

gratis

**VOLKSGEZONDHEID, GEZONDHEIDSZORG
EN
ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

Samenvatting en bespreking van enige onderzoeks-
resultaten in het licht van het WVC-beleid

Amsterdam/Leiden, juli 1993

T.J. Veerman
P.C. Buijs

Nederlands Instituut voor
Arbidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 30, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr.
plaats
datum

16.935
57-9

17 NOV. 1993

Dit rapport is tot stand gekomen in het kader van het project "Volksgezondheid en ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid", in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, DGVgz/Directie Informatiebeleid, projectnummer 191.034.

Inhoud

1 Inleiding: plaats en doel van dit rapport	1
1.1 De onderzoeksopdracht en verschenen rapporten	1
1.2 Aanleiding tot dit overkoepelend rapport	1
1.3 Reikwijdte van het onderzoek	3
1.4 Opzet van dit rapport	3
2 De twee uitgevoerde deelonderzoeken	5
2.1 Het "determinanten-onderzoek"	5
2.2 Het onderzoek "registratie- en informatiesystemen"	8
3 WVC en arbeidsongeschiktheid: raakvlakken	11
4 Enige conclusies en besprekingen	15
4.1 Ziekteverzuim en gezondheid(szorg): historisch perspectief	15
4.2 Aspecten van volksgezondheid in relatie tot arbeidsongeschiktheid	16
4.3 Aspecten van (curatieve) gezondheidszorg in relatie tot arbeidsongeschiktheid	24
5 Aandachtspunten voor de toekomst	33
Tot besluit	37
Literatuur	39

1 Inleiding: plaats en doel van dit rapport

1.1 De onderzoeksoopdracht en verschenen rapporten

Eind 1991 werd door het Ministerie van WVC opdracht verleend aan het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA tot een onderzoek naar de samenhang tussen volksgezondheid/gezondheidszorg en ziekteverzuim respectievelijk arbeidsongeschiktheid. Dit onderzoek diende te bestaan uit twee delen:

- a. Een literatuurstudie naar **determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid**, zoals die uit recent Nederlands empirisch onderzoek naar voren komen;
- b. Een analyse van bestaande **registratie- en informatiesystemen** die mogelijk meer inzicht kunnen verschaffen (of in de toekomst kunnen gaan verschaffen) over de samenhangen tussen volksgezondheid/gezondheidszorg en ziekteverzuim/arbeitsongeschiktheid.

Overeenkomstig deze opdracht zijn twee afzonderlijke rapporten samengesteld:

D.J. Klein Hesselink, H.J. Kruidenier, T.J. Veerman en P.C. Buys, *Determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: Een literatuurstudie*, Amsterdam, NIA, februari 1993;

D.J. Klein Hesselink en T.J. Veerman, *Informatiesystemen op het terrein van volksgezondheid, gezondheidszorg en ziekteverzuim/arbeitsongeschiktheid*, Amsterdam, NIA, maart 1993.

In overleg met de opdrachtgever is besloten om aan deze twee deelrapporten het voorliggende, overkoepelend rapport toe te voegen. In dit rapport worden met name die resultaten uit de deelstudies samengevat en besproken, die voor het beleid van WVC relevant lijken. Paragraaf 1.2. geeft daarop een nadere toelichting.

Bij de uitvoering van het onderzoek zijn van de zijde van het NIA betrokken geweest dr. P.C. Buys, drs. D.J. Klein Hesselink, ir. H.J. Kruidenier, dr. R. Prins en drs. T.J. Veerman. De bijdrage van Kruidenier, Prins en Veerman heeft sinds september 1992 plaatsgevonden vanuit bureau AS/*tri* te Leiden, onder eindverantwoordelijkheid van het NIA.

De begeleiding van het onderzoek is verzorgd door dr.ir. M.W. de Kleijn-de Vrankrijker (PEP/E) en drs. H.E. Oosterling (STABO).

1.2 Aanleiding tot dit overkoepelend rapport

De beide juist genoemde rapporten zijn, overeenkomstig de onderzoeksoopdracht, sterk gericht op empirisch materiaal en op feitelijkheden en daarmee tot op zekere hoogte abstract. De behoefte van WVC aan een dergelijk onderzoek komt echter voort uit een beleidsmatige achtergrond. Sinds enkele jaren is het beleid van WVC, explicieter dan voorheen, mede gericht op bijdragen aan

de volumebeheersing van de arbeidsongeschiktheidsregelingen (Ziektewet en AAW/WAO). De nota "Gezondheid met beleid" (december 1991) introduceert als "een voor WVC betrekkelijk nieuw terrein van intersectorale samenwerking: de gezondheidsaspecten van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid". Onder de aantekening dat "de betrokkenheid van de bewindspersonen van WVC bij het terugdringen van het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in het verleden beperkt is geweest" wordt door deze nota als tweede van vijf prioriteiten voor het gezondheidsbeleid voor de jaren '90 geformuleerd: "versterking van het gezondheidsbeleid t.a.v. ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid".

In de nota "preventiebeleid voor de volksgezondheid" (oktober 1992) wordt aan deze voornemens nadere invulling gegeven, voor zover het preventie betreft. In deze nota wordt het thema "gezondheid en arbeid" als eerste van drie prioriteiten van facetbeleid besproken.

Het verrichte onderzoek vormt naar wij hopen mede een bijdrage om mogelijke aangrijpingspunten voor zulk beleid aan te wijzen, dan wel reeds ingezette of voorgenomen beleidslijnen te onderbouwen. De rapportage vindt dus plaats in een actuele beleids-context.

Een belangrijk moment in deze context werd gevormd door de KNMG-conferentie "Artsen en arbeidsongeschiktheid" (december 1991), die op instigatie van staatssecretaris Simons van WVC werd gehouden. De relatie tussen gezondheidszorg en (de preventie van) arbeidsongeschiktheid (inclusief ziekteverzuim) door alle betrokken partijen werd besproken¹ en een reeks knelpunten werd geformuleerd. Rond deze conferentie, en in de daarna volgende periode, is van vele zijden bijgedragen aan de discussie rond deze thematiek. Een vervolgonferentie, gericht op oplossingsrichtingen, is inmiddels gepland in april 1993. Inmiddels is door de KNMG ook een officiële zogenaamde Domus-commissie ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle artsorganisaties, ook die van huisartsen en specialisten. Deze adviseert het hoofdbestuur inzake vraagstukken van arbeidsongeschiktheid(-preventie) en de rol van artsen daarbij.

Andere recente ontwikkelingen in het kader van dit onderzoek zijn: de zich ontwikkelende trend naar "één arts voor arbeid en gezondheid", zoals neergelegd in het gelijknamige rapport van de besturen van NVAB en NVVG - de beroepsverenigingen van verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen. Daarin wordt beschreven hoe beide disciplines tot één functie kunnen evolueren, en daarmee een reële gesprekspartner zouden kunnen vormen voor de curatieve sector, met name voor de huisarts. Voorts valt een toenemende aandacht in de revalidatie-geneeskunde voor arbeidsaspecten te constateren, mede onder invloed van de stelselherziening in de gezondheidszorg, getuige bijvoorbeeld het jubileumcongres "Arbeid en revalidatie" van de Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland (september 1992). Ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg is de laatste jaren aandacht voor arbeidsaspecten te signaleren (getuige onder andere het enkele jaren geleden uit RIAGG-hoek verschenen rapport "Preventie van ongeschikte arbeid").

Temidden van deze actualiteit zijn vele inzichten naar voren gebracht die (nog) niet zozeer voortkomen uit empirisch onderzoek, maar die wel degelijk van belang zijn voor interpretatie

¹ Deelnemers waren betrokken groeperingen uit kringen van werkgevers en werknemers, bedrijfsverenigingen, GMD en GAK, ziektekostenverzekeraars, zorgsystemen, adviesorganen, artsorganisaties, onderzoeks- en opleidingsinstellingen, patiënten/consumentenorganisaties en enkele ministeries.

van de uitkomsten van ons onderzoek. Na goed overleg met de begeleiders van het onderzoek meenden wij tegen deze achtergrond niet te kunnen volstaan met "droge" weergave van de empirische onderzoeksresultaten, maar deze tevens in het licht te moeten plaatsen van de actuele ontwikkelingen rond het WVC-beleid. Daarbij hebben wij ons, waar het de bespreking van de onderzoeksresultaten betreft, niet primair laten leiden door beleidsmatige of praktische haalbaarheid: wij laten graag aan de daarvoor verantwoordelijke personen en instanties over, een oordeel uit te spreken over wenselijkheid en haalbaarheid van suggesties die in het voorliggende rapport zijn verwerkt

De bedoeling van het voorliggende rapport is derhalve tweeledig:

- a. Het samenvatten van de meest saillante resultaten uit de twee deelonderzoeken, met name die welke voor het WVC-beleid relevant lijken;
- b. Het bespreken van deze resultaten in het licht van bovengenoemde actuele ontwikkelingen, waarbij ook aandacht besteed kan worden aan literatuur die niet direct en empirisch op oorzaken van ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid is gericht, maar wel van belang is voor het WVC-beleid op dat facet.

1.3 Reikwijdte van het onderzoek

Er zijn in beginsel drie niveaus te onderscheiden waarop WVC betrokken is bij beleid ten aanzien van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid:

- a. WVC als verantwoordelijk departement voor het beleid ten aanzien van *volksgezondheid* en van de *gezondheidszorg*;
- b. WVC als financier en daarmee "*indirect werkgever*" van honderdduizenden werknemers werkzaam in de gepremieerde en gesubsidieerde sector;
- c. WVC als *direct werkgever* van het personeel van het departement.

De reikwijdte van dit onderzoek en van het voorliggende rapport betreft uitsluitend het eerstgenoemde niveau, dat van WVC als beleidsverantwoordelijke voor volksgezondheid en gezondheidszorg. De beide andere niveaus, die van WVC als indirect en als direct werkgever, zouden bespreking van veel meer aspecten vergen dan in dit rapport aan de orde komen (bijvoorbeeld arbeidsomstandighedenbeleid, arbeidsvoorwaardenbeleid, arbeidsmarktbeleid). Daartoe wordt in dit rapport geen poging gedaan; het onderzoek was daarop ook niet gericht.

1.4 Opzet van dit rapport

In *hoofdstuk 2* van dit rapport wordt allereerst kort uiteen gezet welke twee deelonderzoeken zijn uitgevoerd en welk soort resultaten deze opleverden.

Vervolgens wordt een en ander nader besproken in het licht van de betrokkenheid van WVC bij de problematiek van arbeidsongeschiktheid. In *hoofdstuk 3* wordt weergegeven op welke beleidsterreinen WVC momenteel activiteiten ontplooit die raakvlakken hebben met deze problematiek, en wordt in meer algemene termen gezien welke raakvlakken er in beginsel zijn tussen WVC-beleid en arbeidsongeschiktheid.

In *hoofdstuk 4* wordt een aantal van de thema's die in beide deelonderzoeken als relevant naar voren komen, besproken in het licht van de mogelijke betrokkenheid van WVC en van de recente debatten rond de relatie gezondheidszorg - arbeidsongeschiktheid.

Op een aantal punten blijken empirisch onderzoek en informatiesystemen nog geen volledig (of geen actueel) beeld te geven van de stand van zaken. In *hoofdstuk 5* wordt een opsomming gegeven van deze hiaten in kennis.

Bij de *terminologie* van dit rapport past een kanttekening. De term "arbeidsongeschiktheid" wordt in twee betekenissen gebruikt. Enerzijds wordt soms onderscheid gemaakt tussen "ziekteverzuim" en "arbeidsongeschiktheid", waarbij met het eerste wordt geduid op "het ziekteverzuim-traject" (korterduurende arbeidsongeschiktheid) en met het laatste op "het WAO/AAW-traject" (langerduurende, eventueel blijvende arbeidsongeschiktheid). Anderzijds wordt soms met het ene woord "arbeidsongeschiktheid" bedoeld op korte en lange arbeidsongeschiktheid samen. Dat is niet alleen een kwestie van afkorting: in de actuele maatschappelijke discussie wordt steeds vaker de term "arbeidsongeschiktheid" in de laatste, bredere zin gebruikt. Op zichzelf is dat terecht (een puur formele scheiding tussen Ziekteverzuim-jaar en de WAO/AAW-periode is kunstmatig), al bedenken men wel dat de wettelijke definities onder Ziekteverzuim en WAO/AAW niet dezelfde zijn². Wij hopen dat uit de context duidelijk zal zijn wanneer wij de term "arbeidsongeschiktheid" in de beperkte (WAO/AAW-)betekenis hanteren en wanneer in de brede (ZW + WAO/AAW)betekenis.

² Voor de ziekteverzuim is (medische) ongeschiktheid voor het eigen werk het criterium. Bij de WAO/AAW gaat het ten eerste om (medische) ongeschiktheid voor (nu nog) passende arbeid - een ruimer begrip dus - en om de vraag in hoeverre men door die ongeschiktheid ook verlies aan verdien capaciteit heeft geleden. Het is dus goed mogelijk dat men na een jaar geheel terecht in de Ziekteverzuim te hebben doorgebracht, vervolgens niet of slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt geacht voor de WAO/AAW.

2 De twee uitgevoerde deelonderzoeken

De onderzoeksopzet kende een tweeledige probleemstelling en derhalve twee deelprojecten, die elk in een afzonderlijk rapport hebben geresulteerd. In dit hoofdstuk worden de deelprojecten en hun opbrengst kort geschetst. Het is daarmee niet de bedoeling een inhoudelijke samenvatting van bevindingen te geven (deze is in de deelrapporten zelf opgenomen). De inhoudelijke aspecten die vanuit het WVC-beleid speciaal relevant lijken komen in dit rapport, met name in hoofdstuk 4, aan de orde. In dit hoofdstuk wordt de gevolgde werkwijze weergegeven en worden daarnaast enige methodologische kanttekeningen geplaatst.

2.1 Het "determinanten-onderzoek"

De eerste probleemstelling luidde:

Wat is er bekend over de determinanten van het hoge ziekteverzuim en het grote aantal arbeidsongeschikten in Nederland?

- a. *Welke factoren en samenhangen zijn blijkens onderzoek van invloed op het ziekteverzuim en het aantal langdurig arbeidsongeschikten?*
- b. *Wat is er bekend van de processen die hieraan ten grondslag liggen?*
- c. *Welke van deze factoren en processen liggen op het WVC-terrein of kunnen tot de invloedssfeer van het DG Volksgezondheid worden gerekend?*

Vragen a en b zijn beantwoord door middel van een literatuurstudie van min of meer recent (> 1980), Nederlands empirisch materiaal. De titels daarvoor werden grotendeels verzameld via on-line raadpleging van verschillende geautomatiseerde bibliotheekbestanden, aangevuld met referenties in reeds beschikbare literatuur. In de literatuurstudie is onderscheid gemaakt tussen materiaal betreffende determinanten van ziekteverzuim (waaronder gewoonlijk wordt verstaan: afwezigheid met een beroep op de Ziektewet, derhalve maximaal een jaar durend) en betreffende determinanten van arbeidsongeschiktheid (waaronder wordt verstaan: toetrede tot en verblijf in de AAW/WAO).

Vraag c vormt grotendeels het onderwerp van de voor u liggende rapportage, met name hoofdstuk 4.

Determinanten van ziekteverzuim

Empirische studies naar determinanten van *ziekteverzuim* blijken ruim voorhanden te zijn. Ruim 100 titels werden gevonden en in de rapportage verwerkt.

De daarin gevonden determinanten werden in een aantal categorieën beschreven:

- persoonskenmerken: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, het hebben van kinderen, nationaliteit, opleiding, urbanisatiegraad, belasting in de privé-situatie, gezondheidstoestand, leefgewoonten en medicijngebruik, persoonlijkheidsfactoren;

- werksituatie: woon-werkverkeer, functiekenmerken, aantal dienstjaren, aantal werkuren, tijdelijk/vast werk, de Person-Environment Fit, belasting in de werksituatie, extra belasting en overwerk, ploegendienst, bedrijfsgrootte, regio, organisatiekenmerken, autonomie en autonome taakgroepen, bedrijfssector;
- wettelijke en uitvoeringsaspecten: bedrijfsverenigingen en de uitvoering van de Ziektewet, alsmede verzuimbegeleiding door anderen dan de uitvoerders Ziektewet;
- de gezondheidszorg: aan de orde komen iatrogeen verzuim (bijv. als gevolg van slechte communicatie en coördinatie tussen betrokken artsen), wachttijden, de organisatie van de gezondheidszorg, en de rol/taak/positie van de huisarts;
- algemeen maatschappelijke factoren: conjunctuur, werkloosheid, het sociale zekerheidsstelsel, sociaal-culturele factoren.

Deze beschrijving levert een breed beeld op van verzuimdeterminanten. Voor de inhoudelijke uitkomsten verwijzen wij naar het betreffende deelrapport. Wel willen we hier enkele methodische problemen aanstippen die bij interpretatie van verschillende empirische studies complicaties kunnen opleveren.

Verwarring door "gemiddelde verzuimduur"

Ter ondersteuning van **volumebeleid** inzake ziekteverzuim is vooral onderzoek naar determinanten van langdurig verzuim relevant. Het verzuimvolume wordt immers vooral bepaald door langdurig verzuim, en niet zozeer door kort-frequent verzuim. De uitkomsten van onderzoek naar verzuimduur kunnen voor enige verwarring zorgen doordat de resultaten niet zelden verschillen al naar gelang men de **gemiddelde verzuimduur** dan wel **de incidentie of prevalentie van langdurig verzuim** als afhankelijke variabele hanteert. Voorkeur moet worden gegeven aan laatstgenoemde maat. De gemiddelde verzuimduur is, hoezeer de naam ook anders suggereert, evenzeer gevoelig voor de frequentie van kortdurend verzuim en is daarmee een minder goede indicator van langdurig verzuim. Niet alle auteurs lijken zich daarvan bewust.

De oorzaak/gevolg-kwestie in de samenhang volksgezondheid-ziekteverzuim

De relatie tussen gezondheid (of ook: gezondheidsgedrag) en ziekteverzuim, voorzover deze al empirisch is bestudeerd, levert vaak lastig te interpreteren uitkomsten op, zeker in transversaal onderzoek. Het is aannemelijk dat hier zelfselectie en/of omkering van de causaliteit een rol meespeelt. Bijvoorbeeld: het feit dat geheelonthouders een hoger verzuim hebben, kan veroorzaakt worden doordat een deel der geheelonthouders juist is gestopt met drinken vanwege gezondheidsklachten; of: het feit dat effecten van (bedrijfs)fitness moeilijk zijn aan te tonen kan veroorzaakt worden doordat er een zelfselectie van fittere werknemers aan deelneemt. Indien men de effecten van gezondheidsgedrag (die vaak op de langere termijn pas zullen optreden) wil kennen, is een longitudinale onderzoeksopzet aangewezen.

Determinanten van arbeidsongeschiktheid

Empirische studies naar determinanten van *arbeidsongeschiktheid* blijken veel schaarser dan die naar ziekteverzuim. Weliswaar werden hierover ongeveer 30 titels gevonden, maar de hoofdlijnen der uitkomsten zijn in feite te vinden in 7 daarvan, waarin de overige onderzoeksresultaten zijn

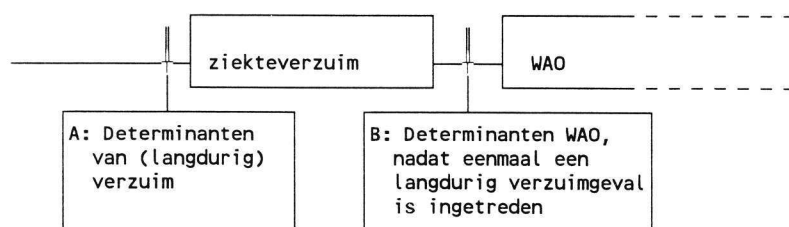
verdisconteerd. Een handicap daarbij is dat enkele studies, waaronder het zeer grootschalige zogeheten "WAO-Determinanten-onderzoek", dateren van voor 1987, toen belangrijke wijzigingen in de WAO werden doorgevoerd. In dat jaar werd met name de zogeheten "verdiscontering van de werkloosheidscomponent in de WAO-uitkering" wettelijk geschrapt, en werd het uitkeringsniveau teruggebracht van 80% naar 70% van het laatstverdiende loon. Het is door deze stelselwijziging niet altijd zeker dat onderzoeksuitkomsten van voor 1987 nadien nog evenzeer geldig zijn. Voor de toekomstige situatie geldt dit nog sterker: indien de nieuw voorgenomen wetgeving, met name de wet TBA³, zal worden ingevoerd is sprake van een WAO-regeling die zodanig afwijkt van die van begin jaren '80, dat de actuele geldigheid van toenmalige uitkomsten betwijfeld kan worden. Bij determinanten van arbeidsongeschiktheid is onderscheid gemaakt tussen de *toetreding* tot de AAW/WAO en de *uitstroom c.q. reïntegratie*. Beide zijn immers van groot belang voor het resulterend totaal-volume van de AAW/WAO. Bij de studies naar toetreding tot de AAW/WAO is van belang het onderscheid tussen de zogeheten *voorwaardelijke* en de *onvoorwaardelijke toetredingskansen*. Wij lichten deze begrippen - die hun oorsprong hebben in de statistische waarschijnlijkheidsleer - hier iets nader toe.

Onvoorwaardelijke en voorwaardelijke WAO-kansen

Aan toetreding tot de AAW/WAO gaat altijd een wachtperiode van een jaar vooraf, die men gewoonlijk in de Ziektewet zal doorbrengen. (Langdurig) ziekteverzuim gaat dus vooraf aan arbeidsongeschiktheid, zodat beide verschijnselen een directe samenhang hebben: determinanten van langdurig ziekteverzuim werken langs die weg ook in op arbeidsongeschiktheid. Indien men nu uitsluitend kijkt naar de determinanten c.q. correlaten van arbeidsongeschiktheid zonder daarvan "af te trekken" de determinanten van ziekteverzuim, dan spreken we van de determinanten van onvoorwaardelijke WAO-toetreding. In deze determinanten gaat het dus in feite om de optelsom van determinanten van langdurig verzuim plus eventuele andere determinanten, die wellicht mede van invloed zijn op WAO-toetreding.

Laatstgenoemde eventuele andere determinanten hebben betrekking op de zogeheten voorwaardelijke WAO-toetredingskansen. Hierbij gaat het om de vraag: "Gegeven dat iemand reeds getroffen is door een langdurig ziekte- resp. verzuimgeval, welke determinanten bepalen dan of men uiteindelijk al dan niet tot de WAO toetreedt?"

Schematisch kan men dit als volgt voorstellen:



³ Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen

Studies naar de onvoorwaardelijke WAO-toetredingskans betreffen zowel determinanten A als B (zonder daartussen te kunnen onderscheiden), en zullen dus een grote overlap vertonen met studies naar (langdurig) ziekteverzuim. Studies naar de voorwaardelijke WAO-toetredingskans betreffen slechts de determinanten B, en werpen dus licht op de eventuele extra determinanten die bepalen of iemand vanuit langdurig verzuim wel of niet zal doorstromen naar de WAO. Het zal duidelijk zijn dat laatstgenoemde studies extra waardevol zijn omdat zij extra licht werpen op de WAO-toetreding, buiten de determinanten van langdurig verzuim (waarover toch al behoorlijk veel onderzoek bestaat). Het is dan ook jammer dat slechts twee studies (beiden uit het begin van de jaren '80) zich op deze materie concentreren. Opmerkelijk genoeg komt juist daarin een duidelijke rol van de (curatieve) gezondheidszorg naar voren; deze zal elders in dit rapport worden besproken.

2.2 Het onderzoek "registratie- en informatiesystemen"

De tweede probleemstelling luidde:

Welke informatiesystemen op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg zijn beschikbaar en (potentieel) relevant voor het inzicht in de ZV/AO-problematiek?

- a. In hoeverre bevatten deze systemen informatie die inzichtelijk kan zijn voor de ZV/AO-problematiek?*
- b. In hoeverre zijn zij doelmatig voor het beleid met betrekking tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid?*
- c. Op welke wijze zou de bruikbaarheid van deze gegevens kunnen worden verhoogd voor het ZV/AO-beleid in Nederland?*

Ten behoeve van dit deelonderzoek is een inventarisatie gemaakt van bestaande informatiesystemen. Daarbij is niet alleen gezocht naar informatiesystemen op het terrein van volksgezondheid/gezondheidszorg, maar ook op (mogelijk "complementaire") informatiesystemen op het terrein van de sociale zekerheid, die mogelijk licht kunnen werpen op aspecten van volksgezondheid en gezondheidszorg bij arbeidsongeschiktheid. Bij eerste inventarisatie bleek reeds dat verschillende informatiesystemen op geen enkel punt relevante informatie bevatten; beschrijving ervan zou veel overbodige ballast aan de rapportage toevoegen. Daarom is een nadere selectie gepleegd aan de hand van vier criteria: (a) de registratie omvat tenminste kenmerken op één van de gebieden volksgezondheid, gezondheidszorg, arbeidssituatie of arbeidsongeschiktheidsstatus, (b) de registratie is integraal (populatie-dekkend) of geeft een goede afspiegeling van de problematiek, die landelijk bruikbaar is, (c) de registratie omvat tenminste (delen van) de beroepsbevolking, (d) er is sprake van min of meer continue, althans herhaalbare meting. Deze criteria zijn niet als ijzeren wet gehanteerd maar als algemene richtlijn bij de nadere selectie.

Uit een tiental overzichten en algemene bronnen werden informatiesystemen geïdentificeerd en gescreend. Na selectie bleven er 40 informatiesystemen over die een nadere beschrijving waard leken. Ingedeeld naar de "thuisbasis" zijn zij als volgt verdeeld:

- 12 primair op het terrein van de volksgezondheid,
- 17 primair op het terrein van de gezondheidszorg,
- 3 primair op het terrein van de arbeidssituatie,
- 10 primair op het terrein van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim.

De geselecteerde informatiesystemen zijn ieder systematisch beschreven aan de hand van een aantal kenmerken:

- formele kenmerken: beheerder van de registratie, doel, gedekte populatie, eenheid van waarneming, aantal waarnemingen, soort gegevens;
- inhoudelijke kenmerken: geregistreerde kenmerken op het gebied van volksgezondheid, gezondheidszorg, arbeidssituatie en ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid;
- "bruikbaarheidskenmerken": geregistreerde achtergrondkenmerken, toestand van het databestand, mogelijkheden tot koppeling, standaardisatie van geregistreerde kenmerken, wijze van eventuele publikatie, algemene kanttekeningen.

Vooruitlopend op de inhoudelijke bespreking van uitkomsten in hoofdstuk 4 kunnen we reeds hier opmerken dat in de gevonden registraties een zekere kloof te zien is tussen informatiesystemen op de vier onderscheiden terreinen, en dat met name registraties waarin zowel kenmerken van enerzijds volksgezondheid/gezondheidszorg en anderzijds arbeidssituatie en arbeidsongeschiktheid goed zijn vastgelegd uiterst schaars zijn. Om zicht te krijgen op de samenhang tussen deze terreinen zullen dus nadere acties moeten worden ondernomen. Wanneer men daarin gebruik wil maken van bestaande registraties zijn, globaal genomen, de mogelijkheden: (a) koppelingen aanbrengen tussen verschillende relevante bestanden (voor zover dit technisch en uit privacy-overwegingen realiseerbaar is), (b) aan bestaande registratiesystemen nieuwe relevante variabelen toevoegen, (c) nader onderzoek doen met als uitgangspunt bestaande informatiesystemen. Daarnaast is er in beginsel de mogelijkheid om nieuwe registraties op te zetten en/of op specifieke punten gericht onderzoek te verrichten. In hoofdstuk 4 wordt op de verschillende mogelijkheden nader ingegaan.

3 WVC en arbeidsongeschiktheid: raakvlakken

Het moge duidelijk zijn dat verschillende beleidsterreinen van WVC, ook nu reeds, raakvlakken hebben met de problematiek van arbeidsongeschiktheid - al worden beleidsonderdelen niet altijd als zodanig benoemd. In dit hoofdstuk wordt een overzicht geboden van de huidige en voorgenomen beleidsinspanningen. Deels is dit gebaseerd op relevante nota's, deels op gesprekken met een aantal informanten binnen verschillende onderdelen van WVC. Verder is dankbaar gebruik gemaakt van een opsomming van activiteiten binnen WVC die begin 1992 in het kader van een stage werd samengesteld door middel van enquêtering (Hempenius, 1992).

In 1.2 schetsten wij reeds elementen van het huidige en voorgenomen WVC-beleid, waarin de thema's gezondheid en arbeid, respectievelijk terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een uitdrukkelijke plaats hebben. Dit is een betrekkelijk nieuwe beleidslijn. Bezie men bijvoorbeeld de "Nota 2000", uitgebracht in 1986, dan is daarin de aandacht voor deze materie veel beperkter. Wel wordt in deze nota de kwaliteit van de arbeid als één der determinanten van gezondheid besproken. Ook wordt er (niet ten eersten, noch ten laatsten male) gesignaleerd dat "... de samenwerking van bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en huisartsen ten aanzien van sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers niet optimaal verloopt" en dat er "nauwere samenwerking tot stand zal moeten komen", zonder dat direct een verband wordt gelegd met preventie of terugdringing van verzuim. Dit laatste komt wel elders naar voren: aangezien het niet hebben van werk blijkt te kunnen bijdragen tot gezondheidsklachten, wordt vermeld: "De beperking en vermindering van het ziekteverzuim (als voorloper van definitieve WAO-intrede), de arbeidsongeschiktheid en de werkloosheid moeten dan ook hoge prioriteit hebben". Aan de meeste van deze passages worden in de Nota nog geen concrete beleidsdoelen en -acties verbonden. Wel bevat de Nota het voornemen om in de reeks scenariostudies een studie te doen verrichten op het terrein van gezondheid en arbeid; deze heeft inmiddels geresulteerd in het STG-rapport "Arbeid, gezondheid en welzijn in de toekomst" (1991).

De *huidige* beleidsinspanningen binnen WVC die direct of indirect in verband staan met arbeidsongeschiktheid, zijn begin 1992 geïnterviewd in het kader van een stage. Uit het verslag daarvan (Hempenius, 1992) dat door het Ministerie van WVC werd verspreid distilleren wij de volgende korte schetsen.

De ontwikkeling van het *facetbeleid gezondheid en arbeid* die enige jaren geleden in gang is gezet, is een beleidsinspanning in algemene zin die direct raakt aan arbeidsongeschiktheid. Ook de totstandkoming van de hier gerapporteerde studie kan in het kader van dit beleid worden gezien. Het betreft hier een beleid in ontwikkeling, en van algemene strekking.

Een ander beleidsterrein van algemene strekking is dat van het *preventiebeleid in algemene zin*. Dit beleid is van belang, ook waar dat niet direct is gericht op preventie van arbeidsongeschiktheid. Men mag aannemen dat in zoverre de preventie van gezondheidsproblemen in algemene zin slaagt,

daarvan ook een gunstige uitstraling uitgaat naar arbeidsongeschiktheid, die immers mede door gezondheidsproblemen ontstaat.

Een derde algemeen element van het WVC-beleid dat betekenis heeft voor de problematiek is het beleid rond *informatievoorziening*. Ook deze betekenis is in zekere zin indirect. Door in de informatievoorziening op WVC-terrein de verbindingen tussen volksgezondheid, gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid duidelijker in beeld te brengen - hetgeen momenteel één der bedoelingen van het informatiebeleid is - kunnen aanknopingspunten voor direct WVC-beleid duidelijker worden geïdentificeerd. De informatievoorziening fungeert zo als een infrastructuur voor inhoudelijk beleid. De onderhavige studie kan als onderdeel van dit streven worden gezien; de financiering ervan vindt plaats vanuit de Directie Informatiebeleid.

Twee andere beleidslijnen van meer algemene strekking zijn de betrokkenheid van WVC bij formulering van het veelbesproken *kabinetsstandpunt inzake sociaal-medische begeleiding*, alsmede het beleid ten aanzien van *sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Wat dit laatste betreft: sociaal-economische status is in sterke mate verbonden met de beroeps- c.q. arbeidsstatus, en daarmee indirect ook met arbeidsongeschiktheid (een verschijnsel dat evenals gezondheid grote verschillen naar sociaal-economische status vertoont).

Binnen bovengenoemde en andere algemene beleidsterreinen zijn op verschillende meer specifieke punten elementen van WVC-beleid te onderkennen die directe of indirecte verbindingen hebben met arbeidsongeschiktheid. Verschillende beleidslijnen op het terrein van de *leefstijl* zijn hier te noemen. Het *alcoholbeleid*, *drugsbeleid*, *anti-rook-beleid*, alsmede verschillende aspecten van het *sportbeleid* (waaronder aandacht voor sportblessures) zijn relevant voor arbeidsongeschiktheid. In sommige van deze beleidsgebieden wordt reeds nu expliciet het arbeidsperspectief in aanmerking genomen, in andere (nog) niet (veelal zijn ontwikkelingen daartoe echter wel in gang).

Lijnen die eveneens nog in ontwikkeling zijn, betreffen de opzet van *preventieprogramma's op het terrein van psychische arbeidsongeschiktheid* en het zoeken naar mogelijke inzet van het *algemeen maatschappelijk werk (AMW)* mede ter voorkoming van arbeidsongeschiktheid en ter betere begeleiding van cliënten die in Ziektewet of WAO zijn beland.

Beleid ten aanzien van de *capaciteit van voorzieningen en specialismen* is een volgend raakvlak. Ook hier is meer aandacht voor de relatie met arbeidsongeschiktheid te signaleren, waarvan bijstelling van de norm voor het aantal orthopeden een voorbeeld is. Ook de normeringen van de aantallen reumatologen en revalidatie-artsen zijn in dit verband inmiddels ter sprake geweest.

Tenslotte is er beleid, gericht op diverse specifieke doelgroepen die voor arbeidsongeschiktheid relevant zijn. Wij denken met name aan het *gehandicaptenbeleid*, het *chronisch-zieken-beleid* en het *ouderenbeleid*. Binnen elk van deze terreinen, die al sinds langere tijd een plaats hebben binnen het WVC-beleid, is een toenemende aandacht te onderkennen voor aspecten van arbeid en (re)integratie. Ook de *arbeidsongeschikten* zelf vormen overigens een doelgroep op bepaalde beleidsonderdelen, met name waar WVC optreedt als subsidiënt van WAO-platforms en van het Landelijk WAO-beraad.

Al met al blijkt binnen WVC een brede waaier van beleidspunten te bestaan waarop een relatie met arbeidsongeschiktheid wordt gelegd. Daarbij wordt door Hempenius wel de kanttekening geplaatst dat tussen de vele beleidsterreinen waarop ontwikkelingen gaande zijn, meer samenwerking en afstemming mogelijk is. Ook blijkt uit het overzicht dat de ontwikkelingen zich nog in

uiteenlopende stadia van concreetheid bevinden: soms is reeds beleid in gang gezet, vaker gaat het nog om beleidsontwikkeling, voorbereiding en voorbereidend onderzoek.

Voor het *voorgenomen beleid* memoreren wij de nota's "Gezondheid met beleid" (1991) en "Preventiebeleid voor de volksgezondheid" (1992) die reeds in hoofdstuk 1 werden aangehaald. In de nota "Gezondheid met beleid" worden voor 1993 negen specifieke doelstellingen, zes ijkpunten en zeven actiepunten geformuleerd⁴. Deze hebben o.a. betrekking op zaken als het leefstijlbeleid, de sociaal-medische begeleiding, capaciteitsproblematiek/wachttijsten, de conferentie "Artsen en arbeidsongeschiktheid", en WAGW-registratie. Gezien het tijdstip van verschijnen van dit rapport is het interessant om hier enige "Ijkpunten 1993" uit de Nota kort te memoreren:

- De op bedrijven en instellingen gerichte leefstijl/arbeidsomstandighedenprogramma's zijn geëvalueerd en bijgesteld. Ten behoeve van de implementatie van deze projecten in bedrijven zijn richtlijnen opgesteld.
- In samenwerking met SZW is aan de preventieve maatregelen in de verschillende wetten een nieuwe impuls gegeven.
- Er bestaat meer inzicht in de verdere ontwikkeling in de arbeidsomstandigheden- en sociaal-medische begeleiding; het regeringsstandpunt inzake sociaal-medische begeleiding is uitgebracht; met de uitwerking en implementatie ervan is een begin gemaakt; de conferentie over de rol van de curatieve sector in sociaal-medische begeleiding is afgerond, de aanbevelingen van de conferentie zijn uitgewerkt.
- Er zijn standpunten geformuleerd ten aanzien van de wachttijstproblematiek bij verschillende specialismen en ten aanzien van de operatiecapaciteit; er zijn maatregelen geformuleerd ten behoeve van de deskundigheidsbevordering van huisartsen, specialisten en andere professies in de curatieve sector inzake ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.
- Een registratie-WAGW is ingevoerd bij bedrijven en overheidsdiensten.

Ook in de nota "preventiebeleid" wordt binnen het facetbeleid "Gezondheid en arbeid" een zestal zeer concrete beleidsvoornemens opgevoerd⁵. Daarbij zijn zaken aan de orde als: stress en fysieke belasting (aansluitend bij de betreffende SoZaWe-programma's), aandacht voor de werksituatie in de Volksgezondheid-Toekomst Verkenningen, terugdringing van verzuim door sportblessures, en deskundigheidsbevordering in de curatieve sector ten aanzien van arbeidsongeschiktheid.

⁴ Een volledige weergave zou het kader van deze rapportage te buiten gaan. De geïnteresseerde lezer verwijzen wij naar de Nota zelf, pag. 40-43.

⁵ Voor de volledige tekst verwijzen wij naar de Preventienota, pag. 18-19.

4 Enige conclusies en besprekingen

In dit hoofdstuk stellen we een aantal uitkomsten van beide deelonderzoeken aan de orde, die (potentieel) relevant zijn vanuit de beleidsterreinen volksgezondheid en gezondheidszorg. Zo veel mogelijk wordt daarbij gepoogd te scheiden tussen wat empirisch uit de deelonderzoeken naar voren komt en onze nadere bespreking daarvan, mede in het licht van de meer actuele discussies. Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd.

In 4.1 schetsen we de historie van wisselende aandacht in ziekteverzuim-onderzoek voor de relatie met gezondheid en met de gezondheidszorg. Ook wordt daarbij de schijnbaar paradoxale relatie van enerzijds volksgezondheid, anderzijds gezondheidszorg met arbeidsongeschiktheid besproken. In 4.2 wordt een aantal thema's besproken die primair de relatie volksgezondheid-arbeidsongeschiktheid betreffen.

In 4.3 passeert een reeks thema's betreffende de relatie gezondheidszorg-arbeidsongeschiktheid de revue.

4.1 Ziekteverzuim en gezondheid(szorg): historisch perspectief

Zowel de literatuurstudie naar determinanten als de inventarisatie van informatiesystemen beperkte zich in hoofdzaak tot recente (> 1980) literatuur, respectievelijk tot zeer recente en doorgaans nu nog bestaande registraties. Het is echter goed om in herinnering te brengen dat onderzoek naar met name ziekteverzuim een langere historie heeft, waarin ook de aandacht voor de "medische component" wisselend is geweest. In deze paragraaf schetsen we dit ruimere historisch kader.

Uit de literatuurstudie naar determinanten blijkt dat in onderzoek veel nadruk ligt op werkgebonden determinanten, en veel minder op medische aspecten. Het is goed om hier aan te geven dat dit, over een langere periode bezien, niet altijd het geval is geweest.

Prins (1992) betoogt dat in de periode na de tweede wereldoorlog onderzoek naar ziekteverzuim (arbeidsongeschiktheid speelde toen nog geen grote rol) juist sterk medisch van aard was. Pas vanaf de jaren '60 treden andere disciplines op de voorgrond: de psychologie (hoewel de psychologische benadering in Nederland minder sterk is ontwikkeld dan in m.n. de Angelsaksische landen), vanaf 1970 sociologie en bedrijfskunde, alsmede econometrische modellen (bijv. in het WAO-Determinanten-onderzoek).

Onze literatuurrecherche levert het beeld op dat de onderzoeksmatige aandacht voor de rol van de (curatieve) gezondheidszorg in de tweede helft van de jaren '80 geringer is geweest dan in de periode daarvoor. Onze pogingen om - aanvullend op de vele literatuur die is besproken door Buijs (1984) - nieuwe literatuur te vinden, leverde relatief weinig op, en juist uit de tweede helft van de jaren '80 zelfs vrijwel geen empirische literatuur. Pas recent is er weer meer aandacht voor de rol van de gezondheidszorg bij arbeidsongeschiktheid, mede door de nadruk daarop in het WVC-beleid en de KNMG-conferentie van december 1991. Vooralsnog heeft die aandacht nog weinig vertaling gevonden in empirische publikaties, maar er lijkt wel enig onderzoek onderweg te zijn. Zo is ons bekend dat de problematiek van de wachtlijsten bij verschillende instanties weer

in de aandacht is. Verder heeft het NIA samen met het NIVEL recent het initiatief genomen tot een secundaire analyse op de "Huisartsenenquête", waarin eveneens naar de rol van de behandelend (huis)arts wordt gekeken.

Dubbelzinnige rol inzake arbeidsongeschiktheid?

Voor zover onderzoek is gedaan naar medische en curatieve aspecten van verzuim en arbeidsongeschiktheid, speelt op de achtergrond daarvan een opmerkelijke dubbelzinnigheid. Het lijkt zo eenvoudig: als ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (mede) worden veroorzaakt door gezondheidsproblematiek, dan zou preventie en optimale curatie toch zijn neerslag moeten vinden in voorkoming en beperking van arbeidsongeschiktheid. Op beide punten lijkt echter een paradox te bestaan.

Enerzijds is inderdaad aannemelijk dat een hoger peil van de **volksgezondheid**, ceteris paribus, leidt tot een hogere belastbaarheid en daarmee tot een lager niveau van arbeidsongeschiktheid - wederom, volksgezondheid hier voorzover het de werkzame bevolking c.q. de beroepsbevolking betreft. (Gemiddelde maten voor volksgezondheid, waarin bijv. de ouderen - boven de arbeidzame leeftijd - relatief zwaar zullen meetellen, vormen een minder goede indicator in dit opzicht.) Toch ligt reeds hier een paradox: terwijl het peil van de volksgezondheid in Nederland tot de hoogste ter wereld gerekend mag worden, vertaalt zich dat niet in de laagste arbeidsongeschiktheidscijfers ter wereld.

Anderzijds is aannemelijk dat een goed ontwikkeld stelsel van **gezondheidszorg**, door optimaal herstel van eenmaal opgetreden gezondheidsschade, zou bijdragen tot beperking van arbeidsongeschiktheid. Toch wordt ook juist gewezen op een verhogend effect van dit stelsel op verzuim en arbeidsongeschiktheid, door verhoging van de hervattingsdrempel en door het zgn. "iatrogeen ziekteverzuim". Men denke aan de wachttijdenproblematiek, het uitgebreide diagnostisch repertoire (met daardoor langduriger diagnostiek) en behandelingsrepertoire, waardoor patiënten wellicht langer in het curatieve circuit vertoeven dan vroeger. (Indien dit uiteindelijk leidt tot herstel, waar dat vroeger niet zo was, is het eindeffect daarvan natuurlijk wel weer positief.)

In het navolgende wordt gepoogd een onderscheid te maken tussen aspecten van volksgezondheid (gezondheidstoestand, ervaren gezondheid) en aspecten van gezondheidszorg (met name de curatieve gezondheidszorg), onder erkenning dat tussen die twee een sterke wisselwerking bestaat.

4.2 Aspecten van volksgezondheid in relatie tot arbeidsongeschiktheid

a. Gezondheidsproblemen als oorzaak van arbeidsongeschiktheid

Gegevens uit onderzoek

- Diagnose-gegevens

Gevallen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vinden hun oorsprong in gezondheidsproblemen. Van belang is dan uiteraard de vraag, welke die gezondheidsproblemen zijn. Om welke diagnoses gaat het vooral?

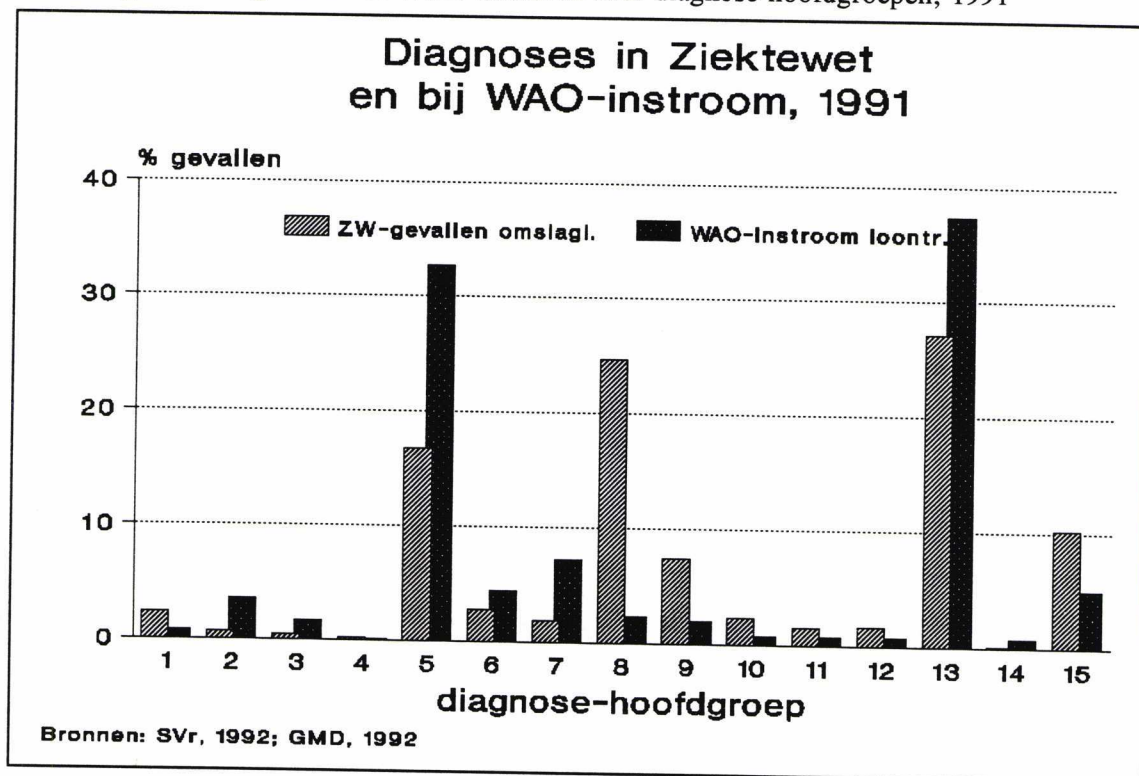
De registratie van zulke medische gegevens bij met name ziekteverzuim vertoont een belangrijke lacune. Een diagnose wordt pas aan een verzuimgeval gehecht wanneer betrokkene door de verzekeringsgeneeskundige wordt gezien, hetgeen vaak pas enkele weken na de ziekmelding gebeurt. Van kortdurend verzuim - en dit maakt het overgrote deel van de ziekmeldingen uit, zij het dat hiermee slechts een beperkt deel van het verzuimvolume in aantal dagen is gemoeid - is dus zelden een diagnose bekend. Hierdoor is van 80% van alle Ziektewet-gevallen de diagnose onbekend. Aangezien eveneens circa 80% der verzuimgevallen na 15 dagen beëindigd is, mag men het patroon van de wel-bekende diagnoses in de Ziektewet interpreteren als het diagnose-patroon van verzuim dat inmiddels tenminste enige weken heeft geduurd.

Bij eventuele toetreding tot de WAO/AAW is (vrijwel) altijd een diagnose bekend.

De diagnose patronen van Ziektewet, exclusief "onbekend" en exclusief het (reguliere) zwangerschaps- en bevallingsverlof, alsmede die bij WAO/AAW-intrede (uitsluitend loontrekkenden), zijn vermeld in Figuur 1.

Figuur 1

Verdeling van ZW-gevallen en WAO-instroom over diagnose-hoofdgroepen, 1991



Bronnen:

ZW-gegevens: SVr, Kroniek van de sociale verzekeringen, editie 1992;

WAO-gegevens: GMD, Statistische informatie 1991

De ziekteverzuim-gegevensbetreffen uitsluitend omslagleden ZW en zijn exclusief de categorie "diagnose onbekend".
De WAO-instroomgegevens betreffen uitsluitend loontrekkenden en zijn exclusief "symptomen" en "onbekend".
Legenda diagnose-hoofdgroepen:

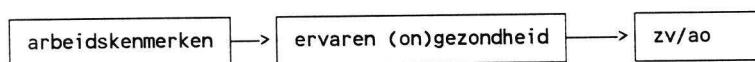
- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 infectieziekten | 8 ziekten van de ademhalingswegen |
| 2 nieuwvormingen | 9 ziekten van de |
| 3 endocriene stoornissen, | spijsverteringsorganen |
| stofwisselings- en voedingsziekten | 10 ziekten van het urogenitaal systeem |
| 4 ziekten van het bloed en bloed- | 11 zwangerschap, baring en kraambed |
| bereidende organen | (excl. normale zwangerschap en bevalling) |
| 5 psychische afwijkingen | 12 ziekten van de huid |
| 6 ziekten van het zenuwstelsel en de | 13 ziekten van de bewegingsorganen |
| zintuigen | 14 aangeboren misvormingen |
| 7 ziekten van het circulatie-apparaat | 15 verwondingen en vergiftigingen (ZW), resp. |
| | ongevallen (WAO) |

In de Ziektewet springen drie diagnose-hoofdgroepen eruit: aandoeningen van het bewegingsstelsel, van de ademhalingswegen en psychische aandoeningen omvatten daarvan samen het merendeel. Bij WAO-instroom concentreert de problematiek zich zeer pregnant op twee diagnose-hoofdgroepen: het bewegingsstelsel en de psychische aandoeningen.

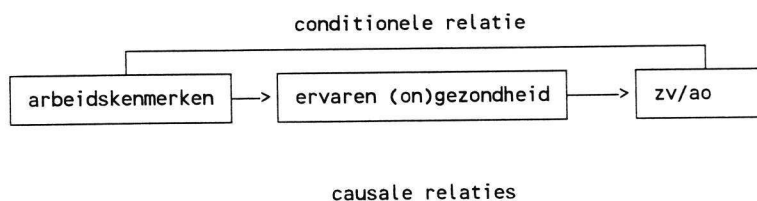
- *Het relatieve belang van de (ervaren) gezondheidstoestand*

Opmerkelijk is dat in verschillende onderzoeken blijkt, dat de ervaren gezondheidstoestand een sterkere directe voorspeller is van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid dan vele andere determinanten (met name kenmerken van de arbeidssituatie). In dit licht is het opmerkelijk dat niettemin meer onderzoek is gedaan naar arbeids- en bedrijfskenmerken als determinant dan naar de gezondheid.

Wel zijn kenmerken van arbeids- en bedrijfssituatie zelf weer determinanten van de ervaren gezondheidstoestand. Er lijkt dus een causale keten te bestaan:



Hiernaast moet bedacht worden dat de arbeidssituatie ook nog een directe relatie heeft met arbeidsongeschiktheid, de zogeheten conditionele relatie. Wanneer iemand gezondheidsklachten ervaart, hangt het mede van de aard van het werk af of men door die klachten ook arbeidsongeschikt is. Bij werk dat hoge fysieke eisen stelt, zal men met bepaalde fysieke klachten eerder arbeidsongeschikt zijn dan (met dezelfde klachten) bij werk dat minder fysieke eisen stelt. De volledige keten is derhalve:



Bespreking

Wat betreft de diagnose-verdeling: Het feit dat bij zo vele (kortere) verzuimgevallen geen diagnose bekend is, ontnemt het zicht op de achterliggende medische problematiek. Vanuit volumebeleid is dat misschien weinig zorgwekkend (de korte gevallen beslaan slechts een gering deel van het volume ziekteverzuim, gerekend in verzuimdagen). Echter, in de praktijk van bedrijven en instellingen wordt het korte, frequente verzuim vaak wel als zeer storend ervaren en wordt aanpak daarvan vaak (mede) gewenst. Ook is de indruk dat juist bij korter verzuim door sommigen getwijfeld wordt aan de medische achtergrond ervan. Tenslotte ontbreekt door deze situatie ook het zicht op sommige aandoeningen die wellicht niet snel tot langerdurend verzuim leiden, maar wel tot meerdere korte gevallen. Men denke aan chronische aandoeningen als migraine of asthma. Door het ontbreken van diagnoses bij kortere gevallen zouden dergelijke aandoeningen wel eens "ondergewaardeerd" kunnen worden in de aanpak van verzuim.

De verschillen in diagnose-patronen tussen de Ziektewet en de WAO/AAW geven een indicatie van de per diagnose verschillende "voorwaardelijke" kansen om vanuit de Ziektewet door te stromen naar de WAO/AAW. Aandoeningen van de ademhalingswegen bijvoorbeeld leiden vrij zelden tot WAO/AAW-instroom; een psychische diagnose echter geeft een veel grotere kans tot doorstroom naar WAO/AAW. Ook in de kwantitatief kleinere diagnose-groepen bestaan soms aanmerkelijke verschillen in incidentie in het Ziektewet-jaar en in WAO/AAW-instroom. Uiteraard is het denkbaar dat dit uitsluitend ligt aan de ernst van de medische problematiek. Andere verklaringen zijn echter evenmin uit te sluiten. Om enkele mogelijke verklaringen rond de psychische diagnoses als voorbeeld te noemen: bekend is dat het langere tijd buiten de arbeid staan leidt tot meer klachten over het welbevinden (zie ook punt b. hieronder); wellicht komen deze extra sociaal-psychologische klachten nog "harder aan" bij een op voorhand reeds psychische problematiek dan bij een somatische. Een andere mogelijkheid is dat de omgeving, waaronder de gezondheidszorg, met verschillende diagnoses verschillend omgaat: de behandeling (ook in medische zin) van psychische aandoeningen verloopt wellicht anders, en langduriger, dan die van andere klachten. Men bedenke daarbij dat in onderzoek naar de wachttijden-problematiek vaak onder meer psychische gevallen worden genoemd als categorie waarin wachttijden en "stuurloze periodes" een relatief grote rol zouden spelen.

Voor een beter zicht op dergelijke vragen zou het gewenst zijn meer inzicht te verkrijgen, in hoeverre de verschillende doorstroomkansen Ziektewet-WAO per diagnose uitsluitend bepaald worden door de ernst van de medische problematiek, dan wel door andere mechanismen.

Wat betreft de relatief belangrijke rol die de ervaren gezondheid speelt als determinant van verzuim en arbeidsongeschiktheid moet worden opgemerkt dat ervaren gezondheid iets anders is dan een objectief medisch gegeven. Het is niettemin opmerkelijk dat deze determinant in de onderzoeksliteratuur naar verhouding weinig aandacht heeft, vergeleken met anderssoortige determinanten. Onder punt f. in deze paragraaf wordt nader ingegaan op de arbeidsgebondenheid van bepaalde gezondheidsklachten/diagnoses.

b. Arbeidsongeschiktheid als oorzaak van gezondheidsproblemen

Gegevens uit onderzoek

Relevant lijkt ook de circulaire relatie tussen gezondheid en arbeidsongeschiktheid, die door het onderzoek van Van 't Hullenaar en Van Koningsveld (1986) wordt geconstateerd: aanvankelijk leidt een slechtere gezondheid tot (een grotere kans op) verzuim, maar vervolgens ontstaat in de loop van het ziektegeval door het verzuim zelf een groter lichamelijk en geestelijk onwelbevinden. Ook uit ander onderzoek komt naar voren dat het gedurende langere tijd missen van de werkkring kan leiden tot gezondheidsklachten; een gegeven dat niet slechts relevant is voor (langdurig) ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar ook voor werkloosheid. In sommige literatuur wordt een verzuimduur van zes weken, in andere vier weken als een kritische grens beschouwd, maar het is niet geheel duidelijk of deze getallen ook empirisch zijn onderbouwd.

Bespreking

De literatuur suggereert dat er in verzuimgevallen een soort omslagpunt zou bestaan, van waar af het verzuim als het ware zelfversterkend wordt. De vraag daarbij is uiteraard, of het feit (althans het sterke vermoeden) dat zo'n omslagpunt bestaat, te maken heeft met de bemoeienis van de curatieve sector, dan wel met die van andere actoren (bijvoorbeeld het bedrijf, de uitvoerders der sociale zekerheid e.d.). Ook een nadere localisering van het omslagpunt zou gewenst zijn. Onderbouwing van de soms genoemde algemene vier- of zes-weken-grens zou daartoe één mogelijkheid zijn. Het is echter ook goed denkbaar dat er niet zozeer van één algemeen omslagpunt sprake is, als wel van verschillende punten al naar diagnose, werksituatie of dergelijke. Het is aan te bevelen om nadere methoden te ontwikkelen die het bestaan van c.q. het moment van zo'n omslagpunt kunnen traceren, ook gespecificeerd naar bijvoorbeeld diagnose of beroep, zodat een adequaat tijdstip van ingrijpen door curatieve sector of anderen kan worden berekend (te denken valt bijv. aan het becijferen van verwachte restduren van verzuimgevallen). In het buitenland lijken hiertoe voorbeelden voorhanden (in Duitsland bijvoorbeeld de publikatie "Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß"). Indien een omslagpunt kan worden aangetoond, is dat voor de curatieve sector in ieder geval een relevant gegeven: de behandelende artsen zouden, indien zij daarvan op de hoogte zijn, dit in het behandelingsplan kunnen betrekken of met de patiënt mede hierover kunnen spreken.

c. Arbeidsongeschiktheid zonder gezondheidsproblemen?

Gegevens uit onderzoek

Opmerkelijk weinig is bekend over de gezondheidstoestand van WAO/AAW-uitkeringsgerechtigden, nadat zij eenmaal de toegangspoort van de WAO/AAW zijn gepasseerd. Op het moment van toetreding tot de WAO/AAW is wel het een en ander bekend (diagnose, beperkingen), over wat daarna gebeurt weinig. Het feit dat in Nederland tot nog toe herkeuring van eenmaal togetreden WAO'ers geen gewoonte is, draagt hiertoe bij. Overigens zal daarin drastisch verandering komen indien de plannen om voortaan periodieke herkeuringen uit te voeren (zoals neergelegd in het wetsvoorstel TBA) tot uitvoering komen.

Hoewel WAO'ers als groep gemiddeld een duidelijk slechtere gezondheid rapporteren dan de bevolking als geheel (hetgeen weinig verbazing zal wekken) is opmerkelijk dat van de WAO/AAW'ers bijna 40% de eigen gezondheid als goed inschat en dat tussen de 30% en 40% zegt, geen functionele beperkingen te hebben (Bensing et al., 1991). In dit licht is een al wat ouder onderzoek van Philipsen en Halfens (1983) vermeldenswaard. Ook zij constateren bij WAO'ers als groep een gemiddeld slechte gezondheid, maar melden dat 30% van de ondervraagde WAO'ers toch zegt niet gehandicapt te zijn; deze laatsten blijken bij nader onderzoek weliswaar in sommige opzichten minder ongezond te zijn dan arbeidsongeschikten met een handicap, maar wel ongezonder dan hun werkende vergelijkingspartners. Die laatste groep gaat minder naar de dokter, en kiest meer voor zelfmedicatie, een volgens de onderzoekers dubieuze vorm van zelfzorg.

In hoeverre ook binnen de *Ziektewet* verzuim zonder dringende gezondheidsklachten voorkomt, is nauwelijks bekend. De termen "zwart" en "grijs" verzuim worden wel gebezigd, maar zijn nauwelijks te kwantificeren. Men neemt veelal aan dat het hier vooral om kortere gevallen zou gaan (waarvan inderdaad weinig medische informatie bestaat, zie punt a. in deze paragraaf), en om slechts een zeer gering deel van het totale verzuimvolume.

Bespreking

Uit het feit dat sommige arbeidsongeschikten een relatief goede ervaren gezondheid rapporteren, mag niet worden afgeleid dat deze groep dus weer arbeidsgeschikt zou zijn (het is bijv. denkbaar dat men geen functionele beperkingen ervaart juist dank zij het feit dat men geen arbeidsverplichtingen meer hoeft te vervullen). Evenmin is het echter ondenkbaar dat een deel van deze groep inmiddels wel weer medisch hersteld is. Indien dat het geval zou blijken duidt dit eerder op gebrekkige reïntegratie (dus op de arbeidsmarkt-invloeden op het WAO/AAW-volume) dan op gebrekkige werking van de gezondheidszorg. Ook zou men hier een nieuw teken kunnen zien van het communicatiegebrek tussen curatieve sector en de sociale zekerheid: gevallen van medisch herstel worden misschien niet altijd bekend bij de uitvoeringsorganen sociale zekerheid.

d. Gezondheidsproblemen zonder arbeidsongeschiktheid?

Gegevens uit onderzoek

Waar enerzijds sprake kan zijn van een (moeilijk te kwantificeren, doch doorgaans gering geacht) aandeel van niet-medische gevallen in het ziekteverzuim, bestaat anderzijds een vrij aanzienlijk aantal gevallen waarin gezondheidsklachten niet leiden tot verzuim. Wij doelen hier op het verschijnsel van de "zieke doorwerkers". Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een aanzienlijk percentage van de werkende bevolking zegt, binnen een bepaald tijdsbestek wel eens te hebben doorgewerkt terwijl men zich eigenlijk (te) ziek voelde. In verschillende onderzoeken komt men doorgaans tot percentages tussen de 25% en 35% zieke doorwerkers. De "Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk" van het NIVEL bijvoorbeeld komt tot 32% respondenten dat in de twee maanden voorafgaand aan het interview aan het werk is gebleven terwijl men zich niet lekker voelde of ziek was (Foets en Sixma, 1991).

Voorts blijkt dat de werkende bevolking voor een niet onbelangrijk percentage rapporteert, chronische somatische aandoeningen te hebben (Bensing et al., 1991).

Bespreking

Het verschijnsel van de zieke doorwerker, en de relatie tussen chronische aandoeningen en arbeidsongeschiktheid, is in Nederlandse onderzoeksgegevens een weinig ontwikkeld terrein. Wat betreft zieke doorwerkers is kwantificering erg lastig: de definitie van "doorwerken terwijl men zich niet lekker voelde of ziek was" is uiteraard een sterk subjectieve. Toch is duidelijk dat er een aanzienlijk volume aan gezondheidsproblemen bestaat dat zich niet vertaalt in ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid. Hoe men dit moet waarderen is niet duidelijk. Twee tegengestelde visies zijn denkbaar - en mogelijk beide tot op zekere hoogte correct. Enerzijds zou men het positief kunnen duiden dat mensen kennelijk, althans in bepaalde omstandigheden, in staat en bereid zijn om door te werken wanneer er gezondheidsklachten zijn. Men ontkomt daarmee tevens aan mogelijke negatieve (bij)werkingen van langerdurend verzuim als zodanig (zie punt b. in deze paragraaf). Anderzijds kan men vrezen dat sommige gezondheidsklachten, waarmee (te) lang wordt doorgewerkt, op den duur juist daardoor verergeren en uitlopen in ernstiger gezondheidsschade. Vanzelfsprekend is het van belang te weten in hoeverre - en in welke gevallen - de ene visie adequaat is en in welke de andere. Niet in de laatste plaats is dit relevante informatie voor degene (waaronder wellicht de arts) die adviezen over werkstaking dan wel werkhervatting zou willen geven.

e. Leefstijl, gezondheid en arbeidsongeschiktheid

Gegevens uit onderzoek

Het lijkt voor de hand te liggen dat leefstijl-kenmerken, via hun veronderstelde effect op de gezondheid, duidelijke determinanten zouden zijn van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Uit de literatuur blijkt dat deze relatie veel minder duidelijk is dan men zou verwachten, en zich vooral concentreert op kort-frequent verzuim en minder op langduriger verzuim. Wat betreft rookgedrag, cafeïnegebruik, drinken, voedingsgewoonten, uitgaansgewoonten en sportbeoefening wordt soms wel, maar soms ook niet het te verwachten verband gevonden.

Bespreking

De uitkomsten van onderzoek naar "leefstijl-determinanten" zijn nogal verwarrend. Niet zozeer omdat zij soms tegen de intuïtie indruisen, maar omdat de richting van de causaliteit meestal onduidelijk blijft. Waar bijvoorbeeld blijkt dat geheelonthouders hoger verzuim hebben dan drinkers, of dat veel en laat uitgaan gerelateerd is aan minder langdurig verzuim, is mogelijk sprake van omkering van causaliteit: wellicht is men juist gestopt met drinken vanwege gezondheidsklachten, en wellicht zijn uitgaansgewoonten (op kortere termijn) een indicator van een goede gezondheidstoestand die mede bijdraagt tot geringer langdurig verzuim. Voor wat betreft sportbeoefening zijn twee tegengestelde mechanismen denkbaar: enerzijds een verzuimbeperkend effect door een betere conditie, anderzijds een verhogend effect door het risico van sportblessures. De werkelijke causale betekenis van leefstijl-determinanten voor verzuimen en arbeidsongeschiktheid zou alleen door longitudinaal onderzoek te achterhalen zijn. De nu beschikbare gegevens impliceren dat men van verbeteringen in leefstijl niet altijd en zonder meer een direct gunstig effect op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid moet verwachten.

f. Arbeid als determinant van gezondheidsklachten

Gegevens uit onderzoek

In recent onderzoek is nagegaan in hoeverre bij WAO-instroom de betreffende gezondheidsklachten aan het werk kunnen worden toegeschreven. Bij scoring door onderzoekers aan de hand van de GMD-dossiers wordt 28% van de aandoeningen beschouwd als beroepsgebonden, terwijl in nog eens 11% de aandoening *mede* door beroepsgebonden oorzaken is ontstaan. Deze scoring betreft alleen de *causale* beroepsgebondenheid, d.w.z. de vraag of de aandoening (mede) door beroepsgebonden oorzaken is ontstaan en niet of de resulterende arbeidsongeschiktheid beroepsgebonden is. Er zijn sterke verschillen tussen diagnose-hoofdgroepen. De aandoeningen van het bewegingsstelsel worden voor meer dan 50% als (mede) beroepsgebonden gescoord, psychische aandoeningen voor slechts 19%.

Bij enquêtering van de betrokken WAO'ers zelf komt een wat ander beeld naar voren. Ruim 70% van hen meent dat hun ziekte of aandoening enigszins tot geheel een gevolg is van het werk dat men deed. Ook hier blijken vrij aanzienlijke verschillen tussen diagnose-hoofdgroepen te bestaan. Zeer opmerkelijk is dat van de betrokkenen met psychische aandoeningen zelf 78% de aandoening mede aan het werk toeschrijft (terwijl onderzoekers vanuit de dossiers op slechts 19% kwamen, zie boven). Bij aandoeningen van de bewegingsorganen menen betrokkenen in 83% van de gevallen dat het werk mede oorzaak is van de aandoening.

Bespreking

Dat de achterliggende gezondheidsproblematiek bij WAO-intrede in een substantieel aantal gevallen mede werk- of beroepsgebonden is, lijkt duidelijk. De mate waarin dit het geval is, is minder duidelijk. Dossier-gegevens en meningen van betrokkenen zelf lopen daarin sterk uiteen, vooral bij psychische aandoeningen. De oorzaak daarvan is onduidelijk. Vermelden de dossiers niet adequaat de arbeidsgebondenheid, (h)erkennen de betrokken verzekeringsgeneeskundigen deze arbeidsgebondenheid te weinig, maken betrokkenen zelf tijdens de GMD-procedure te weinig melding van mogelijke arbeidsgebondenheid, of overschatten betrokkenen zelf deze? Met name bij de psychische problematiek lopen de beide inschattingen zeer frappant uiteen.

Hoe dit ook zij, duidelijk is dat de achterliggende gezondheidsproblematiek voor een wezenlijk deel aan arbeidsgebonden factoren wordt toegeschreven, zodat in preventie-beleid de ingang "arbeid" nadrukkelijk een plaats verdient.

g. Determinanten en doelgroepen-beleid

Gegevens uit onderzoek

In de literatuur zijn vele determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid aangetroffen die ofwel niet direct beïnvloedbaar zijn door beleid (zoals demografische kenmerken van personen), ofwel niet direct tot het beleidsterrein van WVC behoren (zoals arbeids- en bedrijfskenmerken).

Bespreking

Determinanten die niet direct beïnvloedbaar zijn of niet tot het directe werkterrein van WVC te rekenen zijn, kunnen voor beleid toch relevant zijn omdat aan de hand ervan bepaalde

risicogroepen gedefinieerd kunnen worden die doelgroepen van gezondheidsbeleid zouden kunnen vormen. Men denke aan risicogroepen (die elkaar niet uitsluiten) als oudere werknemers, ex-gehuwden, allochtone werknemers, laag opgeleiden, handarbeiders, bepaalde categorieën deeltijdwerkers (m.n. in "grote deeltijd"), forenzen, stedelijke gebieden. Bij verschillende van deze risicogroepen ligt er een voor de hand liggende relatie met het SEGV-beleid: lagere sociaal-economische statusgroepen blijken niet alleen in gezondheidstoestand, maar ook in verzuimrisico een ongunstige positie in te nemen.

Voorts zou men (langdurig) verzuimende werknemers als zodanig kunnen betitelen als een risicogroep. Wij zagen immers (punt b.) dat er een in de loop van verzuimgevallen omslagpunt lijkt te bestaan waarop de afwezigheid van het werk als zodanig gezondheidsbedreigend wordt. Voor de goede orde: de mogelijke doelgroepen zoals hierboven aangeduid zijn niet anders dan voorbeelden, en geen complete opsomming. We bedoelen ook niet te zeggen dat voor deze groepen momenteel geen (WVC-)beleid zou bestaan (dat is soms zeker wel het geval, zie bijvoorbeeld de groep "ouderen"). Ook zijn er nog diverse andere doelgroepen te benoemen, waaronder een aantal die ook nu al de aandacht van het WVC-beleid hebben (denk aan chronisch zieken en aan gehandicapten).

4.3 Aspecten van (curatieve) gezondheidszorg in relatie tot arbeidsongeschiktheid

Bij de relatie gezondheidszorg-arbeidsongeschiktheid past allereerst de kanttekening dat de gezondheidszorg breder is dan de curatieve sector. Met name bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde zijn eveneens tot de gezondheidszorg te rekenen, doch vallen niet onder het WVC-terrein (maar onder dat van SoZaWe). Er lijkt hier sprake van drie afzonderlijke compartimenten, waartussen traditioneel een duidelijke scheiding lag. Recentelijk lijken deze scheidslijnen minder scherp te worden. We memoreerden reeds de ontwikkelingen richting "één arts voor arbeid en gezondheid"; en ook de interactie tussen curatieve sector en bedrijfsgezondheidszorg respectievelijk verzekeringsgeneeskunde staat sinds enige tijd duidelijk in de belangstelling, bijvoorbeeld rond de conferentie "Artsen en arbeidsongeschiktheid".

In deze paragraaf gaat het met name om de relatie tussen curatieve sector (die immers onder WVC ressorteert) en arbeidsongeschiktheid; bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde zullen zijdelings in beeld komen.

Er is reeds vermeld dat empirisch materiaal over de relatie curatieve gezondheidszorg-arbeidsongeschiktheid schaars is. In punt a. van deze paragraaf wordt daarop ingegaan. Datgene dat werd gevonden wordt in het overige van deze paragraaf kort samengevat en van een bespreking voorzien.

a. De kloof tussen gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid

Gegevens uit onderzoek

Bij de verzameling van literatuur en informatiesystemen in het kader van dit onderzoek blijkt op verschillende wijzen dat tussen het domein van de gezondheidszorg en dat van de arbeidsongeschiktheid een grote afstand bestaat. Terwijl onderzoeksliteratuur rond vele andere determinanten van verzuim en arbeidsongeschiktheid ruim voorhanden is, bleek empirisch onderzoek naar de relatie tussen curatieve gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid schaars en moeilijker te vinden; in de tweede helft van de jaren '80 lijkt de onderzoeksmatige aandacht voor dit thema zelfs vrijwel geheel te zijn weggevallen. In de analyse van informatiesystemen bleek dat medische registraties slechts zelden en summier gegevens over arbeid en arbeidsongeschiktheid bevatten, terwijl registraties op het terrein van de sociale zekerheid veelal weinig of geen medische informatie bevatten en geen zicht bieden op de bemoeienissen van de curatieve sector.

Bespreking

De schaarste aan onderzoeksmateriaal weerspiegelt een afstand tussen gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid, die in het (vrij weinige) onderzoeksmateriaal dat wel werd gevonden eveneens terugkomt (met name op punten als moeizame samenwerking tussen curatieve artsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen, en gebrekkige informatie in de curatieve sector over aspecten van sociale zekerheid en arbeidsongeschiktheid); deze punten komen elders in deze paragraaf aan de orde. Tussen gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid waant men zich in een niemandsland.

Er wordt wel op gewezen dat de scheiding die ons land kent tussen ziektekostenverzekering en arbeidsongeschiktheidsverzekering bijdraagt tot de kloof tussen curatieve sector en sociale zekerheidssector. Daar waar beide soorten collectieve verzekering in één stelsel zijn ondergebracht (zoals in Duitsland het geval is), zou meer aandacht bestaan voor de relatie tussen medische consumptie en arbeidsongeschiktheid. Bovendien beschikt een uitvoeringsorgaan dat beide risico's omvat, over meer sturingsmogelijkheden en -informatie. Wel lijkt momenteel in kringen van de zorgverzekeraars toenemende belangstelling voor arbeidsongeschiktheid te bestaan, mede door de invoering van norm-uitkeringen en productie-afspraken, waarbij het aandeel van arbeidsongeschikten in het verzekerdenbestand een relevant gegeven blijkt te zijn.

In dit verband is overigens een interessante vraag, in hoeverre in ons land bij de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, voor zover die is ondergebracht bij dezelfde verzekeraar als de ziektekostenverzekering, de situatie op het punt van de informatievoorziening beter is. In beginsel is de scheiding tussen beide soorten verzekeringen daar minder scherp, wat tot betere sturingsmogelijkheden en -informatie zou kunnen bijdragen.

De indruk bestaat overigens dat onder invloed van het voorstel tot een nieuwe Arbo-wet (verzuimbegeleiding door werkgever met behulp van deskundige diensten) en het wetsvoorstel Terugdringing Ziekteverzuim (eerste 3 resp. 6 weken verzuim voor rekening van werkgever) de particuliere ziektekostenverzekeraars in hoog tempo betrokken raken bij verzuimbegeleiding en Arbo-diensten. De boven gesignaleerde scherpe scheiding heeft, althans voor wat betreft de particuliere verzekeraars, wellicht zijn langste tijd gehad.

b. Rol curatieve artsen in (zelf)perceptie van arbeidsongeschiktheid

Gegevens uit onderzoek

In het zogeheten WAO-determinanten-onderzoek bleek de belangrijkste determinant van WAO-toetreding te zijn de eigen perceptie van de arbeidsongeschiktheid; deze op zijn beurt wordt sterk beïnvloed door het oordeel van de behandelende artsen. In tegenstelling daartoe lijkt de invloed van andere personen, zoals verzekeringsartsen, werkgevers of gezinsleden, van beperkte betekenis te zijn.

Wat betreft ziekteverzuim sluit hierbij aan de bevinding dat een door de huisarts gegeven werkhervattingsadvies bekortend lijkt te kunnen werken op de verzuimduur.

Bespreking

Behandelend artsen hebben kennelijk een aanmerkelijke invloed op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, vermoedelijk ook wanneer ze zich dat niet zelf bewust zijn. Dat deze invloed (via de zelfperceptie van de patiënt) groter is dan die van vele anderen, waaronder de verzekeringsgeneeskundige, benadrukt de sociaal-psychologische rol die de curatieve sector gewild of ongewild speelt bij arbeidsongeschiktheid. Vermoedelijk bestaat deze rol ongeacht de vraag of werkstaking/werkhervatting expliciet ter sprake komt tussen patiënt en arts. Wordt dit wel gedaan, dan kan dat beperkend werken op de verzuimduur.

Het gegeven dat de behandelende arts sociaal-psychologisch kennelijk een grotere rol speelt dan de verzekeringsgeneeskundige lijkt wel begrijpelijk. Vele langdurig zieken zullen onder behandeling zijn, en daardoor vaak intensiever in contact staan met de behandelend arts dan met de verzekeringsgeneeskundige(n).

Dit alles onderstreept het belang van goede kennis in de curatieve sector over aspecten van arbeidsongeschiktheid, en van goede communicatie tussen verschillende betrokken artsen. Met name indien werkadviezen worden gegeven, is tevens kennis van de werksituatie onontbeerlijk. En bij werkhervattingsadviezen is coördinatie met de verzekeringsarts nodig; indien door verschillende artsen uiteenlopende adviezen c.q. beslissingen rond werkstaking dan wel werkhervatting worden gegeven, ontstaat een verwarrende situatie waarvan de afloop onduidelijk is. Zo is onbekend of in een dergelijke situatie de patiënt zich doorgaans zal conformeren aan de langste, of juist aan de kortste gesuggereerde verzuimduur. Polak en De Ruiter (1984) signaleerden reeds dat in sommige beroepszaken de patiënt zich beroept op een "niet-werken"-advies van de behandelend arts, overigens zonder succes (het oordeel van de verzekeringsgeneeskundige zal gewoonlijk doorslaggevend zijn), hetgeen voor de patiënt een moeilijk te begrijpen uitkomst kan zijn.

In het licht van de actuele ontwikkelingen heeft de rol van de *huisarts* momenteel nadrukkelijk aandacht. Aan hem wordt een voorname rol toebedacht, niet alleen door de beroepsgroep zelf (getuige het "Basis-takenpakket van de huisarts", LHV, 1983), maar ook door anderen, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de adviesaanvraag en het NRV-advies "Sociaal-medische begeleiding" (1983, respectievelijk 1987). En de indruk bestaat dat de laatste jaren ook "van onderop" enige verbetering te signaleren valt. Op instigatie van de huisartsen organiseerde het district Zwolle e.o. van de KNMG twee artsendagen over "artsen en arbeidsongeschiktheid" (november 1991). Hetzelfde

thema was onderwerp van de eerdergenoemde KNMG-conferentie (december 1991), waaraan ook van huisartsenzijde actief is mede voorbereid. Dit laatste geldt ook voor de in 1992 in het leven geroepen KNMG-Domus-commissie, die het hoofdbestuur adviseert over vraagstukken van arbeid en gezondheid. In het spoor van een publikatie van de huisartsen Van Dijk en Hogervorst (1991) over hun methodiek ten aanzien van zieke werknemers zijn hun collega's in Amsterdam-Zuidoost een experiment begonnen in samenwerking met een verzekeringsgeneeskundige van het GAK, en in het kader van de Leidse huisartsenopleiding is een hele groep in de praktijken van hun opleiders een onderzoek begonnen naar de manier waarop de huisarts met WAO-problematiek omgaat. Voorts is vorig jaar in samenwerking tussen NIA, AS/tri en NIVEL een secundaire analyse begonnen op het materiaal van de grote NIVEL-Huisartsenenquête naar de vragen rond arbeid en gezondheid die destijds (op voorstel van CCOZ resp. NIA) in deze enquête waren opgenomen. Tenslotte kregen vorig jaar alle huisartsen een handzame brochure over de verzuimproblematiek aangeleverd door O&O.

Verschillende van de hier genoemde punten komen in het volgende nader aan de orde.

c. Communicatie en samenwerking

Gegevens uit onderzoek

Uit de vrij schaarse onderzoeken waarin de communicatie tussen artsen (met name tussen behandelend artsen en verzekeringsgeneeskundigen / bedrijfsartsen) direct in relatie tot verzuim en arbeidsongeschiktheid wordt bestudeerd, blijkt duidelijk dat deze communicatie van belang is voor de verzuimduur. Gebrekkige communicatie leidt in de regel tot langere verzuimduren. Studies die deze communicatie en samenwerking tot onderwerp hebben (ook zonder dat dit direct wordt gerelateerd aan verzuimduur) leveren al tientallen jaren lang globaal hetzelfde beeld op. De communicatie is door verschillende omstandigheden moeizaam (bijvoorbeeld doordat niet bekend is wie men aan de "andere kant van de lijn" precies moet benaderen); de aandacht voor (en kennis van) eventuele arbeidsongeschiktheid van patiënten bij de behandelend artsen is gering. Deze gegevens gelden in (nog) sterkere mate voor specialisten dan voor de huisartsen. Voor zover er overleg is tussen verzekeringsgeneeskundige/bedrijfsarts en behandelend artsen gaat het initiatief daartoe in verreweg de meeste gevallen uit van de eerstgenoemden. Gebrek aan communicatie leidt soms tot het ontstaan van zogeheten "stuurloze perioden" in de behandeling respectievelijk werkhervatting (perioden waarin actieve, coördinerende medische bemoeienis ontbreekt). Deze vormen een belangrijk aandeel in de zogeheten wachttijden-problematiek, die verderop in deze paragraaf nader wordt besproken. Juist bij patiënten met een psychische problematiek lijken deze stuurloze perioden een extra groot aandeel te hebben.

Bespreking

Opmerkelijk is dat de problematiek van communicatie en coördinatie tussen verschillende betrokken artsen van alle tijden lijkt en in vele onderzoeken naar voren komt. Een stelling bij de dissertatie van Schröer (1993) verwoordt dit beeldend:

"Aan degenen die behoefte hebben aan een déjà lu-ervaring, kan met succes aanbevolen worden om achtereenvolgens publikaties uit de jaren zestig, zeventig, tachtig en negentig te lezen over de samenwerking tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige."

Kennelijk is van een structureel probleem sprake; mogelijk is de scherpe scheiding tussen het curatieve en het verzekeringsgeneeskundige domein dat eerder werd gesignaleerd, daarvan mede de oorzaak.

Van bijzonder belang is de constatering dat deze problematiek in verhoogde mate wordt gevonden bij de behandeling van "psychische patiënten". Juist daar ontbreekt coördinatie relatief vaak, en is het dus de overspannen werknemer zelf die als "case manager" zal moeten functioneren. En uitgerekend de overspannen werknemer mag men, minder nog dan werknemers met een somatische problematiek, in staat achten om die rol te vervullen. Het feit dat juist werknemers die wegens psychische klachten (langdurig) verzuimen naar verhouding vaak doorstromen naar de WAO (zie paragraaf 4.2., punt a) zou hiermee verband kunnen houden.

De problemen in communicatie en samenwerking worden ook door de curatieve sector zelf herkend. "In het domein van de arbeid ontbreekt het aan een voor alle belanghebbenden functioneel herkenbaar, eenduidig, goed bereikbaar medisch aanspreekpunt, niet alleen voor werknemers, bedrijven en instellingen, maar ook voor behandelend artsen waardoor onder andere onvoldoende intercollegiaal overleg plaatsvindt", aldus één der knelpunten waarover tijdens de KNMG-conferentie "Artsen en arbeidsongeschiktheid" overeenstemming werd bereikt. De voorstellen om te komen tot "één arts voor arbeid en gezondheid" beogen overigens mede, hierin te voorzien. Gehoopt wordt langs deze weg met name voor de huisarts het aanspreekpunt te creëren dat tot nu toe gemist wordt.

d. Kennis curatieve sector

Gegevens uit onderzoek

In onderzoek rond communicatie en samenwerking (zie punt c. hierboven) komt veelal zijdelings ook naar voren dat de kennis van de behandelend artsen over de arbeid en de eventuele arbeidsongeschiktheid van hun patiënten beperkt is. Men weet vaak niet of betrokkene verzuimt, en de inschattingen van behandelend artsen daaromtrent blijken vaak onjuist: men vermoedt bijvoorbeeld ten onrechte dat de patiënt verzuimt, of men schat de periode van werkverzuim verkeerd in. De kennis op het gevalsniveau is dus beperkt.

Onderzoek naar de kennis in de curatieve sector van regels en uitvoeringspraktijken van de arbeidsongeschiktheidswetten is niet aangetroffen.

Bespreking

Indien men aan behandelend artsen een rol zou toedenken bij werkstaking respectievelijk werkhervatting, is kennis over de arbeidssituatie en over het eventuele huidige verzuim van patiënten een conditio sine qua non. Aan deze conditie blijkt in de praktijk vaak niet te worden voldaan. Daarop werd reeds gewezen in het Advies Sociaal-Medische Begeleiding van de NRV en de daaraan ten grondslag liggende adviesaanvraag van SoZaWe en WVC. Ook dit is inmiddels als knelpunt erkend tijdens de conferentie "Artsen en arbeidsongeschiktheid" (knelpunten IA, IB). Gepleit

wordt onder meer voor grotere aandacht voor de wisselwerking gezondheid-arbeid in de medische opleiding.

Behalve kennis op gevalsniveau is ook kennis van de relevante wettelijke regelingen bij behandelend artsen gewenst, indien men van hen betrokkenheid bij het arbeidsongeschiktheids-aspect zou verlangen. Ontbreekt deze kennis immers, dan is het gevaar denkbaar dat uitspraken van behandelend artsen niet sporen met de regels en uitvoeringspraktijk van de arbeidsongeschiktheidswetten, met mogelijk wrijving tussen behandelend arts en verzekeringsgeneeskundige ten gevolge.

Het geringe inzicht van de behandelend arts in de eventuele arbeidsongeschiktheid van zijn patiënt zou volgens sommigen mede zijn ontstaan door het vervallen van de medische certificatie/attestatieplicht. Het is echter de vraag of daarmee de wenselijkheid van een dergelijke attestatie, die in het buitenland veelal nog wel gebruikelijk is, is aangetoond. De negatieve effecten in termen van medicalisering van verzuim, hogere medische consumptie, administratieve belasting van de curatieve sector e.d. zouden wel eens zwaarder kunnen wegen dan de voordelen. Bovendien stuit in ons land een dergelijk systeem mede op principiële weerstanden (de scheiding behandeling/controle; vertrouwensrelatie behandelend arts/patiënt). Indien het er uitsluitend om zou gaan de behandelend arts beter te informeren, zijn daarvoor andere informatiestromen (bijvoorbeeld standaard afschrift van ziekmelding of verzuimhistorie van ZW-verzekerden aan huisarts) denkbaar, hoewel een plaatselijk experiment aantoonde dat ook dergelijke standaard meldingen van verzekeringsgeneeskundige aan huisarts niet vanzelf tot verbetering van communicatie leidt (Lamers en De Groot-Büchli, 1983).

e. Wachttijden en verwijsgedrag

Gegevens uit onderzoek

Twee onderzoeken worden frequent aangehaald waar het de rol van wachttijden in de curatieve sector betreft: een onderzoek van Tordoir e.a., gehouden in 1974/75 in Noord- en Zuid-Holland, en een onderzoek van Soeters, verricht in 1981 in Zuid-Limburg. Het aandeel van "wachttijden" binnen de langerdurende verzuimgevallen komt in beide studies vrijwel gelijk naar voren: ruim 19% van de verzuimdagen in de periode na de vierde Ziektewet-week wordt besteed aan diverse vormen van wachttijden: wachttijd voor een eerste consult, de periode van verwijzing naar een specialist of paramedicus, de periode tussen een verrichting en het volgende consult, wachttijd voor opname in een ziekenhuis, en de reeds gememoreerde "stuurloze periode" tussen laatste behandeling en werkhervatting. Er is een relatie met de diagnose c.q. met het betrokken medisch specialisme: Tordoir e.a. wijzen met name op wachttijden bij orthopedie, reumatologie, neurochirurgie en interne geneeskunde. Soeters meldt eveneens de langste wachttijden bij orthopedie en reumatologie.

Dat relatief veel van de wachttijd betrekking heeft op verwijstijden wordt ook in enige andere literatuur aangehaald. Zo werd in 1982 voor de Amsterdamse gezondheidscentra een calculatie verricht van de "winst" in termen van verzuimdagen als gevolg van het relatief lage verwijsperscentage.

Bespreking

Wachttijden, verwijzingsduren, stuurloze periodes in het curatief circuit e.d. worden veelvuldig genoemd als verzuimduurverlengende factoren. Opmerkelijk is daarbij dat in deze discussie nog moet worden teruggerepen op enkele (regionale) studies die werden uitgevoerd ruim 10 respectievelijk 15 jaar geleden. Bovendien worden de uitkomsten soms (te) beknopt samengevat in de veronderstelling dat "20% van de verzuimdagen verloren zou gaan aan wachttijden" - 20% van alle verzuimdagen is iets wezenlijk anders dan 20% van de dagen *van gevallen met een duur van minstens vier weken*. Ook wordt aan de gegevens wel eens te direct de indruk verbonden dat (a) de wachttijden per definitie "loze tijd" zouden zijn en (b) wachttijden geheel vermijdbaar zouden zijn en dus een 20% verzuimreductie voor het grijpen zou liggen.

De geciteerde onderzoeken baseren zich vooral op enquêtering van patiënten. Het is daarbij de vraag of wachttijden, stuurloze periodes etc. zoals de patiënt die rapporteert, ook door behandelend artsen als loze tijd worden gezien. Het is denkbaar dat een arts bijv. welbewust een bepaalde therapie of medicatie gedurende bepaalde tijd wil aanzien om de uitkomsten te kunnen beoordelen, terwijl de betrokken patiënt dit (achteraf) als verspilde tijd waarneemt. Ook is denkbaar dat tussentijds medische acties ondernomen worden (zoals intercollegiaal overleg) die door de patiënt niet worden waargenomen. Met andere woorden, de problematiek van wachttijden e.d. kan niet uitsluitend uit de waarneming van patiënten worden onderzocht, ook de visie van de betreffende behandelaars daarop dient in aanmerking te worden genomen. Reeds Soeters (1983) zelf wees op deze beperking in het toenmalig onderzoek.

Ook wordt wel verondersteld dat de wachttijdenproblematiek in Nederland groter zou zijn dan in andere landen. Wat dit laatste betreft is gedegen internationaal-vergelijkend onderzoek ons echter niet bekend (mogelijk zal een project dat momenteel onder auspiciën van de ISSA in voorbereiding is, daarin meer zicht verschaffen). In ieder geval bestaan ook in andere landen wel klachten over wachttijdenproblematiek. Bij een recent bezoek aan Zweden bleken ook daar juist experimenten met het "inlopen" van wachttijden te worden ondernomen, terwijl soortgelijke plannen vorig jaar in Denemarken in bespreking waren. Opmerkelijk genoeg werd ook in die beide landen orthopedie genoemd als het specialisme met de grootste knelpunten.

Eén aspect van deze problematiek dient nog vermeld te worden, namelijk hoe (onnodige) verwijzingen naar de tweede lijn zo veel mogelijk zijn te vermijden; dit ter voorkoming van wachttijden, het mogelijke "omslagpunt" (zie punt f in paragraaf 4.2.), iatrogene invalidering en dergelijke. Speciale aandacht verdient hierbij de positie van de huisarts bij diens manoeuvreren tussen de Scylla van de medicalisering en de Charybdis van Tuchtraad voor de eventuele keer dat hij ten onrechte niet heeft verwezen.

f. Behandelingsmethoden en verzuim

Gegevens uit onderzoek

Er wordt nauwelijks onderzoek aangetroffen waarin de curatieve behandelingsmethode als zodanig worden geëvalueerd in het licht van verzuimduur. Eén voorbeeld uit de klinische praktijk wijst er echter op dat hier een relevant gegeven aan de orde is. Wij doelen op het onderzoek van Van Ballegooie en Van der Wal, over het effect van zelfcontrole met bloedsuikerstrips bij diabetes mellitus-patiënten ten aanzien van ziekenhuisopnamen en ziekteverzuim. Overschakeling op

zelfcontrole bleek te resulteren in daling van het aantal ziekenhuisopnamen tot nul en in vermindering van verzuim.

Bespreking

Voor zover wij uit de gevonden literatuur kunnen afleiden is evaluatie van behandelingsmethoden met het oog op verzuimduur geen punt van grote aandacht. Toch zou een dergelijke evaluatie niet misstaan, bijvoorbeeld in het kader van een kosten/baten-afweging van verschillende opties. Ook hier weer lijkt van belang dat de kosten van ziekte zich op twee heel verschillende gebieden manifesteren - de medische kosten en de uitkeringskosten sociale zekerheid - en zelden worden getotaliseerd tot maatschappelijke kosten.

De behandelduur is bovendien op zichzelf ook medisch gesproken een relevant gegeven, indien het waar is dat na verloop van een aantal weken (vier à zes?) een omslagpunt ontstaat waarna het verzuim zelf tot extra gezondheidsklachten gaat leiden (zie punt b. in paragraaf 4.2.). Een behandeling die de kans op terugkeer naar het werk binnen zo'n periode mogelijk maakt, kan beschouwd worden als preventief: men voorkomt er wellicht het ontstaan van (extra) gezondheidsklachten mee. Daar waar keuzes bestaan ten aanzien van de te kiezen methode, zou dit mede een element in de afweging dienen te vormen.

g. Relatie arbeidsongeschiktheid - medische consumptie

Gegevens uit onderzoek

In verschillende onderzoeken wordt geconstateerd dat verzuimende werknemers een hogere medische consumptie vertonen dan andere werknemers. Werknemers met een hoog ziekteverzuim rapporteren meer artsbezoek en meer medicijngebruik. Ook bij WAO'ers als groep is een hogere medische consumptie aangetoond.

Bespreking

Bovenstaande constatering lijkt zo voor de hand liggend dat men er bijna aan voorbij zou gaan. Verzuimende werknemers hebben gezondheidsklachten, dus mag men ook verwachten dat zij genezing zullen zoeken via geneesmiddelengebruik en artsbezoek. Het is echter de vraag of deze samenhang zo simpel en enkelzijdig is.

Er doen namelijk twee geheel verschillende hypothesen de ronde, die elk afzonderlijk (ten dele) waar kunnen zijn. De eerste is dat preventie van arbeidsongeschiktheid bijdraagt tot preventie van gezondheidsklachten, en daarmee tevens een remmend effect heeft op de medische consumptie. De tweede is dat de in Nederland relatief laagdrempelige regelingen voor ziekteverzuim het mogelijk te maken, zonder hoge medische consumptie (behandeling, (zelf)medicatie) "uit te zieken", zodat terugdringing van ziekteverzuim wellicht resulteert in een juist hogere medische consumptie. In dit kader wordt wel verwezen naar het feit dat in de ons omringende landen, waar het volume (en de frequentie) van arbeidsongeschiktheid lager liggen dan te onzent, de medische consumptie juist aanmerkelijk hoger ligt (Prins, 1990). Dat zou op een oorzakelijk verband kunnen berusten (indien men elders meer ziek doorwerkt c.q. daartoe met "poeders en pilletjes" symptomen onderdrukt), maar aangetoond is zo'n oorzakelijk verband niet.

Beide hypothesen lijken met elkaar strijdig: de eerste suggereert dat succesvolle bestrijding van verzuim en arbeidsongeschiktheid hand in hand zal gaan met verlaging van de medische consumptie,

de tweede juist dat verlaging van verzuim en arbeidsongeschiktheid een verhogend effect op de medische consumptie zal hebben. Zoals opgemerkt zouden beide hypothesen ten dele waar kunnen zijn, eventueel zouden beide mechanismen elkaar ten dele kunnen uitdoven. Denkbaar is bijvoorbeeld dat terugdringing van m.n. de verzuimfrequentie, door verhoging van de verzuimdrempel, een opwaarts effect heeft (meer neiging om snelle genezing te zoeken en klachten met medicijnen te onderdrukken), terwijl preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid eerder een neerwaarts effect heeft, indien die preventie tevens inhoudt een verbetering van gezondheid. In alle gevallen zou het echter wenselijk zijn, te weten in hoeverre deze beide mechanismen inderdaad bestaan. Indien zij bestaan is het - tenzij beiden elkaar volledig uitdoven - denkbaar dat actieve bestrijding van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, waaraan momenteel in ons land veel energie wordt besteed, onvoorziene gevolgen heeft voor de omvang en samenstelling van de medische consumptie. Juist in deze tijd waarin vele bedrijven actief zijn geworden met verzuimbestrijding (mede onder invloed van nieuwe wetgeving, die de kosten van verzuim sterker dan voorheen bij afzonderlijke bedrijven legt) zou het van belang zijn hierop beter zicht te krijgen. Indien immers het beperken van het aantal ziekmeldingen leidt tot meer medische consumptie, lekken de baten van verzuimverlaging (deels) weer weg in de kosten van gezondheidszorg. Ook hier zou een totaalafweging van maatschappelijke kosten, waarin zowel de medische kosten als die van verzuim (uitkeringen en loondoorbetaling) worden betrokken, een meer evenwichtig beeld opleveren.

5 Aandachtspunten voor de toekomst

Het is beslist niet onze gewoonte om onderzoeksrapporten te besluiten met lijsten van nog openstaande onderzoeksvragen, in plaats van met antwoorden. Het "much research remains to be done" is vaak een te simpele slotconclusie, die wij niet graag hanteren. Wanneer wij uit het voorgaande de aandachtspunten voor de toekomst proberen samen te vatten, ontkomen we echter niet aan de constatering dat er op belangrijke punten hiaten in de wetenschappelijke kennis bestaan die beleidsmatige sturing moeilijk maken. We constateerden dat in onderzoek naar determinanten van arbeidsongeschiktheid de medische component (zowel in termen van volksgezondheid als van de bemoeienis vanuit de gezondheidszorg) relatief slecht is belicht. In informatiesystemen zijn koppelingen tussen medische gegevens en arbeidsongeschiktheidsgegevens moeilijk te maken. Bovendien is onderzoek naar met name de voorwaardelijke kans op WAO-toetreding schaars en in belangrijke opzichten verouderd (met name gezien de reeds ingevoerde en nog te verwachten grote stelselwijzigingen in de WAO); en juist in het traject tussen langerdurend verzuim en eventuele WAO-toetreding lijkt de gezondheidszorg een cruciale positie in te nemen.

Het onderstaand overzicht bestaat derhalve toch grotendeels uit korte typering van "witte vlekken" in de huidige kennis. We pretenderen met dit overzicht geen volledigheid: een systematische inventarisatie zou wellicht meer punten, en meer gedetailleerde formuleringen opleveren. Ook impliceren wij met dit overzicht niet, dat aan de genoemde punten momenteel geen aandacht zou worden besteed. Op sommige terreinen is voorzover ons bekend reeds onderzoek in voorbereiding of in gang; niet voor alle punten kunnen wij echter overzien in hoeverre dat het geval is. Graag laten wij aan de beleidsmatig betrokkenen over te beoordelen, in hoeverre invulling van de "witte vlekken" gewenst is. Indien echter tot onderzoek en eventueel instrument- en methodiek-ontwikkeling op bepaalde van deze punten zou worden besloten, lijkt het ons raadzaam om daarin een geprogrammeerde samenhang aan te brengen, waarin ook inventarisatie van reeds lopend onderzoek in aanmerking genomen kan worden. De verschillende hier aangeroerde thema's hebben over en weer teveel verbindingslijnen om ze als afzonderlijke, losstaande vragen te behandelen.

De volgorde waarin wij onderstaande punten behandelen houdt geen prioriteitsstelling in. We hebben alleen gepoogd enigszins de lijn te volgen van het ontstaan en verloop van een verzuimgeval, van voor de ziekmelding tot en met eventuele afloop.

a. De relatie leefstijl, gezondheid en ziekteverzuim

Samenhangen tussen leefstijl-kenmerken en ziekteverzuim zijn niet eenduidig, waardoor ook de betekenis van leefstijl-beleid voor ziekteverzuim onduidelijk blijft. Mogelijk zijn er omkeringen van causaliteit in het spel. Duidelijkheid zou alleen te verkrijgen zijn door longitudinaal onderzoek. Wellicht bieden indirecte bestandskoppelingen (bijvoorbeeld oudere jaargangen van bepaalde CBS-enquêtes aan verzuimregistraties) een mogelijkheid om retrospectief longitudinaal onderzoek te doen, in welk geval geen jarenlange looptijd nodig zou zijn.

b. Ziek doorwerken: determinanten en effecten

Welke factoren bepalen of iemand met bepaalde gezondheidsklachten al dan niet ziek doorwerkt? In hoeverre is ziek doorwerken gezondheidsbedreigend? Gaat ziek doorwerken samen met hogere medische consumptie (zowel op de kortere termijn (doorwerken met behulp van poeders en pillen) als op de langere (mogelijke verergering van medische problematiek))? In hoeveel gevallen loopt ziek doorwerken later alsnog uit in verzuim of langdurige arbeidsongeschiktheid?

Het is niet ondenkbaar dat onder de nieuwe wetgeving en bij toenemende verzuimbeheersing door bedrijven het verschijnsel "ziek doorwerken" in omvang zal toenemen, wat de relevantie van deze vragen voor de toekomst onderstreept.

c. Medische consumptie en arbeidsongeschiktheid

In hoeverre hangen medische consumptie en arbeidsongeschiktheid samen, in hoeverre is de gelegenheid tot ziekteverzuim (in ons land zonder medische attestatieplicht) juist beperkend ten aanzien van medische consumptie? In hoeverre mag men van verzuimbeleid ook lagere medische consumptie verwachten, wanneer juist hogere? Wat zijn de totale maatschappelijke kosten en baten van bepaalde strategieën van verzuim- en arbeidsongeschiktheidsbeleid, indien men niet alleen kosten/baten in de sfeer van de gezondheidszorg maar ook bijvoorbeeld in de sfeer van arbeidskosten en sociale zekerheid in aanmerking neemt? Ook evaluatie van de nieuwe wettelijke maatregelen inzake ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zou aandacht moeten besteden aan deze materie, om eventuele ongemerkte afwenteling van kosten te voorkomen.

d. Chronisch zieken en arbeidsongeschiktheid; keuringen

Hoe is momenteel het verzuimpatroon en het arbeidsongeschiktheidsrisico van chronisch zieken? Is er een kans dat onder invloed van nieuwe regelgeving, waarbij de afzonderlijke werkgever meer kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid zelf moet dragen, een scherpere personeelsselectie juist deze groep zou treffen? In hoeverre zijn en worden medische keuringen meer in het algemeen een selectiemechanisme bij het aannemen van personeel, mede onder invloed van de nieuwe wetgeving?

e. Informatie over korter verzuim

Over kort verzuim is weinig bekend wat betreft (medische of anderssoortige) achtergrond. Men veronderstelt soms dat juist kort verzuim minder medisch getint is maar via de Ziektewet-legitimatie dreigt te worden gemedicaliseerd. In hoeverre is dit reeds nu het geval? In hoeverre bestaat de kans dat werkgevers, als zij de eerste 3/6 ziekte weken zelf moeten doorbetalen, snellere medische beoordeling en controle zullen willen toepassen? Leidt dit tot beperking van verzuim of juist tot verlenging en onterechte medicalisering van (korter) verzuim?

f. Wanneer wordt arbeidsongeschiktheid in zichzelf een gezondheidsbedreigende factor?

Is er inderdaad een "omslagpunt" in het verloop van verzuimgevallen aan te wijzen, waarna de afwezigheid van het werk (en/of de omgang met verschillende artsen naarmate het verzuim voortduurt) in zichzelf leidt tot toenemende gezondheidsproblemen? Is zo'n omslagpunt in de tijd te lokaliseren, en is het moment ervan diagnose-specifiek? Welke aanbevelingen levert dat voor een stadia-gewijze behandeling?

g. Rol van de huisarts in SMB

Welke rol zal de huisarts in de toekomstige sociaal-medische begeleiding kunnen spelen? Is hij daartoe voldoende geëquipeerd wat betreft kennis, methodieken en dergelijke? Hoe is op dit moment, tien jaar na het aannemen van het Basistakenpakket voor de huisarts, de stand van zaken met name ten aanzien van arbeid en gezondheid (werkadviezen, overleg met verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts)?

h. Artsen in het domein van de arbeid

Aan welke randvoorwaarden moet een medisch gesprekspartner in de arbeidssfeer voldoen om gestalte te kunnen geven aan het derde uitgangspunt van het kabinetsstandpunt inzake SMB, nl. "een open en doelmatige communicatie tussen de sociaal-medische begeleider en de curatieve sector"? Cruciaal daarbij is de passage uit dit standpunt: "Het moge duidelijk zijn dat het kabinet voorstander is van een functiescheiding tussen de bedrijfsarts (begeleider en adviseur) en de verzekeringsgeneeskundige (claimbeoordelaar)". Voor de eerste 3/6 weken ziekteverzuim lijkt zo'n onderscheid echter allerminst gegarandeerd, met mogelijke gevolgen voor de open communicatie, als werkgevers van nieuwe arbodiensten juist meer en vroegere medische controle zouden gaan wensen (nog afgezien van de risico's van medicalisering, zie ook punt e.).

i. Kennis over arbeidsongeschiktheid in curatieve sector

Hoe is de stand van kennis bij de curatieve artsen over (a) het al dan niet verzuimen / arbeidsongeschikt zijn van afzonderlijke patiënten en (b) sociale zekerheidsregelingen meer algemeen (voorbeeld: kennen behandelend artsen de procedures bij overgang Ziektewet-WAO en de uiteenlopende arbeidsongeschiktheids-criteria in beide wetten)?

j. Afweging van arbeidsongeschiktheid bij medisch handelen

In hoeverre dient de huisarts bij de vraag "al of niet verwijzen" ook de mogelijke risico's op (verlenging van) verzuim in aanmerking te nemen? In hoeverre dienen behandelend artsen in het algemeen, bij hun keuze van behandelingsmethodieken, de vraag naar (verlenging van) arbeidsongeschiktheid in de overwegingen te betrekken, gezien tegen de achtergrond van het mogelijke "omslagpunt" bij een bepaalde verzuimduur (zie punt f.)?

k. Wachttijden

Onderzoek naar het aandeel van wachttijden in langerdurend verzuim is van vrij oude datum en regio-gebonden. Zijn de wachttijden tegenwoordig vergelijkbaar met die van vroeger, en zijn de toenmalige knelpunten per specialisme nog dezelfde? Eventueel nieuw onderzoek dient ook het perspectief van de behandelend artsen te respecteren. Is wachttijd verloren tijd, in hoeverre is zulke tijd überhaupt te voorkomen? In hoeverre is doorwerken bijvoorbeeld in afwachting van latere diagnostiek gebruikelijk en mogelijk? Is in Nederland de situatie op het punt van wachttijden tijdens verzuim slechter dan in andere landen?

l. Psychische aandoeningen, een geval apart?

In veel onderzoek komen psychische aandoeningen aan de orde als bijzondere categorie. Bijvoorbeeld: hogere doorstroomkans uit Ziektewet naar WAO; zeer uiteenlopende schattingen (door uitvoerders

sociale zekerheid en betrokkenen zelf, wellicht ook door werkgevers) van de mate van werkgebondenheid van zulke aandoeningen; de mogelijkheid dat arbeidsconflicten via deze diagnosecategorie in de Ziektewet terecht komen; juist bij psychische aandoeningen signaleert men lange stuurloze perioden, waar juist deze patiënten moeilijk mee zullen kunnen omgaan. Punten als deze rechtvaardigen afzonderlijke beschouwing van deze groep aandoeningen.

m. Determinanten van de (voorwaardelijke) WAO-kans

De determinanten van de "voorwaardelijke WAO-kans" (de kans om, gegeven dat eenmaal een langdurig verzuimgeval is opgetreden, door te stromen naar de WAO) zijn niet meer systematisch bestudeerd sinds de herzieningen van 1987 en 1993. Destijds bleek dat de sociaal-psychologische rol van de behandelend arts, nolens volens, significant is voor de WAO-kans. In hoeverre is ook nu, in een nieuwe constellatie van wetgeving (en van uitvoeringspraktijk) deze rol van betekenis?

n. Infrastructuur voor onderzoek en informatievoorziening

In de huidige constellatie van informatiesystemen zijn vrijwel geen directe verbindingen te leggen tussen gegevens over volksgezondheid, gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid. Dit betekent niet dat voor vragen als bovengenoemde altijd nieuwe gegevensverzameling nodig is. Mogelijkheden tot koppeling van bestanden zouden als eerste verkend moeten worden. Indien er (indirecte) koppelingsmogelijkheden bestaan, zijn verschillende CBS-enquêtes daartoe een mogelijke ingang omdat zij in verschillende mate (subjectieve) gegevens op alle drie terreinen bevatten. Ter validering van de subjectieve gegevens zouden koppelingen met objectiever registraties gewenst zijn. Aan de zijde van volksgezondheid en gezondheidszorg bevatten de Landelijke Medische Registratie LMR, REVIS/SIVIS, het MORGEN-project, registraties van zorgverzekeraars en wellicht de (eenmalige) Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (NIVEL) databestanden die mogelijk voor koppeling in aanmerking komen; aan de zijde van de sociale zekerheid zouden het Informatiesysteem Medische Functie (GAK) alsmede het Ziektewet-Beleidssysteem (eneventueel soortgelijkesystemen bij zelf-administrerende bedrijfsverenigingen), alsmede de Registratie Individuele Gevalsbehandeling (GMD) in aanmerking komen voor eerste verkenning.

Tot besluit

In onderzoeksliteratuur worden sinds vele jaren vijf "domeinen" onderscheiden van waaruit ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid beïnvloed worden:

1. Persoonskenmerken en privé-situatie
2. De werksituatie
3. Sociale zekerheid: wettelijke en uitvoeringsaspecten
4. Volksgezondheid en gezondheidszorg
5. Algemeen maatschappelijke factoren.

Het eerst- en het laatstgenoemde domein zijn relatief moeilijk toegankelijk voor beïnvloeding door beleid, de drie tussengelegen domeinen lenen zich beter voor beïnvloeding door verschillende beleidsinstanties.

Onderzoek naar determinanten in de sfeer van volksgezondheid en gezondheidszorg is naar verhouding weliswaar kwalitatief en kwantitatief weinig ontwikkeld, maar levert toch een beeld op dat de meer nadrukkelijke positionering van WVC op het terrein van arbeidsongeschiktheid zoals die sinds enige jaren is geformuleerd alleszins rechtvaardigt. Immers, er zijn duidelijk aspecten van de volksgezondheid in het geding, terwijl de organisatie en werking van de gezondheidszorg en de daarin werkende hulpverleners duidelijke gevolgen hebben voor met name de duur van ziekteverzuim, respectievelijk de kans op WAO-toetreding.

Met dit onderzoek hopen wij een bijdrage te hebben geleverd aan een nadere plaatsbepaling en ontwikkeling van het WVC-beleid op dit terrein, in goede afstemming met andere betrokken departementen.

Literatuur

- Aarts, L.J.M. e.a., *Determinantenonderzoek WAO, Eindrapportage*, Sociale verzekeringsraad, Zoetermeer, 1987
- Bensing, J.M., D.H. de Bakker en J. van der Velden, *Hoe ziek is de WAO?*, Medisch Contact, 13-9-1991
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, *Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß*, Frankfurt/Main, 1992
- Buijs, P.C., *Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* (dissertatie), Stichting CCOZ, Amsterdam, 1984
- Dijk, P.C.M. van, en V.W.G. Hogervorst, *De belangrijke rol van de huisarts bij sociaal-medische begeleiding*, Medisch Contact nr. 22, p. 691-694, 1991
- Foets, M. en H. Sixma, *Basisrapport: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie*, Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, NIVEL, Utrecht, maart 1991
- Gemeenschappelijke Medische Dienst, *Statistische informatie 1991*, Amsterdam, 1992
- Gründemann, R.W.M., I.D. Nijboer en A.J.M. Schellaert, *Arbeidsgebondenheid van WAO-intrede, Deelrapport 1*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid/Gemeenschappelijke Medische Dienst, Den Haag/Amsterdam, 1991
- Heeten, W. den, H. Kaay, P. van Veen en T. Verschuren, *Preventie van ongeschikte arbeid - visie en aanbevelingen vanuit de preventieve ambulante geestelijke gezondheidszorg*, RIAM, Hoofddorp, 1987
- Hempenius, M., *Verzuim(d)beleid? Een inventarisatie van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim inspanningen binnen de directies van het Ministerie van WVC*, Ministerie van WVC, mei 1992
- Hullenaar, R.J.H. van 't, en D.B.J. van Koningsveld, *Afgebrand of afgedankt, een onderzoek naar oorzaken van arbeidsongeschiktheid* (dissertatie), Swets & Zeitlinger, Lisse, 1986
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Artsen en arbeidsongeschiktheid: Voortgangsrapport*, Utrecht, september 1992

- Lamers, H.J. en K.E. Groot-Büchli, *Communicatie tussen huisarts en verzekeringsgeneeskundige; een verkenning en experiment*, NHI, Utrecht, 1983
- Landelijke Huisartsenvereniging, *Basistakenpakket van de huisarts*, LHV, Utrecht, 1983
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Adviesaanvraag inzake sociaal-medische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen, aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid*, SZW, Den Haag, 18 juli 1983
- Ministerie van WVC, nota *Preventiebeleid voor de volksgezondheid - Praktische keuzen voor de jaren negentig*, Rijswijk, 28 oktober 1992
- Ministerie van WVC, *Nota 2000*, Leidschendam, 23 april 1986
- Ministerie van WVC, *Gezondheid met beleid - Nota Gezondheidsbeleid 1992*, Rijswijk, 6 december 1991
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake sociaal-medische begeleiding*, NRV, Zoetermeer, december 1987
- Philipsen, H. en R. Halfens, *Niet werken en gezondheid: een vergelijking van arbeidsongeschikten, vervroegd gepensioneerden en werklozen met werkende mannen*, Gezondheid en Samenleving, 4, 3, 161-168, 1983.
- Polak, B.S. en A.R.M. de Ruiter, *De begeleidende en conflict voorkomende rol van de huisarts bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Ziektewet, AAW/WAO)*, NTvG 128, 9, 408-412, 1984
- Prins, R., *Arbeidsongeschiktheid en gezondheidszorg: Een blik over de grenzen*, Medisch Contact 47, 48, 1416-1420, 1992.
- Prins, R., *Sickness absence in Belgium, Germany (FR) en The Netherlands; a comparative study* (dissertatie), Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, Amsterdam, 1990
- Schröer, C.A.P., *Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop* (dissertatie), Universitaire Pers Maastricht, 1993
- Sociale Verzekeringsraad, *Kroniek van de sociale verzekeringen, editie 1992*, SVr, Zoetermeer, 1992
- Soeters, J., *Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte, een onderzoek onder 213 langdurig zieke werknemers in Z-Limburg* (dissertatie), Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1983

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, *Arbeid, gezondheid en welzijn in de toekomst - Toekomstscenario's arbeid en gezondheid 1990-2010*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1991

Tordoir, W.F., M.M. van der Klaauw en C.M.J. van Manen-Boekestein, *Gezondheidszorg en lange ziekteduren*, NIPG/TNO, Leiden 1978

Vereniging van Revalidatiecentra in Nederland, bundel *Lustrumcongres Arbeid en Revalidatie*, Utrecht, december 1992

Wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV), SZW, Den Haag, 1992

Wetsvoorstel Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA), SZW, Den Haag, 1992

Wetsvoorstel houdende wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet, SZW, Den Haag, 1992

Wetsvoorstel Terugdringing Ziekteverzuim (TZ), SZW, Den Haag, 1992