkt zou blijven, hoewel er natuurlijk onbetrapt zwart verzuim bestaat. Er is mij echter geen enkele literatuurplaats bekend, waaruit op acceptabele gronden een hoger percentage dan 5% wordt vastgesteld. Wel is er een aantal waarbij het tegendeel naar voren komt, o.a. in N. Walker, *Morale in civil service*, Edinburgh 1961 p. 115-122.
Bij het ongeoorloofd verzuim moet men rekening houden met selectieve herinnering en waarneming. Eén gaaf voorbeeld van simulering blijft in het geheugen gegrift. Honderden 'normale' griepjes zijn op het moment van ziekmelding al weer vergeten.
11. Zie J. J. Kolk, *Dysmenoerhoe en ziekteverzuim*. Assen 1966 p. 76. e.v.
12. C. A. A. Bramlage, *Gezondheid en ziekte te Zutphen. Enquête naar de gezondheidszorg bij 536 gezinnen*. Assen 1962. Met tabellenboekje. Zie i.h.b. hfdst. IX.
13. De verschillen tussen de leeftijdsklassen zouden natuurlijk ook kunnen ontstaan, doordat met het toenemen van de leeftijd het aantal ernstiger aandoeningen *afneemt*. Dit is natuurlijk onwaarschijnlijk. Ter verklaring van de hogere verzuimcijfers van jongeren voert men ook wel aan, dat jongeren vaker griep enz. hebben, een aandoening, waarbij bedrust veelal voorgeschreven wordt. De houdbaarheid van deze stelling is dubieus; in Zutphen bleek, dat in elk van de leeftijdsgroepen 3 van de 4 mensen opgaf griep of verkoudheid gehad te hebben. Het lijkt waarschijnlijk dat jongeren vaker thuis blijven met griep enz.
14. Zie voor de invloed van de dag van controle b.v.: J. de Groot, 'The influence of control-measures on sickness absenteeism' *Proceedings of the second international conference on sick absence statistics*. Amsterdam, 20th-23rd, april 1965. Den Haag 1966, p. 101-107.
15. De juistheid van deze veronderstellingen kan getoetst worden door zowel een studie van individuele ziektegeschiedenissen als door een onderzoek naar de verdeling van de ziektegevallen over de duurklassen voor een aantal diagnoses per leeftijdsgroep.
16. P. Muntendam. *De sociale betekenis van reumatiek tevens bijdrage tot de ziekte-wetstatistiek*. Assen 1936.
17. CBS. Jaaroverzicht bevolking en volksgezondheid. 1957-63.