

Nederland en zijn epidemie

Ch. van der Vring*

Economen zijn te snel geneigd om ter verklaring van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek te wijzen op financiële prikkels, 'aanstelleritis' en meegeevende keuringsartsen. Daarmee worden sociaal-medische oorzaken en oplossingen genegeerd. Zo blijkt het vanuit sociaal-medisch perspectief heilzaam om de toegangsdrempel tot de ziektewet kwalitatief te verhogen. Dat kan door in de criteria van de keuringsarts de restrictieve interpretatie van het begrip 'de in aanmerking komende arbeid' los te laten.

Een epidemie van arbeidsongeschiktheid teistert ons land. In de nationale discussie zijn ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid thema's van belang geworden. Er is veel politieke activiteit om de epidemie tot staan te brengen. De wetenschappelijke discussie vindt hoofdzakelijk plaats onder sociologen en economen. Het sociaal-medische aspect komt daarentegen niet uit de verf. Dat komt onder andere doordat betrokkenen met een medische achtergrond de epidemie niet als een volksgezondheidsprobleem beschouwen. Daarnaast neigen discussie-deelnemers afkomstig uit niet-medische disciplines er nogal gemakkelijk toe aan sociaal-medische factoren voorbij te gaan.

In dit artikel wordt een aantal veelgehoorde redeneringen over arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim van commentaar voorzien. Dit gebeurt vanuit sociaal-medisch perspectief, in dit geval vanuit de optiek van de verzekeringsarts. Allereerst bespreek ik de lekenredeneringen op sociaal-medisch terrein aan de hand van een aantal artikelen in ESB over ziekteverzuim. Dit gebeurt vanuit het gezichtspunt van de *epidemiologie*, dat wil zeggen de invloed van macro-parameters als ziekte- en sterftecijfers, en de *ziektebeleving* en het *ziektebegrip*. Daarna zal ik onderzoeken of er sociaal-medische motieven zijn om de drempel naar de Ziektewet te verhogen en hoe dit mogelijk zou zijn.

Epidemiologische factoren

Herhaaldelijk is betoogd dat een land als Nederland, met zo'n lage sterfte en zo'n hoge levensverwachting, lager zou moeten scoren op het gebied van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In ESB hebben diverse auteurs zich in deze trant uitgelaten¹.

Ziektcijfers en levensverwachting

Nederland scoort in vergelijking met de buurlanden inderdaad gunstig met zijn sterftecijfers. Daarmee is echter niet alles gezegd. Bij ons blijven zieke mensen langer leven. Zo leidt de succesvolle bestrijding van de vroege sterfte bij hartinfarct per saldo tot een langere gemiddelde ziekteduur. Bij *kwaadaardige aandoeningen* resulteren een vroegere detectie en een vroegere start van de behandeling in een lange-

re overleving en in een langere ziekteduur. Daarnaast zijn de overlevingskansen na *ernstige ongevallen* toegenomen (denk aan brandwondencentra en chirurgische noodteams). Ook de *preventie van sterfte* door infectieziekten bij zwakzinnigen (collectief als arbeidsongeschikt te boek staand) is sterk verbeterd, waardoor de levensverwachting van deze groep fors gestegen is. De invloed van sterfte op ziekte en arbeidsongeschiktheid is dus paradoxaal: hoe minder sterfte, des te meer ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Ziektcijfers en niet-dodelijke aandoeningen

Anderzijds zijn ziektecijfers niet alleen afhankelijk van sterftecijfers, maar ook van trends in het voorkomen van ziektes in het algemeen, inclusief niet-dodelijke aandoeningen. Het is echter buitengewoon moeilijk de preciese invloed hiervan op de ziektecijfers te achterhalen.

Een voorbeeld is het ziekteverzuim door een meniscus. Ziekteverzuimcijfers ten gevolge van meniscusletsel ondergaan geen invloed van verschuivende sterftetrends, omdat dit letsel vooral in de jongere leeftijdscategorieën voorkomt. Onderzoek naar de historische ontwikkeling van het voorkomen en behandelen van meniscusletsel zou dus informatie kunnen opleveren omtrent de volumeontwikkeling van deze aandoening vanuit sociaal-medisch perspectief. Er is in de recente historie namelijk veel veranderd op het gebied van diagnose stellen, operatief en post-operatief behandelen en adviseren op het gebied van werk en sport na een operatie. Daarbij zijn zowel verzuimverlengende als verzuimverkortende factoren te onderkennen. Daarnaast zijn er veranderingen op het gebied van sport en werk die de kans op het krijgen van het letsel positief dan wel negatief beïnvloeden. Kortom, als men inzicht wil krijgen in de ontwikkeling van ziektever-

* De auteur is werkzaam bij het GAK als verzekeringsarts. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

1. J.C. Vrooman en A.A.M. de Kemp, Trends tot arbeidsongeschiktheid, *ESB*, 5 september 1990; R. Prins, Arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief, *ESB*, 16 januari 1991; M.M.G. Fase, L.M. Keijzer, Ziekteverzuim en conjunctuur, *ESB*, 10 april 1991.

zuim en arbeidsongeschiktheid uit hoofde van een relatief nauw omschreven medisch letsel, stuit men al snel op een zeer complex onderzoeksgebied dat het uiterste vergt van methodologie en onderzoeksopzet. Bovendien schieten de gegevensbestanden voor dergelijk onderzoek vaak te kort.

Ziektecijfers en gezonde levensverwachting

Een andere, globalere methode wordt sinds kort gevolgd in het onderzoek naar de 'gezonde levensverwachting' in verschillende landen, waaronder Nederland². De onderliggende vraag hierbij is, of de sterk gestegen levensverwachting in de geïndustrialiseerde wereld gelijke tred heeft gehouden met het aantal in goede gezondheid doorgebrachte jaren. Voorlopig is de richtingstrijd hier nog volop aan de gang. Het ene kamp hangt de theorie aan waarin een gestegen levensverwachting het aantal 'gezonde jaren' doet toenemen, het andere kamp verdedigt het tegenovergestelde standpunt. Het betreffende onderzoek heeft niet als oogmerk het volume-probleem van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in kaart te brengen. Niettemin kan het hierover belangrijke inzichten opleveren. Het verdient mijns inziens dan ook aanbeveling om het onderzoek naar de gezonde levensverwachting tot het terrein van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid uit te breiden.

Samenvattend kunnen we op dit punt zeggen: wetenschappelijk gefundeerd onderzoek ter verklaring van de volumeontwikkeling van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van specifieke medisch-historische trends is nagenoeg afwezig, methodologisch zeer complex, maar ook zeer nodig. Stellige uitspraken vanuit niet-medische hoek over dit onderwerp onderschatten de sociaal-medische ernst.

Ziektebeleving en ziektebegrip

Hoe denkt sociaal-economisch Nederland over de invloed van ziektebeleving en ziektebegrip op de omvang van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid? Vrooman en De Kemp spreken over "een verruiming van het ziektebegrip in de samenleving, en dat heeft zijn weerslag gekregen in het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen"³. Zij menen een bevestiging hiervoor te kunnen vinden in het toegenomen aandeel van de diagnosecategorie 'psychische stoornissen'. Deze conclusie is zowel medisch-praktisch ongefundeerd als wetenschappelijk ongeoorloofd. Uit de naam van een diagnosecategorie is niet af te leiden hoe ernstig de arbeidsongeschiktheid, hoe terecht de uitkeringsclaim of hoe vaag de klacht is, noch op micro- noch op macroniveau. De term 'verruiming' doet een negatieve connotatie vermoeden. Neutraler is het, om over de verandering van het ziektebegrip en de ziektebeleving te spreken. Deze verandering zou dan tot gevolg hebben, dat mensen zich tegenwoordig eerder (en langer) ziek voelen en ook eerder door professionals als ziek bestempeld worden. Deze theorie is interessant, maar methodologisch niet te operationaliseren. Mocht het ons ooit lukken een objectief beeld te verkrijgen van het hedendaagse ziektebegrip en de beleving daarvan, hoe moeten we dit dan vergelijken met dat van vroegere samenlevingen? Voorbijgaan aan de complexiteit van dit onderwerp leidt tot moraliserende, overhaaste conclusies.

Ziektebeleving

Men kan feitelijke ontwikkelingen aanwijzen die expliciet als doel hebben de ziektebeleving en het referentieniveau met betrekking tot ziekte en gezondheid te beïnvloeden. Zo dragen voorlichting over de voortgang van de medische technologie, over medisch-riskant gedrag en over milieurisico's bij aan een culturele verandering. Voorlichting heeft echter ook zijn negatieve bijwerkingen. Het maakt mensen niet alleen bewuster, maar ook (over-)bezorgder. De burger van vandaag weet dat hij langer kan leven door 'gezond gedrag', dat is zijn winst ten opzichte van wereldburgers van andere tijden en plaatsen. Ook werken heeft hiermee steeds meer een gezondheidsnotie gekregen: arbeid wordt steeds meer gezien als een factor die potentieel de gezondheid bedreigt. Het zal niet lang meer duren of het recent gelede verband tussen arbeidsomstandigheden en sociale zekerheid zal worden aangevuld met een verband tussen gezondheidszorg en milieu. In weerwoord op Vrooman en De Kemp wordt hier vooral benadrukt dat een verandering van de ziektebeleving niet a priori afkeurenswaardig is of per saldo nadelig, zelfs niet in economische zin. Integendeel, zo'n verandering kan ook heel goed als impliciet gevolg van positieve ontwikkelingen gezien worden of als een belangrijk signaal. Dit signaal bagatelliseren zou extra maatschappelijke schade kunnen berokkenen.

Los van op ziekte en gezondheid gerichte activiteiten als voorlichting zijn er nog andere maatschappelijke ontwikkelingen die hun gevolgen hebben voor de beleving van ziekte en daaruit voortvloeiende beperkingen: de snelle verschuivingen op het gebied van de woonvormen, het woon-werkverkeer, de toenemende taalgerichtheid van het maatschappelijk gebeuren, enzovoort.

Het professionele ziektebegrip

De medisch-professionele oordeelvorming heeft een grote rol gespeeld in de verandering van het ziektebegrip. Wanneer een samenleving geconfronteerd wordt met een epidemie van diagnosecategorie N, dan is dat een goede reden om tevens kritisch naar de invloed van de diagnostisch observant te kijken. Het is niet mogelijk om (zoals Vrooman en De Kemp) a priori het surplus aan psychische gevallen in vergelijking met 1970 als een 'observer artefact' te beschouwen bij een "bredere opvatting over ziekte in de samenleving"⁴.

De rol van diagnostisch observant wordt gespeeld door de verzekeringsarts. Uiteraard is diens diagnostische methode een produkt van zijn tijd. Er is geen reden om de wijze van diagnostiseren van vorige generaties medici tot norm te verheffen. Integendeel, onder andere door de kritische aandacht van buitenaf bestaat er voor de huidige generatie een grotere noodzaak tot adequate diagnostisering. Juist vorige generaties medici kozen voor 'harde' diagnoses, omdat het stellen van 'zachte' diagnoses bij arbeidsongeschiktheid als een onvoldoende argumentatie werd beschouwd. Er is echter alle reden om aan te

2. J.K.S. van Ginneken e.a., *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1991, nr. 9.

3. J.C. Vrooman en A.A.M. de Kemp, op.cit.

4. J.C. Vrooman en A.A.M. de Kemp, op. cit.

nemen dat vergelijkbare gevallen die nu in een 'zachte' (maar adequate) diagnosecategorie terechtkomen, vroeger met 'harde' diagnoses de boeken in zijn gestuurd.

Hoewel er inderdaad aanleiding is om te wijzen op de rol van de diagnostisch observant wanneer we de diagnosecategorieën willen vergelijken in de tijd, is er geen reden om dit a priori ten nadele uit te leggen van de huidige generatie medici die nonchalant hun professionele ziektebegrip zouden verruimen. De sociaal-geneeskundige heeft vanuit zijn praktijkervaringen alle reden om te wijzen op de ernst en de 'echtheid' van de 'psychische' epidemie, ook na correctie voor verschillen in diagnosemethodiek. Bovendien bestaat er een brede wetenschappelijke consensus dat de huidige maaatschappij ten prooi is gevallen aan stress. De samenleving heeft echter, ondanks een vage consensus over stressinvloeden, moeite met het accepteren van psychische ziekten als reden van arbeidsongeschiktheid. Dit brengt met zich dat de samenleving alsnog door de sociale geneeskunde geïnformeerd wenst te worden over de ernst en 'echtheid' van de epidemie.

Aanpassingen van de ziekwet

De sociaal-medicus kan het zich niet permitteren om uitsluitend langs de zijlijn toe te kijken hoe andere disciplines worstelen met de interpretatie van volume problemen. Daarmee zou hij immers de kans op een multidisciplinaire aanpak van het gemeenschappelijke probleem laten lopen. Zo is de economie geneigd het volume probleem te beschrijven in termen van vraag en aanbod van WAO-uitkeringen. De verzekeringsgeneeskundige heeft in deze markt een belangrijke rol. Hij toetst immers de vraag aan de uitkeringsvoorwaarden, en bepaalt daarmee de kosten van het stelsel als geheel.

Toegangsdrempel ziekwet en arbeidsethos

In de publieke discussie wordt de lage drempel naar ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid hardnekkig gecorreleerd met een laag arbeidsethos van de uitkeringsgerechtigde. De huidige politieke voorstellen en beslissingen met hun nadruk op bonus/malus en financiële repressie liggen in het verlengde hiervan. Daarentegen vinden met name de vakbonden, dat door deze maatregelen de 'goeden' zullen lijden onder de 'kwaden'. Vanuit de sociaal-medische praktijk zijn er gronden om beide standpunten en de bijhorende beeldvorming kritisch te bezien.

Het is vanzelfsprekend, dat een laagdrempelig uitkeringsregime aantrekkelijk is voor personen met een laag arbeidsethos en het ligt voor de hand dat een deel van ons nationale surplus hiermee verklaard kan worden. Daar staat tegenover dat personen met een hoog arbeidsethos primair averechts reageren op zo'n laagdrempelig regime. Dit leidt bij die groep tot juist langer doorwerken met klachten, met name met overbelastingklachten. De uitval heeft vaak het karakter van een medische climax. Het herstel verloopt traag en de omkeerbaarheid van de gevallen ligt laag. Men zou kunnen spreken van paradoxale gezondheidsschade. Aarts en De Jong vonden een positieve samenhang tussen hoog arbeidsethos en WAO-toetredingskans⁵. Deze bevinding is verenigbaar met bovengenoemde observatie uit de sociaal-medische praktijk.

Bij een opwaartse correctie van de laagdrempeligheid zullen de 'goeden' dus niet onder de 'kwaden' hoeven te lijden. Integendeel: deze correctie heeft een belangrijk sociaal-medisch motief. Voor de andere gebruikersgroep (laag arbeidsethos) geldt dat men bij een gezondheidsprobleem eerder geneigd is voor het eigenbelang te kiezen. Een lage drempel werkt hier averechts omdat de sociaal-medische problematiek afgekocht en dus in stand gehouden wordt. Een hogere drempel zal deze groep een sterker individueel motief geven om tot adequater ziektepreventieoverdrag over te gaan.

De regels van de ziekwet

In feite is het de taak van de verzekeringsgeneeskundige om de medisch-juridische spelregels toe te passen. In het kader van de ziekwet berust zijn taak op de volgende vraag: is er sprake van ongeschiktheid wegens ziekte of gebrek? Dit volgt rechtstreeks uit de tekst van de wet. "Ongeschiktheid" is in de rechtspraak nader ingevuld als: "het op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten niet kunnen of niet mogen verrichten van de in aanmerking komende arbeid". Objectief betekent hier vooral onafhankelijke professionele oordeelsvorming. De onafhankelijkheid geldt zowel jegens de aanvrager als jegens de verstreker van de uitkering. De verzekeringsgeneeskundige is dus geen verzuimbestrijder; hij dient zowel onterecht verzuim te bestrijden als terecht verzuim te bevorderen.

Overwegingen over aanpassing van arbeidsongeschiktheidscriteria in de ziekwet hebben zich tot nu toe op de ziektekant gericht. Mijns inziens wordt daarbij te weinig recht gedaan aan de arbeidskant van het arbeidsongeschiktheids criterium. Het is immers van groot belang hoe het begrip 'de in aanmerking komende arbeid' wordt geïnterpreteerd. Volgens de Centrale Raad van Beroep moet in gevallen van een bestaand arbeidscontract als 'in aanmerking komende arbeid' beschouwd worden:

- alles wat men daadwerkelijk gedaan heeft,
- inclusief de bijzonderheden van het werk,
- inclusief de reis naar en van het werk.

Deze jurisprudentiële interpretatie bevat cruciale onvolkomenheden of onhandigheden voor de beoordeling door de verzekeringsgeneeskundige.

De tekst "wat men daadwerkelijk gedaan heeft" past niet bij de oriëntatie van de beoordeling op de toekomst. Als men zich probeert voor te stellen wat iemand wel of niet kan of mag, dan slaat dat niet op de arbeid uit de periode achter ons. Onhandig is ook de 100%-interpretatie ('alles', 'inclusief'). Wanneer kan men ooit 100% herstel als feit aannemen of betwisten? Stel dat er sprake is van werk, dat voor iedereen ongezond is: kan een arts ooit iemand voor zulk werk geschikt verklaren? Of stel dat iemand wel geschikt is voor zijn eigen werk, maar vanwege een bijzondere situatie niet bij de eigen werkgever: ook dan is geschiktverklaring thans niet mogelijk. Voorts kan men door deze interpretatie niet aansluiten op relevante, aangrenzende wetgeving, met name de arbeidsomstandigheden (ARBO-) wetgeving

5. L.J.M. Aarts, P.R. de Jong, Preventie van arbeidsongeschiktheid, *ESB*, 8 mei 1991.

en de arbeidswet. Door de interpretatie van het begrip 'de in aanmerking komende arbeid' is ongeschiktheid in veel gevallen niet zozeer een kenmerk van de persoon, maar van het werk zelf.

Ten slotte is interpretatie van de zinsnede "inclusief de reis naar en van het werk" rijp voor heroverweging, omdat men het woon-werkverkeer moeilijk als verplicht 'risque social' kan zien.

Voorstellen tot aanpassing van de ziektewet

- definieer 'in aanmerking komende arbeid' als "de afgesproken arbeid die op het programma staat, c.q. aan de orde is en voor zolang men die moet doen";
- spreek voortaan pas van ongeschiktheid bij meer dan bij voorbeeld 20% verlies van de economische loonwaarde van de zieke werknemer;
- beperk de 'inclusief alles'-regel tot een duur van bij voorbeeld drie maanden. Na deze periode moet worden beoordeeld of er sprake is van ongeschiktheid voor hetzelfde werk bij een andere, vergelijkbare werkgever;
- kenmerken van 'de in aanmerking komende arbeid' die niet alleen voor de betrokken werknemer, maar voor de meerderheid van de bevolking als te ongezond kunnen worden beschouwd en verwezen die voor bijna iedereen onhaalbaar zijn, worden voortaan niet meer beschouwd als elementen binnen het begrip 'in aanmerking komende arbeid'. Hetzelfde geldt voor kenmerken die de grenzen van de wettelijke ARBO-voorschriften en de arbeidswetbepalingen overschrijden.
- 'in aanmerking komende arbeid' zou voortaan moeten worden geïnterpreteerd als exclusief de reis naar en van het werk. Dit voorstel heeft geen hoge prioriteit, maar heeft meer een 'hygiënisch' belang. Het woon-werkverkeer is immers een discutabel 'risque social'.

Alle deze aanpassingsvoorstellen hebben tot doel om het beoordelingssysteem logischer te maken. Daarnaast wordt beoogd arbeidsongeschiktheid juridisch te herdefiniëren tot vooral een persoonsgebonden beschrijving van de gezondheidstoestand en -risico's in relatie tot werk. Dit sluit beter aan op de manier waarop het publiek arbeidsongeschiktheid beleeft, namelijk als persoonskenmerk. Bovendien levert het een hanteerbaarder selectie criterium op voor de sociaal-medische beoordeling. In theorie mag dan ook een volume-effect verwacht worden. Het sociaal-medische belang van deze kwalitatieve drempelcorrectie is enerzijds preventie van paradoxale gezondheidsschade bij personen met een hoog arbeidsethos. Een adequater selectie criterium houdt immers ook een rehabilitatie in van de status van het arbeidsongeschikt zijn (voor deze groep). Anderzijds werpt deze correctie een dam op tegen pogingen de ziektewet te gebruiken om sociaal-medisch riskant werk via afdanking in stand te houden en leidt deze tot adequatere preventiestrategie.

Conclusie

Sociaal-medische factoren dreigen over het hoofd gezien te worden als belangrijke verklarende variabelen voor de huidige 'epidemie' van arbeidsongeschiktheid. Sociaal-economische theorieën trekken de verkeerde conclusies wat betreft het aandeel van sociaal-medische factoren in het volumeprobleem. Dit onbevoegd uitoefenen van de sociale geneeskunde vormt een obstakel op de weg naar adequate oplossingen voor het volumeprobleem.

Er zijn belangrijke sociaal-medische motieven om de laagdrempeligheid van het uitkeringsregime te bestrijden. De beoordelingsregels van de ziektewet rond het begrip 'de in aanmerking komende arbeid', dienen in dat licht te worden aangescherpt.

Charles van der Vring