

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bespoediging van plaatsing behoudt de Redactie zich het recht voor, de stukken te bekorten).

NUTTIGE NOTITIES No. 23

Naar aanleiding van de Nuttige Notitie No. 23 (1961) veroorloof ik mij de volgende opmerkingen: Wat zegt de keurende bedrijfsarts van dit geval? Hij staat allereerst voor twee vragen, namelijk wat kan en wat mag deze man doen? Wat hij kan wordt hoofdzakelijk door diens constitutie bepaald en deze kan zo nodig met behulp van een fietsergometer nader kwantitatief worden onderzocht.

Wat hij mag doen is een tweede vraag, die op veel minder exacte wijze dan de eerste kan worden beantwoord. Het uiteenlopen van de antwoorden op wat kan en mag komt het duidelijkst tot uiting in een extreem voorbeeld zoals in geval van een klein actief tuberculosis longproces. Een dergelijke patiënt zal gewoonlijk veel kunnen en niets mógen doen. In zekere zin doet zich hier een analoge situatie voor. Daarbij moet de keurende arts er rekening mee houden dat het antwoord op de vraag wat een patiënt mag doen meestal meer op grond van inzichten en meningen dan op grond van feitelijke gegevens wordt beantwoord. Op deze inzichten en meningen kan door de patiënt zelf, met name door de klachten die hij uit, vrij sterk invloed worden uitgeoefend.

Het lijkt bijna zeker, dat zodra iemand, al is het door onvrede met zijn werk, vrouw of woning, klachten gaat tonen bv. van malaise, moeheid en dergelijke, de huisarts en internist spoedig geneigd zullen zijn tot de mening dat de patiënt geruime tijd licht werk of in het ongunstigste geval geen werk mag doen.

Met andere woorden, ook al wordt hij door de keurende arts als volledig arbeidsgeschikt beoordeeld, dan is het risico dat dit oordeel in een arbeidssituatie, ook bij gelijke objectieve gezondheidstoestand, anders zal uitvallen zeker niet denkbeeldig. De dagelijkse ervaring bewijst dit.

De vraag of dit risico werkelijkheid zal worden hangt o.a. af van de neiging van de patiënt met klachten — waarop dan ook — te reageren. Zijn persoonlijkheid en de situatie waarin hij komt te verkeren, alsmede zijn moreel, zijn daarom van betekenis.

De besproken patiënt is een nogal asthene, een matig-actieve indruk makende man. Bij de schriftelijke anamnese bekrachtigt hij met zijn handtekening, dat hij nooit met een specialist of een ziekenhuis in aanraking is geweest. De subicterische sclerae brachten zijn ziekte en wat daarmee samenhangt aan het licht.

Om zijn werk te kunnen aanvaarden zou hij van Arnhem naar het westen van het land moeten verhuizen na eerst verscheidene maanden van zijn gezin gescheiden in een pension te hebben gewoond.

Last but not least: hij werd gekeurd voor rangeerder, een functie, die een alerte geest en een vitaal lichaam vereist. Als bijzonderheid moet hierbij worden vermeld, dat de mogelijkheid bestaat, de functie van rangeerder te verwisselen voor die van locomotiefdrijver. Op basis daarvan ontwikkelt zich bij rangeerders nogal eens de wens om met behulp van geneeskundige ruggesteun te kunnen bereiken dat ze niet meer voor de locomotief uit behoeven te hollen, doch erop (erin) kunnen gaan staan. De aanwezigheid van deze mogelijkheid vormt op zichzelf reeds een risico.

De keurende arts oordeelde, alles bij elkaar genomen dat er te veel twijfelpunten aanwezig waren om deze „immigrant” uit Arnhem acceptabel te achten. Bij deze beslissing is het

risico van verzuim voor „een congenitale hemolytische icterus”, waar de internisten overigens ook niet geheel gelijk over bleken te denken, als zodanig ternauwernood aan de orde. Het gaat nooit om de vraag over het verzuimrisico dat een ziekte met zich brengt, maar altijd om die over het verzuimrisico van een mens in een bepaalde situatie. De keurende arts was van oordeel, dat deze man voor deze arbeidssituatie in verband met de somatische, psychische en sociale aspecten, niet aanvaard kon worden.

Hoe men het beleid van de bedrijfsarts in dit geval ook moge beoordelen, er was méér aan de orde dan alleen „een geval van congenitale hemolytische icterus”.

Velsen, maart 1961

J. DE GROOT

Gaarne zou ik enkele opmerkingen willen maken naar aanleiding van de Nuttige Notitie No. 23 (1961).

Tot internist I zou ik het volgende willen zeggen: De positie van de bedrijfsarts behoort neutraal te zijn, zodat hij noch een exponent van de werkgever noch een van de werknemer is. Dit houdt dan tevens in dat na de aanstelling van een bedrijfsarts door een directie, deze zoveel vertrouwen in de arts moet kunnen stellen dat ze het aan hem zullen moeten overlaten om ongeschreven regels van zijn keuringsbeleid vast te stellen. Naar mijn mening is het zeer gevaarlijk en voor een bedrijfsarts onjuist om op grond van reglementen van een directie, te keuren.

Tot slot zou ik een welgemeende kritiek willen laten horen op het geschrevene van internist II.

Wanneer hij meent dat iemand met congenitale hemolytische icterus niet behoeft te worden afgekeurd, dan heeft hij zowel gelijk als ongelijk. Terwijl de internist op grond van een ziekte een oordeel over een keuringsuitslag meent te kunnen geven, dient het oordeel van de bedrijfsarts gebaseerd te zijn op de functie welke de sollicitant moet vervullen en niet in eerste plaats op een afwijking die de kandidaat heeft. Dit is naar mijn mening een juistere benadering van het probleem.

De tijd dat een bedrijfskeuring een vorm van medische selectie was, waarbij alleen de kandidaten zonder enig gebrek goedgekeurd werden, is voorbij. Vroeger leidde vrijwel elk gebrek tot afkeuring. Hiertegenover heeft zich in de laatste 10 tot 20 jaar een andere keuring ontwikkeld waarbij in de eerste plaats niet gelet wordt op de tekortkomingen van de kandidaat, maar op hetgeen hij wel kan, met als doel: het brengen van de juiste man op de juiste plaats. Deze wijze van beoordeling wordt de positieve keuring genoemd. Dit doel kan alleen worden bereikt, indien de bedrijfsarts of keurende arts volkomen op de hoogte is van de eisen die aan de kandidaat gesteld zullen worden, zowel in fysiek als in psychisch opzicht.

Tevens dient te worden vermeld dat vele bedrijfskeuringen gekoppeld zijn aan een pensioenfondskeuring, wat bij het aannemen van de sollicitant zijn eigen problemen meebrengt. Het aannemen van een sollicitant geschiedt in dit geval niet door de keurende arts, maar deze treedt dan op als adviseur van zijn directie c.q. van de afdeling Personeelszaken. Hieruit komen vaak misverstanden voor waarbij door veel niet keurende artsen het niet aannemen gelijkgesteld wordt met een medische afkeuring. Uit deze Nuttige Notitie blijkt weer eens duidelijk dat het contact tussen de medici onderling noodzakelijk is om elkaars problemen beter te leren kennen.

Literatuur: Nuttige Notitie No. 23 (1961) *Ned. T. Geneesk.* 105, 584.

Arnhem, maart 1961

P. G. VERTIN