

**Reïntegratie:  
'Ga terug naar af ...'**



**Dr J W Groothoff**

# Reïntegratie: 'Ga terug naar af ...'

Rede

in verkorte vorm  
uitgesproken bij de aanvaarding  
van het ambt van bijzonder hoogleraar  
Arbeid en Gezondheid  
in het bijzonder  
chronische ziekte en arbeidsongeschiktheid  
aan de *Rijksuniversiteit* Groningen

op dinsdag 22 januari 2002

door

dr Johan W Groothoff

Groningen 2002

Mijnheer de Rector Magnificus,  
Leden van het Bestuur van de Stichting Argonaut,  
Dames en heren hoogleraren,  
Docenten en staf van deze universiteit,  
Dames en Heren studenten,  
Familie, vrienden en collegae,  
en allen die door hun aanwezigheid van belangstelling blijken te geven,

Zeer gewaardeerde toehoorders,

De aanduiding 'arbeid en gezondheid' verwijst naar een balans tussen belasting en belastbaarheid die nastrevenswaardig is, maar nog niet is bereikt en ook nimmer bereikt zal worden. Dat laat onverlet dat handhaving van gezondheid in een gezonde arbeidsomgeving het doel is en blijft. Dat streven naar gezondheid lijkt zo vanzelfsprekend dat de aandacht voor de gezonde werknemer, en de determinanten van invloed op gezond zijn en blijven, in onderwijs en onderzoek zwaar zijn onderbelicht, en ook niet interessant worden bevonden.

Een goed voorbeeld daarvan is een college voor 4e jaars medische studenten; men vindt de patiëntencasus over de gezonde werknemer een vreemd onderwerp; ziekte en ellende is datgene waarvoor men wil worden opgeleid. Toch blijft gezondheidshandhaving en -bescherming een onderwerp, waarvoor artsen, en zeker sociaal geneeskundigen, een grote verantwoordelijkheid kennen. In dat verband valt te leren van werknemers die in gezondheid hun pensioen halen. De aandacht daarvoor is volstrekt afwezig, terwijl voorkómen zoveel beter is.

De titel van mijn oratie, 'Reïntegratie', verraadt al dat vandaag arbeidsongeschiktheid het voorwerp van aandacht is. 'Ga terug naar af...' verwijst naar een kanskaart van het monopoliespel. Kansen die er zijn voor reïntegratie, maar onvoldoende worden benut, omdat men nog teveel gevangen is in niet-werkzame procedures.

In de beschrijving van het WAO-probleem en daarmee ook bij het zoeken naar oplossingen worden vaak, te vaak, simpele oplossingen gehanteerd. Aanpak van arbeidsomstandigheden, onder verantwoordelijkheid van de werkgever, zou de oplossing bieden, of bijvoorbeeld het leggen van grotere risico's en verantwoordelijkheid bij het individu, of sturing via de sociale zekerheid met lage uiteringen. Een ontmoedigingsbeleid, gericht op één factor. Dat zijn oplossingen die

niet alleen aan borreltafels en in sportkantines kunnen worden beluisterd, maar ook onderwerp van serieuze bespiegelingen zijn in de politieke arena.

Juist in deze dagen mag reïntegratie zich weer verheugen in een grote politieke belangstelling. Maar niet zozeer de politieke standpunten over de WAO, als wel de achtergrond van de problematiek en de mogelijkheden van een reële succesvolle aanpak heeft mijn belangstelling, geënt op de gezondheidstoestand, de epidemiologie van arbeidsongeschiktheid, de sociale zekerheidswetgeving en de taak van de gezondheidszorg. Terug naar waar we nu staan, terug naar een eerste analyse, terug naar af.

## **Gezondheidstoestand in Nederland**

De gezondheidstoestand in Nederland is in vergelijking met andere Westerse landen goed. De levensverwachting bij de geboorte is bij mannen meer dan 75 jaar, en bij vrouwen bijna 81. De sterfte onder de leeftijd van 65 jaar, de zogenaamde vermijdbare sterfte, is relatief laag. Zo'n 15% van het cohort mannen in de beroepsleeftijd, komt vroegtijdig te overlijden, bij vrouwen is dit 10%.

In hoeverre die sterfte samenhangt met het beroep is niet of nauwelijks te achterhalen, omdat in Nederland in de doodsoorzakenstatistieken het beroep niet wordt geregistreerd. Koppeling van sterftegegevens aan andersoortige bestanden is vanuit oogpunt van privacybescherming niet eenvoudig, zo niet bijna onmogelijk. Daarmee gaat een belangrijke bron van kennis en inzicht in de relatie tussen arbeid en gezondheid verloren.

Op basis van gegevens van het CBS en van het Sociaal Cultureel Planbureau weten we dat het welbevinden in Nederland als hoog wordt ervaren. 85% voelt zich gezond en tevreden, en in de beroepsleeftijd verschilt dat niet opvallend van andere leeftijdscategorieën.

Dan blijft het opvallend dat we in Nederland kampen met een hoog arbeidsverzuim, en met een gigantische omvang van het aantal arbeidsongeschikten van bijna een miljoen, inclusief vroeggehandicapten en zelfstandigen. Met stip het hoogste van West Europa, 2 tot 3 maal zo hoog als in de ons omringende landen.

Hier blijkt een duidelijke paradox tussen gezondheidstoestand en arbeidsongeschiktheid. Scherp gesteld: Nederland is gezond, maar werkt slechts gedeeltelijk. In dat verband is de noodkreet van Lubbers in de jaren tachtig, "Nederland is ziek en kan niet werken", begrijpelijk.

## Omvang arbeidsongeschiktheid

Op het eerdergenoemde aantal van 1 miljoen arbeidsongeschikten valt het nodige af te dingen, maar het benadert toch in redelijke mate de omvang. Dat betekent dat zo'n 13% van de beroepsbevolking vanwege ziekte niet of slechts gedeeltelijk aan het arbeidsproces deelneemt, en dat het hier vooral een blijvende en niet een tijdelijke situatie betreft.

In dit verband is het aantal jaren ongeschiktheid in de beroepsleeftijd een interessante indicator. Het RIVM heeft in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen berekeningen uitgevoerd over het aantal ongezonde levensjaren, over Disability Adjusted Life Years, maar daarin worden als basis de lichamelijke beperkingen genomen. Geen gebruik wordt gemaakt van WAO-cijfers. Uit eigen onderzoek in de beginjaren tachtig bleek dat van het totaal aantal arbeidsjaren 25% verloren ging aan verzuim, maar vooral aan arbeidsongeschiktheid met een duur van langer dan een jaar. VUT en vervroegde uitrederegelingen nadien hebben een positieve invloed op dit percentage gehad.

De gemiddeld lange duur van arbeidsongeschiktheid in aanmerking genomen komt dat losjes berekend ook nu nog neer op een verlies van rond de 20% van de totale arbeidstijd.

Dat betekent dat in een arbeidsleven van 40 jaar gemiddeld 8 jaar niet wordt gewerkt wegens arbeidsongeschiktheid. Anders gesteld: van elke potentiële werkweek van 5 dagen gaat één dag verloren aan verzuim of arbeidsongeschiktheid.

Een beschrijving van de in- en uitstroom van de WAO, gespecificeerd naar kenmerken van de populatie, geeft een verfijnder beeld. Die gegevens zijn ook noodzakelijk voor een risicoprofilering en een daaraan te verbinden aanpak qua preventie en reïntegratie.

De meest recente cijfers vertellen ons dat jaarlijks meer dan 100.000 personen de WAO instromen, en dat de uitstroom 75.000 bedraagt; een netto aanwas per jaar van zo'n 30.000. Mocht u de illusie koesteren dat die 75.000 gereïntegreerd worden, wel, die hoop ontnem ik u. Herstel vindt slechts bij 25% plaats, dan is er nog 10% die via herbeoordeling de WAO verlaat, de rest doet dat vooral via het behalen van de pensioengerechtigde leeftijd (40%), of overlijden (12%).

Betrokken op de totale WAO-populatie is het reïntegratiepercentage slechts een schamele 3-4%, een percentage dat al jaren onveranderlijk blijft.

De werkelijke cijfers, dat moet wel worden benadrukt, zijn iets gunstiger, omdat een partiële reïntegratie, met een gedeeltelijke arbeids-ongeschiktheidsuitkering, niet in bovengenoemde herstelcijfers zijn betrokken.

Die bijna 1 miljoen arbeidsongeschikten op een beroepsbevolking van zo'n 7 miljoen is overigens nog geen collectebusfonds waard gebleken. Honderdduizend nieuwe arbeidsongeschikten per jaar, 400 per werkdag, 50 per uur, 1 per minuut is daarvoor niet voldoende. Stelt u zich voor dat we getroffen werden door een ramp, elk jaar weer, met 100.000 slachtoffers in de beroepsleeftijd, waarvan slechts een klein gedeelte weer aan het werk komt. En let op, met in de WAO een fors hogere sterftekans. Maar hier geen noodfonds, hulptroepen, inzamelingsacties. Het deert ons niet, we aanvaarden het als een normaal risico, evenals de lage reïntegratiekans.

Dan blijft de situatie ver, ver weg die ons zo schitterend in een recente Achmea-reclamespot wordt voorgespiegeld: Nederland telt slechts één arbeidsongeschikte, die over belangstelling niet te klagen heeft. En de verantwoordelijken worden opgepord tot actie, waaronder die ene burgemeester. Nu heeft een burgemeester bij een gemeentegrootte van 25.000 inwoners meer dan 1500 arbeidsongeschikten als medeburger, teveel om in actie te komen.

Overigens wordt in het gezondheidsbeleid van de Nota 2000 en met als uitgangspunt Health for All in the Year 2000 aan de vermindering van het aantal arbeidsongeschikten wel enige aandacht besteed, zij het impliciet.

Het gemiddeld aantal jaren dat mensen vrij zijn van ernstige ziekte en invaliditeit moet volgens een doelstelling met tenminste 10% toenemen. Dat betekent met het jaar 1985 als startpunt dat het toenmalige aantal van 600.000 arbeidsongeschikte werknemers zou moeten zijn geslonken tot onder de 550.000. Een ijdele doelstelling, getuige de bijna 750.000 arbeidsongeschikte werknemers nu.

Groei en vergrijzing van de beroepsbevolking vormen een gedeeltelijke verklaring, maar bij lange na niet voldoende om de continue aanwas te rechtvaardigen. Ook een parlementaire enquête heeft niet geholpen om het tij te doen keren.

De enige doelstelling vanuit Health for All gericht op arbeid, en waarin wordt gesteld dat de bevolking doeltreffend beschermd dient te zijn tegen gezondheidsrisico's in de arbeidssituatie, verwordt hier tot een loze strijdkreet.

## **Risicogroepen**

Wat zijn nu de risicogroepen voor intrede in de WAO.

De kans per jaar om WAO-gerechtigd te worden is bijna 1.5%. In een beroepsleven van 16 tot 65 jaar nadert dat de 75%, en bij een arbeidsleven van 40 jaar de 60%. Dat betekent dat de meerderheid van de Nederlandse beroepsbevolking niet in gezondheid de pensioengerechtigde leeftijd haalt. Optrekken van die leeftijdsgrens en afschaffing van VUT-regelingen zal dat percentage verder opstuwten. Dat doorwerken tot het 70e jaar zal slechts aan een minderheid zijn voorbehouden, met name het volk hier getooid met toga en baret, de echt sterken onder ons.

Bij vrouwen ligt, in vergelijking met mannen, de kans op arbeidsongeschiktheid iets hoger, ook na correctie voor opleiding. Op die hogere kans is een veelheid aan hypothesen losgelaten, of, beter gesteld, stand- en strijdpunten. Oorzaken zouden liggen in een grotere belasting door een veelheid aan taken, een lagere belastbaarheid, slechtere arbeidsomstandigheden, minder regelmogelijkheden, ander keuringsgedrag, en noem maar op. Alle waarschijnlijk met een gedeeltelijke kern van waarheid.

Meer dan geslacht laat de sociaal-economische status, als indicator van zowel arbeids-, maatschappelijke en private omstandigheden, grote verschillen zien in kans op arbeidsongeschiktheid. Bij personen met een lage sociaal-economische status is het risico  $\pm 8$  keer zo hoog als bij personen met een hoge sociaal-economische status; dan mag men spreken van een grote mate van maatschappelijke ongelijkheid.

## **Determinanten van arbeidsongeschiktheid**

Deze schets van de gezondheidstoestand en de voornoemde paradox maken duidelijk dat de relatie niet enkelvoudig is, maar dat er meer determinanten bij arbeidsongeschiktheid van belang moeten zijn dan alleen ziekte. Bij analyse van de verzuimliteratuur wordt duidelijk dat bijna elke factor die wordt ingebracht op een of andere manier mede een gedeeltelijke, zij het vaak beperkte verklaring vormt.

Naast gezondheid zijn de belangrijkste, de persoon -en dan vooral motivatie en coping-vermogen-, arbeid naar aspecten van inhoud, omgeving, verhoudingen en voorwaarden, gezondheidszorg, wetgeving, en uiteraard cultuur en maatschappelijke omgeving. Het belang dat aan arbeid wordt toegekend en opvattingen over niet werken, over verzuim zijn daarvan belangrijke onderdelen.

## **Begrip ziekte**



Toch blijft het begrip ziekte van fundamenteel belang bij de bepaling van arbeidsongeschiktheid. Echter, zowel ziekte als arbeidsongeschiktheid, kennen meerdere dimensies. Omdat die essentieel zijn in de beschrijving van de problematiek, als ook bij het vinden van oplossingen, wil ik hier uitgebreid bij stilstaan.

Om te beginnen, in de wetgeving inzake 'ziektewet' en WAO, geldt ziekte als noodzakelijke voorwaarde voor het recht op uitkering. Het fraaie aan dit begrip is dat niet nader is gepreciseerd wat onder ziekte mag worden verstaan. Stelt u zich voor dat in een overlijdensverzekering -inclusief de kleine letters- niet nader omschreven staat wat nu precies onder overlijden wordt verstaan. Dan helpen alleen wijze mannen, hier met name hoogleraren in de geneeskunde. Vanaf de introductie van de Ziektewet in 1930 hebben commissies over het begrip ziekte en later over arbeidsongeschiktheid hun hoofd gebogen, echter zonder noemenswaardig resultaat. Zo kennen ook professoren hun beperkingen.

Dat maakt wel duidelijk dat ziekte en arbeidsongeschiktheid ingewikkelde begrippen zijn; daarvan getuigen ook de glazige blikken die ik waarneem wanneer in collegezaal of in congrescentrum studenten of medisch specialisten door mij dienaangaande worden bevroegd. Na enkele tellen lijkt men bevangen te worden door een totale wanhoop, en dat na jaren en jaren studie, met ziekte als hoofdonderwerp.

De tegenhanger van ziekte, gezondheid, biedt ook niet echt een oplossing, omdat daarin het brede arsenaal van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden wordt benadrukt. Meer een streefdoel, een ideaal, dan bereikbaar voor een gewone sterveling. Consequent geredeneerd zijn we nooit gezond, en altijd een beetje meer of minder ongezond, misschien wel altijd min of meer ziek. Dan voldoen we allen zoals we hier zitten aan de noodzakelijke voorwaarde.

Uit uw aanwezigheid blijkt dat dat geen voldoende voorwaarde is. Nogmaals: ziekte en niet kunnen werken zijn volstrekt niet synoniem.

Voor de persoon is het ziektegevoel bepalend; daarop wordt beslist of men de dokter bezoekt, of men zich ziek meldt voor het werk. Betekenisverlening aan ziekte en aan verzuim geschiedt door cultuur en maatschappelijke omgeving. Aspecten van onwelbevinden als het uit evenwicht zijn, tegenslag, lichamelijke ongemakken, functiestoornissen, en ook conflicten zijn, zonodig onder de vreemde noemer van situationele arbeidsongeschiktheid, hier voldoende reden voor ziekmelding, en worden ook als zodanig beleefd en gebruikt.

De dokter neemt ziektegevoel als uitgangspunt en toetst dat aan zijn kennis van disease, van ziekte. Die begrippen sluiten verre van naadloos op elkaar aan. De wetgever lijkt de dokter tegemoet te komen door het begrip medisch objectiveerbaar als aanvullende eis te stellen. Maar wat is dan medisch objectiveerbaar; is dat iets

anders dan het begrip disease, en mag daarmee de klacht worden ontkend?

Discussies over de zogenaamde modeziekten, als fibromyalgie, en het chronisch vermoeidheidssyndroom, maken duidelijk dat er een kloof gaapt tussen de realiteit van de patiënt en het toetsingskader van de dokter. Medische objectiviteit is een overschatting van de mogelijkheden van de dokter, van de medische wetenschap, en een ontkenning van de dagelijkse werkelijkheid. Ter herinnering, het is nog niet zo lang geleden dat een psychische aandoening onvoldoende grond vormde voor recht op uitkering.

En dan nog, op grond van de vaststelling van ziekte kan een arts niet simpel vaststellen of iemand in staat is tot arbeid en in welke mate. Daarvan getuigen de grote verschillen in arbeidsparticipatie tussen personen met dezelfde aandoening, mede gebaseerd op de grote variatie in uitspraken door artsen.

Toch is het vanzelfsprekend dat ter bewaking van de toegang tot de collectieve voorzieningen een indicatieorgaan als poortwachter moet fungeren. Echter, mensen die aankloppen bij de poort verschillen, in klachtpresentaties, in op welke beperkingen de nadruk wordt gelegd, in coping vermogen, in belangen. Dat betekent een zekere mate van beslissingsvrijheid. Wat vermag de poortwachter hier?

Die taak van de arts is verre van eenvoudig, temeer daar het merendeel van de aangeboden problematiek geen duidelijke medisch aantoonbare oorzaak kent, die verzuim ontegenzeggelijk noodzakelijk maakt. Slechts bij 10-15% van alle verzuimmeldingen is de noodzaak tot verzuim overduidelijk, het zogenaamde witte verzuim. Ook dan is er nog enige situatiegebonden beslissingsvrijheid, denk bijvoorbeeld aan ziek zijn op de huwelijksdag, ik wens het Willem Alexander niet toe. Het overgrote merendeel van het verzuim -zo'n 80%- wordt aangeduid met grijs, dat wil zeggen dat de klachten verzuim aannemelijk maken, maar dat er een zekere en soms een ruime mate van interpretatieruimte is.

Hier, in het verband van reïntegratie en ook van de poortwachtersfunctie is eigenlijk alleen het langer durend verzuim interessant. Van het kortdurend verzuim moet de dokter maar liever afblijven.

## **Duiding functies**

Voor zover terugkeer naar eigen werk niet meer mogelijk is en dus andere functies moeten worden geduid komt het begrip passende dan wel gangbare arbeid centraal te staan.

Naast ziekte en arbeidsongeschiktheid heeft ook het begrip arbeid een politieke lading. Moest er nog niet zo lang geleden rekening worden gehouden met nabijheid van werkplek en met voorgaand beroep en opleiding, op dit moment mag er breder gedacht worden.

Ja, aanwezig, bij gebleken ongeschiktheid voor uw huidige werk kunt u bemiddeld worden, of, zo u wilt, veroordeeld worden tot schoffel of snoeischaar in het Stadspark, arm stadspark.

Uw percentage arbeidsongeschiktheid zal dan voor de meesten hier hoog zijn, omdat dit bepaald wordt op basis van hetgeen u vroeger verdiende -tot een zeker maximum- en dat wat u nu nog kunt verdienen.

De gevolgen van ziekte en de eisen vanuit arbeid in dezelfde eenheden uit te drukken en onderling te koppelen is verre van eenvoudig. Voor de classificatie van de gevolgen van ziekte voor arbeid biedt de ICIDH -de classificatie van stoornissen, activiteiten en participatie- te weinig mogelijkheden. Wel worden daarin de belangrijke functiedomeinen aangeduid, maar die zijn niet voldoende toegespitst op deelaspecten van arbeid. Beter toepasbaar is het Functie Informatie Systeem, waarin beperkingen worden uitgedrukt in termen van aard, zoals bukken, tillen, knielen, en in duur en frequentie waarin die activiteiten kunnen worden verricht. Echter, in de dagelijkse praktijk mag dit een redelijk hanteerbaar instrument vormen, er schort het nodige aan de betrouwbaarheid en validiteit. Voor klachten met een duidelijke psychosociale component, en dat lijkt de meerderheid zo langzamerhand, is dit instrument niet echt geschikt.

Ook nieuwe en waarschijnlijk betere systemen als bijvoorbeeld het Claim Beoordelings- en Borgings Systeem en de Functionele Mogelijkheden Lijst zullen ongetwijfeld hun beperkingen blijven kennen.

Bij de koppeling aan functies is onduidelijk of enige overbelasting op één of een beperkt aantal aspecten toelaatbaar is. Hier wordt de schijnzekerheid van de aangeduide beperkingen te veel als absolute waarheid beschouwd.

Bovendien maakt men zich -en naar ik meen ten onrechte- veel meer zorgen over een lichte vorm van overbelasting, dan over een continue onderbelasting op een veelheid van taakaspecten.

Uit het voorgaande mag blijken dat de aanduiding van beperkingen en het duiden van functies evenzeer een ruime mate van beslissingsvrijheid kent van de beoordelaar, als die welke ik eerder aangaf bij de besluitvorming tot niet werken door de werknemer. Ook hier kennen we een ruime mate van interpretatievrijheid zonder een betrouwbaar toetsingskader.

Die beslissingsvrijheid is er niet alleen bij bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige, maar ook bij huisarts en klinisch specialist. En er worden door

laatstgenoemden nogal wat goedbedoelde, maar weinig onderbouwde adviezen richting patiënt gedaan. Niet vreemd, als men weet dat in richtlijnen het aspect arbeid eigenlijk wordt verzwegen.

Een laatste stap in dit proces betreft het in beroep gaan over de beslissing ten aanzien van arbeidsongeschiktheid. In die procedure wordt opvallend genoeg de klinisch specialist als deskundige aangezocht om aan te geven welke beperkingen bij een specifiek gezondheidsprobleem horen. Zonder de integriteit van de specialist in twijfel te willen trekken, kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij diens deskundigheid over de gevolgen van welke ziekte ook, ten aanzien van arbeid. In de basisopleiding en ook in de specialisatie wordt daaraan in ieder geval geen aandacht besteed, noch verschijnen er vanuit die hoek regelmatig publicaties over dit aspect.

Is er geen heldere besluitvorming aanwezig dan is de tendens in een rechtsstaat om de rechter om uitsluitel te verzoeken, ter bescherming en tot garantie van het hoge goed van rechtszekerheid. Mede door eigen onvermogen wordt de gezondheidszorg in de bepaling van arbeidsongeschiktheid gedeeltelijk buitenspel geplaatst.

Het mag duidelijk zijn dat onder de noemer van arbeidsongeschiktheid veel maatschappelijke problematiek en ook maatschappelijk ongenoegen wordt gekanaliseerd. Bepaling van arbeidsongeschiktheid is mede door politiek ingrijpen aan continue veranderingen onderhevig. Tel daarbij ook nog de overwaarding voor wat de geneeskunde en haar beroepsbeoefenaren vermogen. Dan wordt duidelijk dat we met arbeidsongeschiktheid een weinig transparant en gedeeltelijk ook een niet-medisch onderwerp behandelen, waarvoor de artsen -in feite de eerstverantwoordelijken- onvoldoende zijn toegerust.

Met die problematiek wordt de beroepsgezondheidszorg, zeg bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen, maar ook deskundigen als bedrijfs-verpleegkundigen, arbeidsdeskundigen en anderen, opgezadeld.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat ter bepaling van arbeidsongeschiktheid het ontbreekt aan een heldere begripsbepaling, en aan een gefundeerd instrumentarium, inclusief een hanteerbaar wetstechnisch kader.

Maar dan tegelijkertijd wel grotelijks verwijten van vooral politieke herkomst in ontvangst moeten nemen, dat er onvoldoende en niet scherp wordt geïndiceerd om aldus de instroom te beperken. En de uitstroom zou te stimuleren zijn via een veelheid aan herkeuringen, ook na jaren van vertoeven in de WAO. Herkeuringen kennen hetzelfde euvel; bovendien is het nut van die herkeuringen gering.

Waarom laat de beroepsgezondheidszorg zich voor een politieke kar spannen, voor problematiek waarvoor men nauwelijks is toegerust? Het gebrek aan kennis en ook aan wetenschappelijke fundering, de afwezigheid van een heldere taakomschrijving, het niet aangeven waar de grenzen van het vak zich bevinden, een lage status,

kortom een gebrek aan beroepsidentiteit -en dan vooral bij verzekeringsgeneeskundigen- is hier waarschijnlijk mede debet aan. Er lijkt een keer ten goede te komen met het in eigen professie ontwikkelen van standaarden en protocollen. Dat lijkt me ook de aangewezen weg om een weerwoord te formuleren, en om de aanwezige kennis over arbeid en gevolgen beter te benutten.

## **Taak gezondheidszorg bij arbeidsongeschiktheid**

Terug naar af, terug naar de gezondheidszorg.

Bij een benoeming in een Faculteit der Medische Wetenschappen mag men verwachten dat het aspect gezondheidszorg extra aandacht krijgt. Ik stelde zoëven al dat bij de toegang tot collectieve voorzieningen een poortwachter behoort te functioneren, toegerust met zo nodig een wapenstok en helmbaar als instrumentarium.

Hoe is die poortwachtersfunctie heden ten dage in Nederland opgetuigd?

In ieder geval niet duidelijk en helder, ja eigenlijk slecht.

Dat wordt vooral veroorzaakt door de scheiding van zorg en begeleiding die we hier in Nederland kennen.

Zo fungeert de huisarts als poortwachter van de zorg, maar ook gedeeltelijk bij verzuim, getuige het takenpakket. In de toegang tot loondervingsuitkeringen wegens ziekte en arbeidsongeschiktheid is de primaire taak weggelegd voor de arbodienst c.q. de bedrijfsarts en daarna de verzekeringsgeneeskundige.

Dat maakt samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts noodzakelijk, zeker bij de begeleiding van verzuim van wat langere duur. Nu is de wijze van samenwerking verre van eenduidig, mede veroorzaakt door hoge werkdruk, het niet breed aanvaarden van covenant en protocollen, soms het gebrek aan goede wil, en ook het wederzijds gebruik van karikaturen. De respectievelijke beroepsgroepen zijn niet ingesteld op samenwerking; zie het aan regels gebonden zijn van informatieoverdracht, en het feit dat de huisarts het beroep van de patiënt niet verplicht registreert. In regionale samenwerkingsverbanden, geïnitieerd bij goedwillende huis- en bedrijfs-artsen blijkt de samenwerking in de praktijk moeizaam, zo blijkt ook uit een promotie-onderzoek dat momenteel bij ons wordt verricht. Dit ondanks een covenant, en ondanks protocollen.

En toch heeft de gemiddelde huisarts 150 WAO-ers in de praktijk, en komen er elk

jaar 15 nieuwe bij.

## **Visie op ongeschikt en op arbeid**

De achtergrond van de problematiek is hiermee voldoende geschetst.

Tijd nu voor een visie op 'ongeschikt' en op arbeid.

Te veel wordt gedacht dat arbeidsongeschiktheid een zeer langdurige vakantie betreft, een paradijselijke situatie waarnaar we in feite allemaal verlangen. Echter, vanuit oogpunt van gezondheidsbescherming is de positie van arbeidsongeschikte verre van benijdenswaardig. Laag op de maatschappelijke ladder, voor velen een toestand van continue onderbelasting, een gebrek aan zingeving, verplichtingen om zich ten behoeve van de naaste omgeving te legitimeren met ziektegedrag, is niet direct bevorderlijk voor de gezondheid.

Het is reëler en het dient uiteindelijk meer de gezondheid om een arbeidsongeschikte -zeker in de beginjaren van arbeidsongeschiktheid- te zien als een gedevalueerde, gedepriveerde burger, maar dan wel die positie als onacceptabel te beschouwen. Duidelijker nog: het volwaardig burgerschap wordt door arbeidsongeschiktheid, door niet-werken, fundamenteel aangetast.

Of, zoals Van den Heuvel het in zijn recente oratie stelde: er is sprake van discriminatie, uitsluiting en achterstelling.

Met nadruk wil ik wijzen op het recht op arbeid, een gegarandeerd sociaal grondrecht. In dat verband is het een schandaal, een wezenlijk sociaal onrecht, dat wij in Nederland niet in staat zijn om daaraan voldoende invulling te bieden. Nog meer dan nu zal dit polderland model moeten staan voor recht op arbeid, en niet alleen voor mensen recht van lijf en leden, maar voor hen die qua gezondheid in een achterstandssituatie verkeren.

Juist voor mensen met een chronische aandoening, met een beperking, is het recht op arbeid geformuleerd; daar moeten de inspanningen als eerste op worden gericht. Dat is ook de aanbeveling van de commissie Albeda, vanuit het perspectief van vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Nu vervult deze categorie een bufferfunctie voor de arbeidsmarkt. Bij vraag naar arbeid wordt op het reservoir een serieus beroep gedaan, om bij een stagnerende economie het stuwmeer arbeidsongeschikten weer ruim te kunnen vullen.

Een nog pregnanter voorbeeld hoe we het recht op arbeid aan onze laars lappen is de wijze waarop aan de sociale werkvoorziening inhoud wordt gegeven. Personen met een ernstige arbeidshandicap staan op een jarenlange wachtlijst. De sociale werkvoorziening zelf is tot productiebedrijf geworden dat moet kunnen concurreren. Personen met een ernstige handicap zijn dan niet de meest aantrekkelijke werknemers. Daarnaast is doorstroming naar het zogenoemde vrije bedrijfsleven veelal een illusie. De sterke beperking van het aantal arbeidsplaatsen als politieke optie, mag als een fundamentele aantasting van een grondrecht worden betiteld.

Het grote aantal personen met een chronische ziekte dat zich geschikt acht voor werk en graag wil werken, en bij wie het niet lukt om een arbeidsplaats te realiseren, moet ons met grote zorg vervullen. Bij die categorie volstaat de reguliere wijze van arbeidsbemiddeling niet. Een meer intensieve benadering met continue ondersteuning biedt hier mogelijkheden, getuige een binnenkort af te ronden promotieonderzoek bij ons.

Werk mag soms als een noodzakelijk kwaad worden gezien, maar werk, zo blijkt steeds weer, biedt wel bij uitstek de mogelijkheden voor structuur in tijdsbesteding, voor inkomen, voor status, en ook voor ontplooiing, plezier en creativiteit. En zonder werk geen vrije tijd.

Dat betekent allerm minst dat arbeid over de gehele linie tegemoet komt aan de eisen die aan menselijke arbeid mogen worden gesteld, en synoniem is met de hier gebruikte termen als ontplooiing en creativiteit. Wel komt de Arbeidsomstandighedenwet -gericht op de bescherming en handhaving van gezondheid, veiligheid en welzijn van werknemers- hieraan tegemoet door te stellen dat arbeid aan de persoonlijke eigenschappen van de werknemer moet zijn aangepast.

Aan de werknemer worden echter steeds hogere eisen gesteld die niet in overeenstemming zijn met de Arbwet, niet vallen onder de noemer van humane arbeid, en zeker niet sporen met de opvattingen van aspirant-werknemers. Uit interviews met scholieren komt naar voren dat verwacht wordt dat werk veel afwisseling en veel vrijheid biedt, plezierige collega's, hoge verdiensten, en ook veel vrije tijd.

Dat is niet de realiteit. Aan arbeid is nog steeds een veelheid aan inconveniënten verbonden, zoals weinig regelmogelijkheden, zwaar werk, emotionele belasting en werkdruk.

Arbeid, zo wordt wel eens treffend gesteld, is topsport. Dan is een lang arbeidsleven een illusie, en een terugkeer na uitval een droombeeld.

Hoe leren we de burger dat de ideaaltyping van arbeid een fictie is; dat werk

gepaard zal blijven gaan met fricties, met stress, moeilijke chefs en collega's, nare klanten, veel overleg, saaie routines, en met soms weinig ruimte voor eigen inbreng.

Voor de constatering dat werk steeds meer een vorm van topsport is, kan de hoge arbeidsproductiviteit als richtinggevende indicator gelden. De gevolgen daarvan, in casu de kosten, worden afgewenteld, het liefst collectief, maar behoren wel expliciet tot de kosten van arbeid.

Dat laat onverlet dat zeker een nadere bezinning op tempo en werkdruk, het dagelijkse informatiebombardement dat niet gebonden is aan 8 werkuren, het continu bereikbaar willen en moeten zijn, hier vereist is. De consequenties zien we in de toestroom van personen met een burn-out syndroom.

Een weinig hoopvol stemmend voorbeeld in dit verband is de enquête die ik ieder jaar bij 4e jaars medische studenten verricht; en ieder jaar blijkt weer dat 65-70% zich soms, vaak, of voortdurend moe voelt, en dat voor 22-23 jarigen, minder dan een maand na de zomervakantie. Die percentages zijn verontrustend en lijken onvergelijkbaar hoger dan in vroegere jaren.

Een oordeel over arbeid is niet alleen tijd- en cultuurgebonden, en wordt naast belasting bepaald door belastbaarheid. Zo moet rekening worden gehouden met het feit dat een werknemer niet leeftijdsloos is, maar tijdens het arbeidsleven duidelijk in belastbaarheid verandert. In dat verband is het goed om te wijzen op de teruggang in fysieke belastbaarheid. Daar komt bij dat we, los van leeftijd, voor een belangrijk deel een bewegingsarmoedig, bewegingsloos, afwachtend volkje worden, loerend naar pc en tv, en met geen stok in enige richting te bewegen.

Dan kan het voorkomen dat nu meer mensen dan 10 jaar geleden aangeven dat arbeid fysiek zwaar is.

## **Sociale zekerheidswetgeving bij arbeidsongeschiktheid**

De WAO heeft mede gediend om fricties op de arbeidsmarkt op te lossen. Met aller instemming, mede ingegeven door een relatief gunstige financiële ondersteuning, is een WAO-uitkering dan een ideale politieke oplossing. Het saneert het werkloosheidsprobleem. Het maskeert overigens wel de omvang van zowel werkloosheid als van arbeidsongeschiktheid, en de oplossingen die daarbij horen.

Tegelijkertijd en eigenlijk daarmee in tegenspraak wordt het vangnet van sociale zekerheid als een bovenmatige luxe gezien, te comfortabel en te gerieflijk, en voor een ieder een open uitnodiging om vooral bij dat leger aan te sluiten. Uiteraard is de sociale zekerheidswetgeving met recht op uitkering bij beroeps- en sociaal risico, mede bepalend voor de omvang.



Te eenzijdig belicht de politiek de kosten van sociale zekerheid; te weinig worden de baten over het voetlicht gebracht. Niet vergeten mag worden dat sociale zekerheid in hoge mate bijdraagt aan volksgezondheid, meer nog dan gezondheidszorg.

Een stabiele structuur, vrede en veiligheid, basisinkomen, onderwijs, huisvesting en uiteraard gezondheidszorg, hebben zeer gunstige effecten op de bestaanszekerheid en gezondheid van mensen.

Sociale zekerheid en gezondheidszorg dienen hetzelfde doel, hoewel dat vanuit de politiek niet altijd breed wordt gedragen en verwoord. VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid zouden één kernministerie moeten vormen, met als resultaat een betere afstemming van beleid. Dan zou meer oog komen voor de effectbepaling van maatregelen in de sociale zekerheid in termen van gezondheid. Mogelijk leidt dit ook tot meer continuïteit en rust in beleid, en minder tot bezweringsformules en het over elkaar heen buitelen van steeds weer nieuwe voorstellen en regels.

Uiteraard moet scherp op de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid worden gelet, maar het gevaar bestaat dat ook hier collectieve uitgaven als pure kosten worden gezien. Ken in dit verband ook de discussies over gezondheidszorg en zelfs onderwijs, waarbij de baten te weinig werden en worden benadrukt. Private financiering lijkt bij een dergelijke benadering weer een politieke optie. Maar misschien leren we toch nog eens, dat aan privatisering ook vele nadelen kleven.

In de toewijzing van middelen is overigens preventie, arbeidsreïntegratie en vooral ook onderzoek onderbedeeld. 1% voor onderzoek zou niet teveel gevraagd zijn, dat is overigens nog altijd een leuke 15 miljoen euro. Voor onderzoek in ons eigen instituut ben ik voorlopig tevreden met per jaar 1 euro per werknemer, al of niet arbeidsgeschikt.

## **Voorwaarden voor succesvolle reïntegratie**

De hoofdopdracht voor vandaag is reïntegratie; terug naar arbeid.

Wil reïntegratie succesvol zijn, dan vereist dat een wetenschappelijke onderbouwing van proces en effect, en ondersteunend personeel dat qua opleiding en vorming voldoende is toegerust.

Belangrijke elementen in een succesvolle aanpak vormen een vroegtijdige risicoprofilering, een integrale benadering en een beter casemanagement.

## Risicoprofilering

De populatie met succesvolle reïntegratie vanuit de WAO valt te typeren als jong, hoog opgeleid en slechts kort vertoevend in de WAO. De diagnose is eigenlijk weinig onderscheidend; dat laat onverlet dat de therapie gedeeltelijk diagnosegericht zal moeten zijn.

Ouderen, en laag opgeleiden, -de hoofdmoot van de uitkeringsgerechtigden- hebben weinig kansen. Willen we die kansen vergroten dan moet gemikt worden op reïntegratie in een vroeger stadium, al vroeg in het zogenaamde ziektejaar. Daarbij behoort onverbreekelijk een vroege signalering.

Een risicoprofiel zoals bijvoorbeeld ontwikkeld door TNO in opdracht van Achmea is daarbij van eminent belang. Die risicogroep valt naar persoon en naar bedrijf al vroeg te duiden op basis van kenmerken als:

- oudere leeftijd
- belastende arbeidssituatie en slechte werkomstandigheden
- langdurig verzuim in de voorafgaande 2 of zelfs 5 jaar, en
- naar de mening van betrokken werknemer en/of bedrijfsarts een verwachte lange duur van het huidige verzuim.

In de aanpak mag onderscheid worden gemaakt naar leeftijd. Naar mijn mening is bij jongeren de eis dat werk moet, koste wat het kost. Bij personen met een arbeidsleven van meer dan 25 jaar blijft dat ook het streven, maar is de eis minder stringent. Uiteraard wel met het doel om de reïntegratiekans sterk te verhogen, die momenteel bij 35-plussers minder dan 10% is en bij 55-jarigen en ouder zelfs minder dan 1%.

## Rol arts bij arbeidsreïntegratie

In de reïntegratie is en blijft een centrale rol bij artsen, echter onduidelijkheid bestaat over de inhoud. Eigenlijk bevinden we ons hier op een tweesprong van keuzen. Of we beperken ons sterk tot een medische oorzaak van arbeidsongeschiktheid, met een onweerstaanbare druk vrees ik, om nog meer dan nu allerlei problemen te medicaliseren, of we hebben oog voor de realiteit, waarin op basis van een groot scala aan disfunctioneren een beroep kan worden gedaan op een uitkering vanwege verzuim dan wel arbeidsongeschiktheid.

Die laatste optie waarvoor ik vanuit een sterk realiteitsbesef wel moet kiezen betekent dat de rol van de arts aan herdefiniëring toe is. Oplossingen voor de aangeboden problematiek liggen maar voor een beperkt gedeelte bij medici. Personeelsbegeleiding, psychologen, mediators bij conflicten, en andere reïntegratiedeskundigen zullen meer dan een steentje kunnen en moeten bijdragen.

Gewaakt moet worden voor een individualisering van de problematiek. Aan de beroepsgezondheidszorg de taak om gemeenschappelijke kenmerken van populatie en arbeidsomgeving te signaleren, als risicofactor en als succesfactor.

## **Casemanagement**

Voor de bedrijfsarts en de verzekeringsgeneeskundige zal een zwaardere rol moeten liggen in het management van de arbeidshervatting. Daar valt veel winst te halen. Die regiefunctie vergt een vrije toegang tot informatie. Wat mij voor ogen staat is een vroege signalering en een intensief begeleidingstraject met een oplossingskoers voor ogen en met een geïnformeerde casemanager aan het roer.

Het verbaast me steeds weer met hoe weinig steun en begeleiding, en met welk volslagen gebrek aan casemanagement de langdurige verzuimer in het algemeen wordt omringd. Nog steeds, zo blijkt uit rapportages, komt een hoog percentage personen met slechts een enkel contact met bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige in de WAO terecht. Dan kan men niet spreken van kwalitatief hoogwaardige zorg.

Stelt u zich voor dat we in ziekenhuiszorg en revalidatiezorg een chronisch zieke patiënt slechts een enkele keer als onderwerp van bespreking kennen. Iedere instelling en beroepsbeoefenaar zou wegens ontbreken van kwaliteit aangeklaagd worden, niet dus in arbeidsongeschiktenland. Dat is ook moeilijk omdat niet algemeen aanvaard is wat hier optimale zorg is.

Niet te weerspreken blijft het tekort aan belangstelling aan en investering in de arbeidsongeschikte. Dat valt niet te wijten aan het feit dat aan verzuim of arbeidsongeschiktheid geen maatschappelijke kosten zijn verbonden, in totaal geschat op zo'n 15 miljard euro op jaarbasis. Een verzuimde werkdag kost dan al gauw 125 euro, een maand verzuim is dan 2500 euro waard.

Vanuit de werkomgeving verliezen we al na één of enkele maanden de interesse in de persoon. De huisarts, zo weten we, bemoeit zich er, ondanks de veelgeroemde warme aandacht voor de patiënt, nauwelijks mee; de bedrijfsarts mogelijk wat meer,

maar zeker niet continu; werkgever en collega's verliezen ook hun interesse, en voor de persoon zelf wordt de afstand tot het werk ook steeds groter.

De duur van niet werken op zich is de grootste invaliderende factor, en niet de ziekte.

Met deze kennis lijkt niets zo vanzelfsprekend als ziekte en behandeling te koppelen aan terugkeer naar arbeid, gedoseerd, en zonodig partieel en in beperkte mate.

Het onder behandeling zijn van huisarts of specialist, of het wachten daarop, mag op zich geen reden zijn tot niet-werkhervatting. De risico's van niet-werken worden vanuit oogpunt van reïntegratie zwaar onderschat, met anderzijds een grove overschatting van de risico's van 'doorwerken'.

Een voorbeeld daarvan is het veelal standaard voorschrijven van weinig inspanning bij ziekte of ongemak of bij onduidelijkheid in diagnostiek. Dit getuigt van een rustcultuur; breed gedragen in de samenleving, met artsen als deskundigen en zelfs beschermers. Over die deskundigheid zijn twijfels te uiten. Mij is volslagen duister hoe de belastbaarheid verbetert met thuiszitten, met gedwongen nietsdoen. Naast het weinig bewegen op eigen initiatief moeten we van de artsen bij het minste of geringste ook nog rusten, veel rusten. Hier valt aan kennis en aan mentaliteitsverandering binnen de samenleving nog veel te verbeteren.

Nogmaals, het totale gebrek aan casemanagement blijft een opvallend gegeven. In feite voelt niemand zich verantwoordelijk. Alle omstanders en ook het slachtoffer wachten af. Vandaar mijn sterke pleidooi voor een casemanager, toegerust met kennis van risicoprofiel, van mogelijkheden van patiënten met beperkingen, van protocollen -met andere woorden disease management.

Aan de 'patiënt' zelf mogen ook eisen worden gesteld; aan aangeleerde hulpeloosheid mag niet tegemoet worden gekomen. Waar mogelijk is de arbeidsongeschikte de casemanager, maar, wel onder een afgeleide verantwoordelijkheid van een professional uit de beroepsgezondheidszorg. Hier geen volledig vraaggestuurde zorg.

## **Nieuwe mogelijkheden**

In het veld van spelers rondom de arbeidsongeschikte zijn veranderingen gaande, die ons niet alleen met zorg hoeven te vervullen, maar ook nieuwe kansen bieden. In het wat 'starre' systeem dat we tot voor kort kenden, stonden centraal de huisarts, de bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige, met op de achtergrond de klinisch specialist, en uiteraard gesitueerd rondom de zieke of beter de arbeidsongeschikte.

Met de privatisering van de ziektewet, de invoering van de Pemba, de Poortwachterswet per 1 april a.s. en met de voorstellen van de commissie Donner, in hoofdlijnen geaccordeerd door de SER, wordt de rol van de werkgever en ook die van de werknemer sterk vergroot en verzwaaard.

Dat lijkt ook te gaan gelden voor de bedrijfsarts, getuige het experiment met verwijzingsmogelijkheden naar de specialist, en de komst van kennis- en expertisecentra voor arbeidsrelevante aandoeningen.

Verschuivingen treden ook op door ondernemende inkomens- en zorgverzekeraars. Met de grote convergentie, een gecombineerde aanpak van zorg en van arbeidsongeschiktheid, in zicht, doen zich nieuwe kansen voor, niet in het minst ten aanzien van preventie. Via contracten, gericht op inspanningsverplichtingen en ook op resultaat, ligt een geïntegreerde aanpak voor de hand. Vanuit die optiek gaat behandeling hand in hand met reïntegratie. Dat sluit aan bij het feit dat financiering van ziekenfondswet, ziektewet en WAO dezelfde voornaamste bron kent, de werkgever. Dat biedt via de werkgever zowel arbodienst als zorgverzekeraar een sturingsinstrument voor een integrale aanpak. De verbintenis van zorg- en inkomensverzekeraars met arbodiensten is daarin een logische stap, met aanbod van integrale zorgpakketten voor werkgevers en werknemers. Schadelastbeperking biedt inderdaad mogelijkheden voor preventie, maar moet niet verkeren in het uitsluiten van slechte risico's. Dan zou de groep die het meest gebaat is bij ondersteuning juist buitenspel kunnen komen te staan.

Ketenzorg dient zich verder aan, nu arbodiensten zich liëren aan reïntegratiebedrijven. Nu al ontwikkelt zich een interessant krachtenveld, dat nog in instabiliteit verkeert, maar toch, naar ik hoop, binnen een aantal jaren een zeker evenwicht hervindt, dat moet leiden tot beter nageleefde protocollen en uiteindelijk tot meer succes in reïntegratie.

De poortwachterswet met een probleemanalyse binnen 6 weken en een evaluatie via een reïntegratieverslag na 9 maanden biedt een goede basis voor geregisseerde begeleiding. Toch worden deze interventiemomenten nog te veel gevoeld als een administratieve verplichting met veel bureaucratische rompslomp. Deze signaleringsinstrumenten zijn uiteraard nog niet toereikend om al te mogen spreken van intensieve begeleiding.

Terug naar af, terug naar de eigen werkgever, zo nodig in aangepaste arbeid, wordt steeds duidelijker het hoofdspoor. Daar werden al de meeste successen geboekt. Verbetering daarvan ligt binnen handbereik. Zo geeft 25% van de nieuwe WAO-ers aan dat terugkeer naar arbeid, zelfs al in een vroeg stadium, tot de mogelijkheden had behoord, mits serieus was gekeken naar aanpassingen, deeltijd etcetera. Steeds weer wordt duidelijk dat veel en soms zelfs eenvoudige kansen worden

gemist.

Van die realiteit getuigt ook de Wet Verbetering Poortwachter, en de voorstellen van Donner 2. Via het reïntegratieverslag en het plan van aanpak wordt duidelijk welke activiteiten werkgever en werknemer hebben ondernomen om werkhervatting te bevorderen.

Bij Donner staat vooral de inperking van de WAO-aanspraak centraal. Of, zoals het in politieke logica is verwoord: "als werkhervatting voorop staat zal de WAO beperkt moeten worden tot wie duurzaam en volledig arbeidsongeschikt is. Gedeeltelijke uitkeringen staan werkhervatting namelijk veel te vaak in de weg, omdat werknemers met overkomelijke problemen erdoor worden aangezet hun beperkingen te benadrukken".

Deze verantwoording komt niet uit mijn pen. Men kan zelfs met meer recht verdedigen dat alleen aanspraak op een uitkering bij volledige arbeidsongeschiktheid mensen nog meer dwingt hun beperkingen te benadrukken.

Activeren van bestaande arbeidscapaciteit, de hoofddoelstelling van Donner, vergt juist mogelijkheden van partiële werkhervatting.

De verantwoordelijkheid voor de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid blijft bij de beroepsgezondheidszorg; zonder enige tegemoetkoming aan de knelpunten die ik eerder noemde: een onheldere begripsbepaling en een niet toereikend instrumentarium, kortweg een te ondoorzichtig toetsingskader. Met andere woorden, de genoemde voorstellen en het recente SER-advies bieden geen beter handvat voor de bepaling van arbeidscapaciteit. En toch nog steeds de obligate roep om strengere keuringsregels.

Een tweede probleem blijft de risicoselectie aan de poort, nu de werkgever nog meer dan in het verleden aansprakelijk wordt gesteld. Hoe valt dit te verenigen met de versterking van de arbeidsmarktpositie voor mensen met een chronische aandoening?

Dat laat onverlet dat men de grote aandacht voor reïntegratie, inclusief procesbegeleiding, mag toejuichen.

## **Toekomst**

Nu een blik in de toekomst.

De 8 medische faculteiten zijn nog niet zover dat daaraan bij een ieder een al of niet structurele leerstoel is verbonden, gericht op Arbeid en Gezondheid. Maar een begin is er, met leerstoelen aan de UvA en de VU, en nu in Groningen.

## Onderzoek

De toegenomen aandacht voor Arbeid en Gezondheid blijkt ook uit financiering van onderzoek op dit terrein vanuit ZON. De juist ingestelde Raad voor GezondheidsOnderzoek- commissie ten behoeve van arbeid en gezondheid, maakt duidelijk dat ernst wordt gemaakt met onderzoek en onderzoeksprofilering op dit terrein.

Een risicopopulatie van 7 miljoen personen, een patiëntenbestand van 1.1 miljoen arbeidsgehandicapten, uitgaven in de orde van grootte van 15 miljard euro, de uitgaven voor gezondheidszorg nog buiten beschouwing gelaten, naar schatting 6000 artsen werkzaam in deze sector van occupational health, maken het toch niet te veel gevraagd om daarvoor academische aandacht te vragen.

De mij geboden kans zal ik de komende jaren aangrijpen.

Op interventie en reïntegratie, in aard, protocollering, en vooral op effecten zal ik me richten. Bij de veelheid aan interventies is de effectmeting sterk onderbelicht en voornamelijk beperkt tot geselecteerde populaties en korte termijn effecten. Zo heeft in de afgelopen jaren volgens verslaglegging van het LISV, een veelheid aan reïntegratieactiviteiten plaatsgevonden, in de orde van zo'n 250.000 per jaar, zonder dat duidelijk wordt tot welke resultaten dat heeft geleid. Bij uitgaven van miljarden euro's per jaar voor reïntegratieactiviteiten -o.a. via de wet REA- mag en moet men aan die activiteiten de eis stellen tot effectmeting. Diezelfde mening is ook de Rekenkamer toegedaan.

Eigenlijk geldt die constatering van een gebrek aan effectmeting voor de beroepsgezondheidszorg in de volle breedte. De roep om, of beter de eis van evidence-based medicine wordt gelukkig ook hier gehoord, en maakt duidelijk dat veel meer dan tot nu toe zal moeten worden aangegeven en getoetst wat de toegevoegde waarde is van allerlei activiteiten, en waar via een getoetste onderbouwing mogelijkheden voor verbetering liggen.

Reviewstudies en ook eigen analyse van interventieprogramma's maken duidelijk dat aan de methodologische kwaliteitseisen van dit type onderzoek het nodige schort. Gerelateerd aan een maximum score van 100, met onderscheid naar aspecten van

dataverzameling, populatie, aard interventie en resultaten scoren de meeste onderzoeken minder dan 50 punten, waar een aantal van 50-60 punten toch wel een ondergrens is voor enigszins betrouwbare resultaten.

De belangrijkste tekortkoming in interventieprogramma's is te herleiden tot selectiebias. Over het algemeen worden, overigens terecht, alleen gemotiveerde cliënten tot deze interventies en trainingen toegelaten. Dan is het ook niet verbazingwekkend dat succespercentages qua reïntegratie van zo'n 70% worden gehaald. Overigens betreft het hier vooral kortdurende effecten, en worden langdurige effecten in de vorm van blijvende arbeidsreïntegratie zelden of nooit beschreven.

In dat verband bieden al bestaande afspraken over en intenties tot samenwerking in onderzoek met Maastricht, Nijmegen en met Amsterdam goede vooruitzichten.

## Onderwijs en vorming

Maar voor mij gaat Groningen boven alles.

Hier liggen grote kansen om artsen in opleiding en in vorming van meer en een betere bagage te voorzien. Het nieuw te ontwikkelen curriculum dat in 2003 zal starten, biedt daartoe ruime mogelijkheden. Relateren we de huidige inbreng in onderwijs aan de gestelde leerdoelen van het Raamplan 2001 van de artsopleiding, dan is die nu naar omvang en accentuering te mager.

In de eerste 4 jaar (zo'n 130 weken) is slechts één week -in het 4e jaar- expliciet en volledig gericht op arbeid en gezondheid. Dat is minder dan 1%. Het verplichte co-schap sociale geneeskunde van 2 weken, met de helft van de studenten geplaatst in de beroepsgezondheidszorg, compenseert dit tekort enigszins, maar niet in voldoende mate, getuige de eindtermen van de artsopleiding. Daarin wordt onder meer gesteld dat de arts:

- op de hoogte moet zijn van de wederzijdse beïnvloeding van arbeid, gezondheid en ziekte;
- het functioneren van de patiënt moet kunnen bepalen in de verschillende relevante levensdomeinen;
- in staat moet zijn gevraagd en ongevraagd advies en voorlichting te geven bij gezondheid en ziekte ten aanzien van werk;
- over kennis en inzicht moet beschikken met betrekking tot het belang van zowel preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid als van het behoud van arbeidsgeschiktheid.



Ook dient de aanstaande medicus over vaardigheden te beschikken als het beoordelen van ziekteverzuim, en het verrichten van gerichte keuringen ter bepaling van belasting en belastbaarheid.

Een uitdaging, ook voor praktisch vormend onderwijs.

Van de grote betrokkenheid van onderwijsinstituut, faculteitsbestuur en AZG bij de door ons gewenste inhoud van het onderwijs, getuigt het voorgestelde nieuwe curriculum in de bachelor-master structuur. Dat biedt ons grote kansen.

In de eerste 3 jaar -zo is het plan- wordt een brede introductie verzorgd, ook van de sociale geneeskunde, om na 3 jaar in te stromen in een van de 3 differentiaties: klinisch specialismen, huisartsgeneeskunde of sociale geneeskunde; de laatste variant onder de titel van AMG: Arbeid, Maatschappij en Gezondheid. Een dergelijke profilering van ons vakgebied juichen wij bijzonder toe. Het conceptplan is nu in bewerking, met daarna het bestuur van onze faculteit aan zet.

Een dergelijk curriculum, dat vanuit de sociale geneeskunde en de disciplinegroep Gezondheidswetenschappen breed gedragen wordt, kan niet zonder de medewerking van het veld. In feite bieden de 4 noordelijke provincies als proeftuin al vele mogelijkheden. De betrokkenheid bij ons onderwijs -met name in de vorm van extramurale werkplaatsfunctie- is groot, maar zal nog verder moeten worden uitgebouwd. Daarmee wordt ook aan de academisering van het werkveld concreet inhoud gegeven, met vanuit ons instituut een brede ondersteuning.

In de toekomstige opleiding zal het 6<sup>e</sup> jaar als schakeljaar dienen. Dat vergt een intensivering van de samenwerking, ook met opleidingsinstellingen voor de specialisatie voor bedrijfsarts en voor verzekeringsgeneeskundige, in casu de Netherlands School of Occupational Health te Utrecht en de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Voor de werkplaatsfunctie is de financiële tegemoetkoming landelijk geaccordeerd; er resten nog slechts enkele kleine hindernissen ten aanzien van de financiële toewijzing van middelen. Maar dat die er komen, is duidelijk. Dit optimisme zal ik blijven uitstralen, omdat anders welke plannen ook tot uitbreiding van de inbreng van sociale geneeskunde bij voorbaat gedoemd zijn tot mislukken.

Naast onderwijsperspectieven en een betrokken regio, is nog een derde ontwikkeling als gunstig te kwalificeren, en dat betreft het kennis- en expertisecentrum van het AZG, onder de noemer van het in oprichting zijnde Academisch Centrum voor Arbeid

en Gezondheid (ACAG).

Daarin wordt van de expertise van afdelingen als dermatologie, longziekten, allergologie, psychiatrie, orthopedie en revalidatie dankbaar gebruik gemaakt. Dit initiatief sluit goed aan bij de aandacht vanuit Faculteit en AZG voor bewegen en sport.

Meer klinische aandacht voor arbeidsrelevante aandoeningen is ontegenzeggelijk een winstpunt, een stap voorwaarts, met uiteraard oog voor voorrangsbepaling en tweedeling in de zorg als risico's. In dit verband overschaduwde de discussie over de potentiële gevaren toch te zwaar de voordelen die hiervan mogen worden verwacht.

Uiteraard dient aan een dergelijk diagnostisch centrum onderzoek, onderwijs en na-en bijscholing te worden gekoppeld.

## **Academisering**

Academisering kan niet zonder onderzoek in de basisopleiding, in de specialisatie, en in de praktijk van de beroepsgezondheidszorg. Nu nog levert een inventarisatie van artikelen en proefschriften over arbeid en gezondheid en over reïntegratie geen rijke oogst op, en nog minder als het auteurs betreft uit de sector van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Daarin hoop ik verandering te brengen.

Dat betekent wel dat ook bij arbo-diensten en uitvoeringsinstituten serieus ruimte wordt gemaakt voor onderzoek. Dat strookt niet met de huidige praktijk van alledag, met een tekort aan geëquipeerd personeel, een harde onderlinge concurrentie, een scherpe prijszetting. Dan is onderzoek een luxe, een sluitpost.

Voor de noodzakelijke onderbouwing van het vakgebied arbeid en gezondheid zal meer inzicht in belasting en belastbaarheid nodig zijn. Bij ons onderzoek ligt het accent op risicoprofilering van langdurig verzuim, op de evaluatie van reïntegratieactiviteiten, waaronder de samenwerking tussen curatieve en begeleidende sector, op de relatie tussen innovaties in zorg en verkorting van arbeidsongeschiktheidsduur, en op de gevolgen van chronische aandoeningen voor arbeid.

In dat verband moet de bestaande intensieve samenwerking met vooral de afdeling revalidatie van het AZG als vanzelfsprekend worden gezien.

Voorzichtig begonnen is dit nu uitgegroeid tot een zeer hechte band, met zo'n 10 promovendi als bindmiddel. Naast een aantal anderen, is daarvoor met name professor Eisma verantwoordelijk, waarvoor grote erkentelijkheid.

In samenwerkingsverbanden met dermatologie, orthopedie, traumatologie en bewegingswetenschappen zijn de eerder genoemde aandachtspunten eveneens voorwerp van promotieonderzoek.

Intern promotieonderzoek kent uiteraard dezelfde onderwerpen. Ook daar is samenwerking met kliniek en vooral het veld van beroepsgezondheidszorg onontbeerlijk. Daarvan getuigt ook een door de Arbounie volledig gefinancierd promotieonderzoek.

De verplichte scriptie in het kader van de opleiding tot arts voor arbeid en gezondheid, in casu bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige, acht ik tevens van groot belang, omdat dit de aanzet kan vormen voor interesse in onderzoek. In ieder geval vormt de scriptie vaak de eerste schrede op het uitdagende pad van onderzoek.

Meer dan nu zou een concentratie op een beperkt aantal onderwerpen, een voortbouwen op eerder onderzoek en voorgaande scripties, en een meer directe relatie met vragen vanuit de praktijk het uitgangspunt moeten zijn. In dezen werp ik me graag op als stimulator van dit type onderzoek bij arbodiensten en uitvoeringsinstituten. Met de Arbo Management Groep en Arbo Groep GAK in Achmea-verband, met Arbounie, zijn daarover afspraken gemaakt. Arboned toont ook belangstelling. Wie volgt?

Aanstormend talent vanuit de regio dat zich in redelijk groten getale -bijna een tiental- het afgelopen jaar heeft aangediend om eventueel te promoveren, maakt eveneens duidelijk dat er vanuit de praktijk zeker belangstelling is voor onderzoek naar arbeid en gezondheid.

Al ons onderzoek op het brede gebied van de sociale geneeskunde, waaronder arbeid en gezondheid wordt verricht onder de noemer van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, het NCG, één van de 4 onderzoeksinstituten, dan wel scholen van de Faculteit der Medische Wetenschappen.

## **Dankwoord**

Dan nu de afsluiting, in de vorm van een dankwoord aan de meest betrokkenen.

In de eerste plaats wil ik de Stichting Argonaut dank zeggen voor de instelling van deze leerstoel.

In dat verband dient ook Achmea te worden genoemd, met ruime formatieve ondersteuning vanuit de Business Unit Sociale Zekerheid en de Business Unit Zorg. Die betrokkenheid trof ik ook aan bij werkbezoeken aan Argonaut en aan de arbo-diensten Arbo Management Groep en Arbo Groep GAK; hun medewerking is zeker nodig bij het uitvoeren van onderzoek.

Dank uiteraard ook aan het bestuur van deze universiteit, het bestuur van de faculteit der Medische Wetenschappen en de Raad van Bestuur van het AZG. Zij stellen mij mede in staat om aan deze leerstoel inhoud te geven.

Het mag duidelijk zijn dat de achterban, zeg bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en verwante beroepen uit vooral de noordelijke regio onontbeerlijk zijn voor het vorm en inhoud geven aan stimulerend onderwijs en onderzoek. Jullie zijn er een beetje voor mij, ik ben er zeker voor jullie.

Zonder leermeesters zou dit leven richtingloos zijn geworden, ik zou geworden zijn tot een geestelijk zwerver. Dankzij hen ben ik gevormd tot een academicus. Nu nog herinner ik me van de lagere school in Dronrijp en de HBS in Leeuwarden zeer stimulerende persoonlijkheden. Hier in Groningen ben ik met name gevormd -naast medestudenten en collega's- door Jan Jessen en Ivan Gadourek, met name in het leeronderzoek medische consumptie. Daarna, als wetenschappelijk medewerker, vooral door Hein Hogerzeil als hoogleraar Sociale Geneeskunde en door Roelof van der Lende als hoogleraar Epidemiologie.

Daarmee hield het niet op; noemen wil ik nog Wim van den Heuvel, indertijd hier hoogleraar Medische Sociologie en directeur NCG, Willem Eisma als hoogleraar Revalidatie, en vooral Doeke Post als mijn directe baas.

Doeke, voor de ruimte die je mij gaf, het gemak waarmee je taken delegeerde en mij verantwoordelijkheid gaf ben ik je zeer dankbaar. Zelden heb ik een baas meegemaakt met een zo constant opgewekt humeur en prettig karakter. Het is elke dag weer een plezier om met je te werken. Mijn opmerkingen, kritiek of wat dan ook worden met de nodige humor ontvangen en nimmer als kwetsend geduid.

Een plezierige werkomgeving is een voorwaarde voor een goede gezondheid. Jullie, beste collega's hebben daar door alle jaren heen aan bijgedragen. Bovendien wordt mij soms een spiegel voorgehouden van vreemde trekjes in mijn gedrag. Aan perceptie van de werkelijkheid schort er nog veel bij jullie; ook daaraan zal ik de komende jaren aandacht blijven besteden. Naast de disciplinegroep en het NCG als

omgeving heb ik direct te maken met de zogenaamde 'gang' sociale geneeskunde; daar wordt o.a. dagelijks mee koffiedronken. Soms krijg ik het gevoel dat Ria Molanus en ondergetekende een groot gezin met pubers runnen; en nu maar hopen dat we daar positieve energie uit blijven putten.

De stap naar thuis, het grote gezin waarin ik opgroeide, is dan snel gezet. De stimulans van mijn moeder, die onderwijs en opleiding als de beste investering zag, is bepalend geweest voor mijn toekomst, mijn levenspad.

Kansen die zij niet kreeg, zouden wij moeten grijpen. Helaas heeft zij deze dag niet mee mogen maken.

En dan is er nog het eigen gezin, Tineke, Nynke, Karlien, Irene, aangevuld met Auke, en weet ik welke toekomstige partners. Jullie zijn er gewoon voor mij, meer woorden daaraan wijden is overdreven.

Ik heb gezegd.

## Bronnen

- Beer P de. Over werken in de postindustriële samenleving. Publicatie Sociaal en Cultureel Planbureau 2001/10. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2001.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Maandstatistieken van de bevolking.
- CBS. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1997. Deel 1: gezondheid en kwaliteit van de arbeid. Voorburg / Heerlen 1999.
- CBS. Enquête beroepsbevolking 1999. Voorburg / Heerlen 2000.
- CBS. Statistisch Jaarboek 2001. Voorburg/Heerlen, januari 2001.
- CBS/CPB (Centraal Planbureau). Bevolking en arbeidsaanbod: drie scenario's tot 2020. Sdu Uitgevers, Den Haag 1997.
- CBS/SZW (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid). Arbeidsomstandigheden 2001. Monitoring via personen. Elsevier Bedrijfsinformatie bv, 's Gravenhage, november 2001.
- Commissie Albeda. Eindrapport Programmacommissie SEGV-II. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 's Gravenhage, 24 april 2001.
- Commissie Donner. Advies van de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid. Werk maken van arbeidsongeschiktheid. Den Haag, mei 2001.
- CTSV (College van Toezicht Sociale Verzekeringen). Ingrepen in het arbeidsongeschiktheids criterium. Onderzoek naar wijzigingen gericht op aanpassing van het begrip 'algemeen geaccepteerde arbeid'. R97/5. Zoetermeer, juli 1997.
- CTSV. Stoomissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering. Over verschillen in de implementatie, interpretatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van de problematiek bij ME. R98/6. Zoetermeer, juni 1998.
- CTSV. In distant mirrors. Work incapacity and return to work. A study of low back pain patients in the Netherlands and five other countries. 1999/09. Zoetermeer, september 1999.
- CTSV. Zicht op reïntegratie. Een onderzoek naar de uitvoering van de poortwachtersfunctie. R00/01. Zoetermeer, januari 2000.
- CTSV. De productie van WAO-instroomcijfers. R01/07. Zoetermeer, november 2001.
- Eerste Kamer der Staten Generaal. Wet Verbetering Poortwachter. Verbetering van de procesgang in het eerste ziektejaar en nieuwe regels voor de ziekmelding, de reïntegratie en de wachttijd van werknemers, alsmede tot de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever. Vergaderjaar 2000-2001, 29678, nr. 341. Sdu Uitgevers, 's Gravenhage 2001.

- Eisma WH. De ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde in de 20e eeuw. Afscheidscollege Rijksuniversiteit Groningen. 20 juni 2000.
- Groothoff JW. Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking. Een studie naar de indicatoren arbeidsongeschiktheid, sterfte, gezondheidszorg. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 1986.
- Henkens K, Bronsema H. Arbeid en welbevinden. Oudere werklozen, arbeidsongeschikten, werkenden en vutters vergeleken. Demos 2000, jaargang 16, nr 5, 37-39.
- Heuvel WJA van den. Revalidatie en Participatie. Inaugurale rede. Universiteit Maastricht. 29 november 2000.
- Huisjes HJ. Tijd om na te denken. Afscheidscollege Rijksuniversiteit Groningen. 18 september 2001.
- ICDH-2/ICF (Internationale Classificatie van Stoorissen, Activiteiten en Participatie/ Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren). Een handleiding voor de dimensies van gehandicapt-zijn en gezondheid. WHO, Genève 1997/2001.
- Kabinetstandpunt over de eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen'. Kamerstuk 28000 XVI nr. 18. 16 november 2001.
- LISV (Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen). Kwartaaloverzichten arbeidsongeschiktheid, 1997-2001.
- LISV. Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid. Jaaroverzichten WAO/WAZ/WAJONG 1998-2000.
- LISV. Belastbaarheid gerichte beoordeling. Amsterdam, december 2000.
- LISV. Ziektendiagnosen bij uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid. Statistische informatie over medische classificaties in WAO, WAZ en WAJONG 1999. Amsterdam, juni 2001.
- Ministerie van SZW (Sociale Zaken en Werkgelegenheid). Arbobalans 2001. 's Gravenhage, november 2001.
- Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Juli 2001.
- Ministerie van VWS. Brief Minister Borst-Eilers. Verwijsfunctie bedrijfsarts arbeidsrelevante aandoeningen. Den Haag, juli 2001.
- Ministerie van WVC (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). Health for All by the year 2000. Rapportage Nederland 1994. Rijswijk 1994.
- Mudde EC. Ziek in de zin der wet. De interpretatie van ziekteverzuim door verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs. Proefschrift Univ v Amsterdam, 1995.

- NCCZ (Nationale Commissie Chronisch Zieken). Chronisch ziekenbeleid in de jaren negentig. Red.: Van den Bos GAM, e.a. BV Uitgeverij SWP. Utrecht 1999.
- NCvB (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten). Signaleringsrapport Beroepsziekten '01. AMC, Coronel Instituut. November 2001.
- NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde). Indiciestelling voor de Sociale Werkvoorziening. Handelen van de bedrijfsarts bij de medische oordeelsvorming en advisering ten behoeve van de indicatiestelling van de Sociale Werkvoorziening. Geautoriseerde richtlijn december 2000. Mei 2001.
- Post D. Ieder woelt hier om verandering ..... Ons sociale stelsel op weg naar een nieuwe toekomst. Inaugurale rede. Rijksuniversiteit Groningen. 19 januari 1993.
- Raamplan 2001 artsopleiding. Bijgestelde eindtermen van de artsopleiding + bijlage. Red: Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Mediagroep Nijmegen, 2001.
- Schaap CPDR. Integratie en differentiatie in de psychotherapie: perspectief op een beroep en opleiding. Inaugurale rede Rijksuniversiteit Groningen. 23 mei 2000.
- SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau). Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Nederland in Europa. Den Haag, september 2000.
- SCP. Trends in de tijd. Een schets van recente ontwikkelingen in tijdsbesteding en tijdsordening. 2001/5. Den Haag, oktober 2001.
- SCP. De Sociale Staat van Nederland. 2001/14. Den Haag, 2001.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Wet van 18 maart 1999, houdende bepalingen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden (Arbeidsomstandighedenwet 1998). Sdu Uitgevers, 's Gravenhage 1999.
- Tweede Kamer der Staten Generaal. Zorgnota 2002. Brief van de Minister van VWS. Vergaderjaar 2001-2002, 28008, nr. 7. Sdu Uitgevers, 's Gravenhage 2001.
- VAZ/VSNU (Vereniging Academische Ziekenhuizen / Vereniging van Universiteiten). Naar meer goede artsen. November 2001.
- VTV 1997 (Volksgezondheid Toekomst Verkenning). Deel I. De Gezondheidstoestand: een actualisering. Eindred.: Maas IAM e.a. RIVM, Elsevier/de Tijdstroom, Maarsse 1997.
- VTV 1997. Deel III. Gezondheid en levensverwachting gewogen. Eindred.: Van der Maas PJ, Kramers PGN. RIVM, Elsevier/de Tijdstroom, Maarsse 1997.
- VTV 2002. Gezondheid in grote steden; achterstanden en kansen. Eindred.: Lucht F van der, Verkleij H. RIVM, Bilthoven 2002.