

# Bijdrage van preventie aan een lang en gelukkig arbeidsleven

K. Schaapveld

**Is voorkómen beter dan genezen? Is bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) een vorm van preventie? Hoe doeltreffend en doelmatig is BGZ in het voorkómen van ongezond-**

**heid? De wat zware titel van dit artikel is opgedeeld in drie wat meer verteerbare stukken. De antwoorden zijn helaas niet altijd even makkelijk te geven.**

De eerste, wel heel basale vraag luidt: is voorkómen beter dan genezen? (het gaat nu over preventie in het algemeen en nog niet specifiek over BGZ). Dat vinden velen een rare vraag omdat zij zich slechts het resultaat van preventie kunnen voorstellen – minder ziekte – en niet de inspanningen, kosten en bijwerkingen van preventieprogramma's. Dat heeft dan ook geleid tot de bekende volkswijsheden over preventie als:

- Voorkómen is beter dan genezen
- Il faut mieux prévenir que guérir
- A stitch in time saves nine
- An ounce of prevention is worth a pound of cure
- 't Is nutter saeck gesondt te blijven dan siekten constigh weg te drijven

De baten van preventie bestaan uit gezondheidswinst en die kan bijvoorbeeld worden uitgedrukt als een lagere incidentie van bepaalde ziekten, minder medische consumptie, minder ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en langer leven in goede gezondheid.

Alle preventieprogramma's samen leveren een bijdrage aan de nog steeds toenemende levensverwachting in Nederland (figuur 1). Het zou prettig zijn als die extra jaren zoveel mogelijk in goede gezondheid konden worden doorgebracht. Om dat te meten is een maat ontwikkeld die 'gezonde levensverwachting' heet: de totale levensverwachting minus het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht. De uitkomsten geven aan dat de gemiddelde gezonde levensverwachting zowel voor mannen als voor vrouwen ongeveer 60 jaar is. Inmiddels worden de trends in de gezonde levensverwachting berekend. In theorie zijn daarbij drie mogelijkheden B, C en D (figuur 2). A is de tegenwoordige toestand met een totale levensverwachting voor mannen en vrouwen samen van ongeveer 75 jaar, waarvan ongeveer 60 gezonde en 15 ongezonde jaren. De levensverwachting zal in de

**Uitgaven voor primaire en secundaire preventie in de Nederlandse gezondheidszorg (in miljoenen guldens, 1988)**

	f
preventieve tandzorg	500
GGDen	346
bedrijfsgezondheidszorg	331
preventie door huisartsen	242
preventie door het Kruiswerk	229
gezondheidsbescherming	128
zwangerenzorg	<100
kleinere preventieprogramma's (bevolkingsonderzoek op kanker, erfelijkheidsadviesing, PKU/CHT, preventie GGZ, enzovoort)	<100

totaal: bijna f 2 miljard

toekomst stijgen tot 80 jaar en de vraag is in welke mate de extra jaren gezonde jaren zullen zijn. Optimisten menen dat scenario B werkelijkheid zal worden: dankzij verbeterde preventie en curatie zal de zieke periode, die voor een groot deel aan het eind van het leven optreedt, worden gecompriemd. Pessimisten denken dat levensverlenging alleen maar tot verlenging van de terminale fase zal leiden: alle extra jaren zullen ongezonde jaren zijn (scenario C). Binnenkort wordt begonnen met het berekenen van trends in de gezonde levensverwachting in Nederland. Er zijn al enkele aanwijzingen dat de waarheid – als zo vaak – in het midden ligt, zij het iets meer naar de pessimistische kant: scenario D geeft aan dat het aantal gezonde jaren zal toenemen, maar het aantal ongezonde nog iets meer. Bij grote preventieprogramma's zou men moeten kunnen aangeven wat het effect op de gezonde levensverwachting zal zijn.

De kosten van preventie bestaan in de eerste plaats uit de directe kosten van de preventieve gezondheidszorg, dat wil zeggen de salarissen van artsen en anderen, de gebouwen waar zij werken, de gebruikte hulpmiddel-

en zoals vaccins, en dergelijke. In Nederland bedroegen die directe kosten voor preventie in 1988 ongeveer 2 miljard gulden die als volgt werden uitgegeven

De BGZ speelt een belangrijke rol. Daarnaast zijn er andere kosten. Het deelnemen aan preventie kan tijd kosten, bijvoorbeeld om naar de huisarts te gaan om een uitstrijkje te laten maken. Ook moet men er vaak iets voor doen, bijvoorbeeld een condoom gebruiken, of een bepaalde inspanning voor verrichten zoals hardlopen, of iets anders voor laten, bijvoorbeeld als aangenaam ervaren leefwijzen zoals sigaretten roken of alcohol gebruiken. Ten slotte drukt preventie iedereen met de neus op de kansen om ziek te worden en dood te gaan en kan preventie dus onrust en angst veroorzaken. Af en toe wordt iemand ook echt ziek verklaard terwijl hij of zij zich nergens van bewust was. Soms is dat tijdelijk, bijvoorbeeld de fout-positieven bij bevolkingsonderzoek op borstkanker en soms blijvend, bijvoorbeeld wanneer hypertensie of hypercholesterolemie is ontdekt.

Nadelige effecten kunnen zowel bij

primaire als bij secundaire preventie optreden. Primaire preventie is het echte voorkómen van ziekte, bijvoorbeeld door hygiëne of vaccinatie of door een thema als het wat vagere begrip gezondheidsbevordering ('health promotion'), waaronder allerlei gedragsveranderingen worden verstaan; denk bijvoorbeeld aan fitness programma's en verbetering van het voedselaanbod in bedrijfskantines.

Secundaire preventie, oftewel bevolkingsonderzoek, is het aantonen van afwijkingen in een nog behandelbaar stadium, nog voordat de cliënt zich bewust is dat hij eigenlijk patiënt is. Het periodiek onderzoek van de werknemer is een voorbeeld van secundaire preventie. (Daarnaast heeft het periodiek onderzoek nog andere functies zoals het leveren van gegevens voor onderzoek).

Waar het om gaat is om alle baten en alle kosten van preventie in kaart te brengen, liefst voordat men met een preventieprogramma begint, zodat de doelmatigheid en daarmee de prioriteit van het programma wordt aangegeven. Een doeltreffend programma levert een aanwijsbare hoeveelheid gezondheidswinst op en een doelmatig programma bereikt die gezondheidswinst tegen een aanvaardbare prijs. Zo is het Rijksvaccinatieprogramma een doelmatig preventieprogramma en een bevolkingsonderzoek op verhoogd cholesterolgehalte niet. Het Rijksvaccinatieprogramma is zelfs één van de weinige preventieprogramma's die tot besparingen in de gezondheidszorg leiden. In het algemeen maakt preventie de gezondheidszorg niet goedkoper (eerder duurder), vooral omdat mensen dan weer andere ziekten krijgen en met het stijgen van de levensverwachting meer kans hebben op allerlei chronische ziekten.

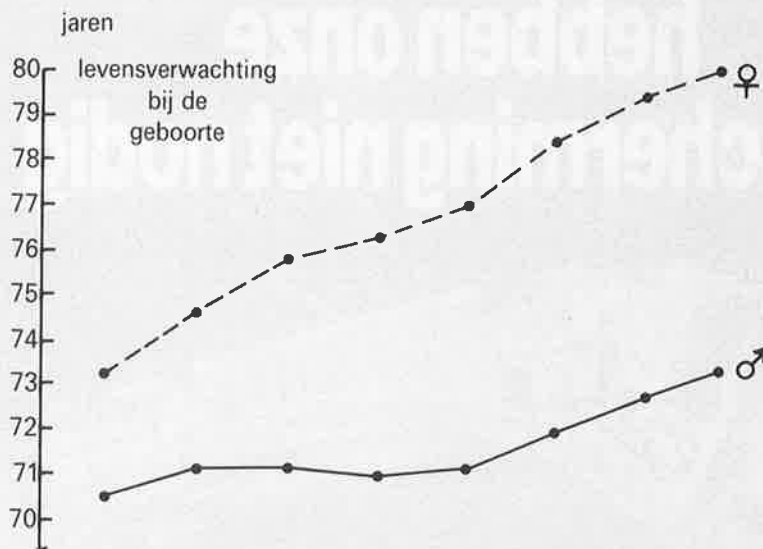
Het antwoord op de vraag 'is voorkómen beter dan genezen?' luidt dus: soms wel en soms niet. Het antwoord is afhankelijk van de rekensommen en van de subjectieve beoordeling van de uitkomsten daarvan.

### Relatie

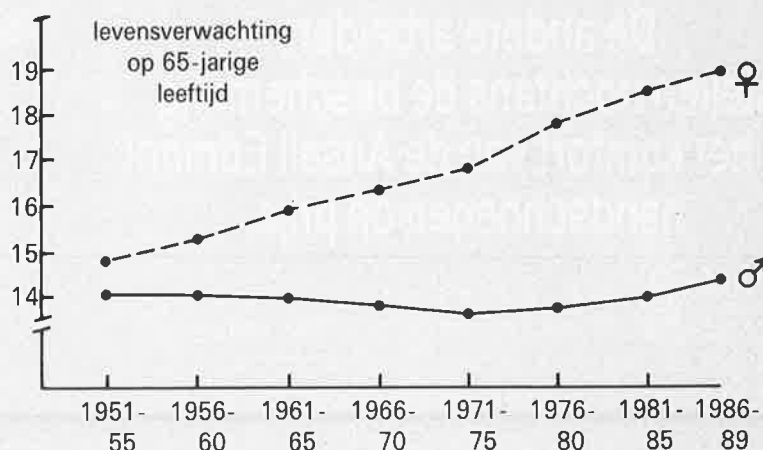
De tweede vraag luidt: is BGZ een vorm van preventie?

BGZ wordt in het algemeen bij de collectieve preventie ingedeeld. (Alle preventie is als collectieve preventie ontwikkeld; de term collectieve preventie is dus een beetje dubbelop. Hooguit kan men soms spreken van individuele uitvoering van collectieve preventie, bijvoorbeeld door de huisarts, maar ook door de bedrijfsarts.) De vraag is dan natuurlijk: wat probeert de BGZ te voorkómen en hoe ►

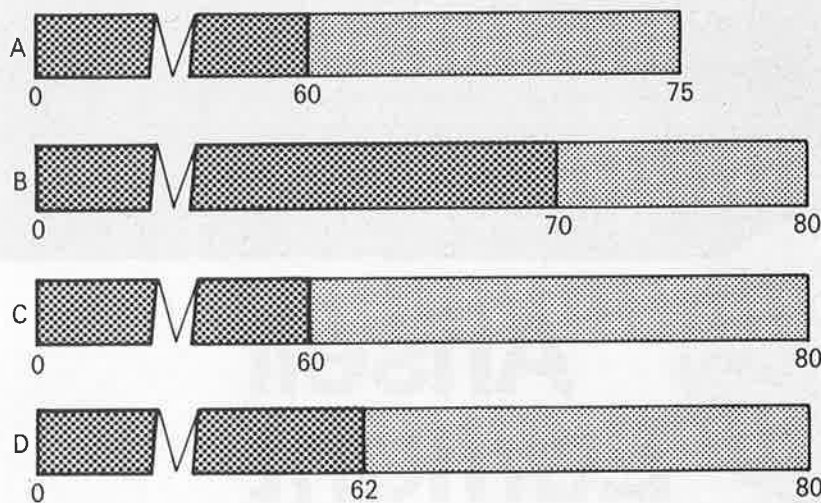
**Figuur 1a. Levensverwachting bij de geboorte.**



**Figuur 1b. Levensverwachting op 65-jarige leeftijd.**



**Figuur 2**



doet men dat? Het antwoord is niet simpelweg dat men beroepsziekten probeert te voorkómen met behulp van verbetering van arbeidsomstandigheden, voorlichting en allerlei vormen van keuringen en periodiek onderzoek. De klassieke beroepsziekten zijn namelijk tamelijk zeldzaam geworden in ons huidige ziektepatroon; de meeste zijn bedwongen door de BGZ. Denk bijvoorbeeld aan stoflongen en bedrijfsongevallen. De tijd van de giftige dampen, gevaarlijke machines en kinderarbeid ligt grotendeels achter ons. Zo zijn in de algemene preventieve zorg ook de meeste infectieziekten bedwongen door hygiëne en vaccinatie.

Het in omvang verminderen van een gezondheidsprobleem door preventie is overigens geen reden om met het programma op te houden, dat geldt voor beroepsziekten net zo goed als voor kinderverlamming. De pokkenvaccinatie is hierop een uitzondering: daar bestaat geen kans meer op terugkeer van de ziekte.

De ziekten van de huidige werknemers zijn grotendeels geen klassieke beroepsziekten. De relatie met het beroep is bij stress en rugklachten veel moeilijker aan te geven dan bij mesotheliomen en lawaaidoofheid. De belangrijkste gezondheidsproblemen van de huidige werknemers zijn rugklachten en stress en die komen ook bij de niet-werkende bevolking voor. Het Nederlandse volk mag trouwens vaak ziek zijn voor het 65e levensjaar, de grootste hoeveelheid ziekte valt toch ná het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd en het tegenwoordige ziektepatroon wordt gekenmerkt door ziekten die zich minder lenen voor preventie. Dat kan men mede als een paradoxaal resultaat van preventieve gezondheidszorg beschouwen.

Het is dus nog niet zo makkelijk om aan te geven wat BGZ probeert te voorkomen. Misschien geeft de officiële definitie uit de Arboret uitkomst:

'Het doel van de BGZ is het beschermen en het bevorderen van de gezondheid van de werknemers, voor zover het betreft problemen die samenhangen met de verhouding waarin werknemers staan tot hun arbeid en arbeidsmilieu'.

Uit deze wat ambtelijk klinkende definitie spreekt een geest van primaire preventie, en ook wordt daarin het soort gezondheidsproblemen genoemd dat men wil voorkómen. De preventie van arbeidsongeschiktheid is in november 1990 door het bestuur

van de NVAB tot eerste prioriteit gekozen. Uit het proefschrift van De Winter blijkt dat toekomstige arbeidsongeschiktheid redelijk voorspelbaar is bij werknemers, hetgeen aanknopingspunten voor preventie zou kunnen bieden.

De meeste mensen, politici inclusief, verwachten van BGZ gezondere werknemers, de één misschien met de gedachte aan een hogere produktiviteit, een ander met de tevredenheid van werknemers voor ogen en weer een ander hopen op minder uitkeringen voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Gezondere werknemers betekent gezondheidswinst bij werknemers en de vraag is hoe dat te meten. Voor wat beroepsziekten en -ongevallen betreft is dat in beginsel niet zo moeilijk: toon een lagere incidentie daarvan aan. Daarvoor is een bepaalde registratie vereist. Die is er al, maar functioneert niet zo goed. Maar voor het overige zullen de bedrijfsartsen, ook volgens hun bestuur, beoordeeld worden op de mate van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Het vervelende daarbij is dat die worden bepaald door gezondheidsproblemen waar de bedrijfsartsen maar beperkt vat op hebben (tabel 1, p. 567).

Na is te gaan welke van deze gezondheidsproblemen (gedeeltelijk) door het werk worden veroorzaakt en dus doelen voor de BGZ kunnen opleveren.

De methoden die door de Nederlandse BGZ worden gebruikt om haar doel te bereiken zijn af te lezen in tabel 2 (pag. 567) (ingedeeld volgens de tijd die eraan wordt besteed). Van deze activiteiten zijn de verzuimbegeleiding en een deel van het overleg en het spreekuur niet als primaire en secundaire preventie op te vatten.

De vraag 'Is bedrijfsgezondheidszorg een vorm van preventie?' zou ik willen beantwoorden met: dat is wel de bedoeling, en voor een deel is dat zeker zo. Voor de bedrijfsartsen is dat overigens geen nieuws.

### Behoeft

En zo komen we bij de beantwoording van de derde vraag: hoe doeltreffend en doelmatig is de huidige BGZ in het voorkómen van ongezondheid? We willen dat natuurlijk weten met het oog op de taken voor de toekomst en een eventuele uitbreiding van de BGZ in Nederland. Op de vorige twee vragen is misschien niet al te duidelijk antwoord gegeven, het beantwoorden van de derde vraag is echt moeilijk. De

inspanning die geleverd wordt door de BGZ en de werknemers is goed bekend, maar de mate waarin het eerder genoemde doel wordt bereikt is aan een relatieve buitenstaander niet duidelijk. In een onderzoek van het NIPG is dat aan de beroepsbeoefenaars in de BGZ zelf gevraagd. Men kon die vraag niet goed beantwoorden en gaf aan dat aan duidelijke effectmaten grote behoefte bestond (Draaisma *et al* 1990). In een vervolgonderzoek zal ook aan werkgevers en werknemers worden gevraagd in hoeverre zij van de BGZ hebben geprofiteerd. Deze enquêteachtige benadering is gekozen omdat echte effectmeting onuitvoerbaar leek.

Toch vind ik dat onderzoek naar meetbare effecten nodig is, en tot besluit van mijn verhaal wil ik het daarover hebben. Uiteindelijk zal de sector BGZ de vraag moeten kunnen beantwoorden: wat zal in Nederland verbeteren als iedere werknemer BGZ ontvangt en wat verslechteren als niemand die krijgt. Net als men dat moet kunnen aangeven voor het bevolkingsonderzoek op borstkanker of de activiteiten van de Keuringsdienst van Waren.

Het onderzoek dat zou moeten worden uitgevoerd is een vergelijking tussen twee of meer groepen werknemers. Wat is de hoeveelheid ongezondheid die in de loop van een bepaalde periode optreedt in een groep mét en een groep zonder BGZ of onderdelen daarvan?

Dit is geen eenvoudig onderzoek. Eén zo'n onderzoek is mij bekend en dat is het experiment 'Bedrijfsgezondheidszorg voor onderwijspersoneel'. Bij de studiegroep die een bepaalde intensievere en dus duurdere vorm van BGZ kreeg, steeg het ziekteverzuim significant ten opzichte van de controlegroep en daalde de blijvende arbeidsongeschiktheid, maar dan *niet* significant. De conclusie was dat preventieve effecten niet konden worden vastgesteld, maar dat men redelijk optimistisch was over de gevolgen voor de individuele werknemers.

Voor het onderzoek dat ik voorstel dienen vier zaken geregeld te zijn. Ten eerste moeten volgens de regels van de epidemiologische kunst de te vergelijken groepen in niets verschillen dan in het wel of niet ontvangen van BGZ. Dat is moeilijk maar het moet wel te organiseren zijn. (Het vergelijken van werknemers in bedrijven met en in bedrijven zonder BGZ lijkt ideaal, maar leidt in de praktijk waarschijnlijk tot

**Tabel 1**

Verloren produktiewaarde (in 1985) per ziektecategorie

1. ziekten van het bewegingsapparaat	f 6,0 miljard
2. geen diagnose gesteld	f 5,3 miljard
3. psychische stoornissen	f 5,2 miljard
4. hart- en vaatziekten	f 2,4 miljard
5. ongevallen	f 1,3 miljard
6. ziekten van de luchtwegen	f 1,1 miljard
overige 12 ICD-hoofdgroepen samen:	f 3,9 miljard

Totale verloren produktiewaarde ten gevolge van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: f 25,2 miljard (+ f 4,8 miljard niet-geregistreerd ziekteverzuim) (bron: Bergsma & van Ginneken 1990).

Na is te gaan welke van deze gezondheidsproblemen (gedeeltelijk) door het werk worden veroorzaakt en dus doelen voor de BGZ kunnen opleveren.

De methoden die door de Nederlandse BGZ worden gebruikt om haar doel te bereiken zijn af te lezen in tabel 2 (ingedeeld volgens de tijd die eraan wordt besteed).

**Tabel 2. Aan verschillende taken bestede tijd in de bedrijfsgezondheidszorg (in% van het totaal)**

verzuimbegeleiding	30%
werkplekonderzoek	25%
periodiek onderzoek/spreekuur	25%
overleg	10%
aanstellingskeuringen	5%

(bron: Draaisma *et al* 1990)

onvergelijkbare groepen. Desnoods neem je werknemers uit één bedrijf en deel je die at random in in de studiegroep en de controlegroep.) Ten tweede oefent de BGZ uiteenlopende taken uit die elk hun invloed kunnen hebben op het uiteindelijke effect. Het is dus nodig om een keuze te maken. Goede 'kandidaten' voor te onderzoeken activiteiten zouden zijn de aanstellingskeuring, het periodiek onderzoek, activiteiten van gezondheidsbevordering en de verzuimcontrole en -begeleiding.

Ten derde zijn grote groepen werknemers nodig, wat inhoudt dat het om de grotere bedrijven gaat. Toestemming zou verkregen moeten worden om voor een deel van de werknemers (een deel van) de BGZ gedurende enige tijd op te schorten. En ten vierde moet overeenstemming worden bereikt over de effectmaten van het onderzoek. Hierbij ligt het voor de hand om per 1000 werknemers te denken aan het aantal dagen ziekteverzuim en aantal nieuwe gevallen van arbeidsongeschiktheid, steeds met de bijbehorende diagnose. (Maar ook andere maten

zijn denkbaar, zoals de tevredenheid van de werknemers).

Zo'n onderzoek (Project effectmeting BGZ) is heel globaal als volgt samen te vatten:

- prospectief vergelijkend onderzoek tussen studiegroep(en) en controlegroep;
- verschil tussen de groepen: het wel of niet ontvangen van (onderdelen van) bedrijfsgezondheidszorg;
- effecten uitgedrukt in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid per diagnose; (nog andere effectmaten?)

Ik vermoed niet dat het resultaat van zo'n onderzoek zal zijn dat er geen doeltreffendheid van BGZ aangetoond kan worden. Eerder zullen bepaalde activiteiten minder en andere meer nodig blijken te zijn.

Zonder dergelijk onderzoek blijft de BGZ-sector kwetsbaar. Het is trouwens prettiger om vaste grond onder de voeten te hebben dan om op basis van axioma's te moeten werken. Anderzijds bestaat ook zonder duidelijk aangetoonde doeltreffendheid de mogelijkheid dat politici tot uitbreiding van de BGZ zullen overgaan.

## Conclusie

In een paar zinnen samenvattend: Preventie kan gezondheidswinst opleveren, maar hou de kosten in de gaten. BGZ behoort voor een deel tot de preventieve gezondheidszorg, maar voor het aantonen van de effecten ervan ontbreekt het nog aan onderzoeksgegevens.

Echt bedreigd hoeft de BGZ zich mijns insziens niet te voelen. Eerder zei ik al dat preventieprogramma's die hun doel hebben bereikt gewoon moeten doorgaan. En verder hoeft je maar langs een woning- of wegenbouwproject te fietsen of een auto-spuitertij binnen te lopen om te constateren dat zelfs aan de uitvoering van erkend doeltreffende preventieve maatregelen nog wel het een en ander te verbeteren is. Dat geldt ook voor preventie in het algemeen.

*De auteur*

K. Schaapveld is verbonden aan het NIPG/TNO, Leiden.