

Health for all by the year 2000?

## Hoe ziek is de WAO?

### De doorsnee-WAO'er is ziek én ongelukkig

In de discussies over de WAO zijn de emotionele ondertonen langzamerhand gaan overheersen boven feitelijke informatie.

Bepalend in die ondertonen is, dat de maatschappelijke waardering van de WAO geleidelijk aan is verschoven: tot voor kort was de WAO gewoon een recht op uitkering, waar iedere werknemer zijn hele arbeidzame leven lang verzekeringspremie voor had betaald. De toenemende internationalisering zorgde voor een vrij algemene nationale trots op 'ons' stelsel van sociale voorzieningen: toch mooi dat er hier een voorziening bestaat voor mensen die hun werk niet meer kunnen verrichten. Dat sentiment was nodig om de volgende stap te kunnen zetten, toen de WAO ontegenzeggelijk te duur werd en de verhouding tussen werkenden en niet-werkenden – ook in internationaal opzicht – onweerlegbaar scheef kwam te liggen: de heersende opinie werd, dat te veel mensen te lang gebruik maken van de WAO; de termen 'oneigenlijk gebruik' en 'misbruik' waren niet langer taboe. De WAO'er werd van 'de zwakkere in de samenleving, die het verdient beschermd te worden', via 'een bofkont, die blij moet zijn in Nederland te wonen' tot 'een klager die op grond van vooral psychische problemen zijn hele verdere leven een riant uitkering geniet'. Iedere Nederlander kent wel iemand die aan dat laatste profiel voldoet. En in alle kranten verschenen treffende casusbeschrijvingen. Dát was het *sociale klimaat* waarin het gewraakte kabinetsplan rond de WAO werd gepresenteerd. De WAO had geleidelijk een negatieve emotionele ondertoon gekregen; het klimaat leek rijp voor een forse ingreep. Niet dus. Arbeidsongeschiktheid is – meer dan werkloosheid – een situatie die in principe iedereen kan treffen en bovendien een situatie waarin de kansen op de arbeidsmarkt principiële worden verkleind, waardoor vrijwel voor iedere werknemer het

Mw. Dr. J. M. Bensing,  
Dr. D. H. de Bakker en  
J. van der Velden

*In de discussie over de WAO wordt verrassend weinig uitgegaan van feitelijke informatie over de WAO'ers en hun gezondheid. Welnu, de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk heeft gegevens opgeleverd waaruit blijkt dat WAO'ers in alle opzichten beduidend ongezonder zijn dan hun leeftijdgenoten in andere maatschappelijke posities; het betreft vooral aandoeningen met een chronisch karakter. Een bericht uit het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, het Nivel in Utrecht.*

perspectief van een leven op het bestaansminimum een angstig realistisch karakter kreeg. Zoals wel vaker gebeurt bleek ook nu de *individuele angst* sterker dan de collectieve morele kritiek, met als gevolg dat Nederland in zijn volle breedte over de kabinetsplannen is gevallen. Maar ook daarin overheersen de emotionele ondertonen.

Hoe terecht en belangrijk deze reacties ook zijn, ze brengen een rationele oplossing van de WAO-problematiek niet dichterbij. Er is geen weg terug: er zal iets met de WAO moeten gebeuren om het uitdijende gebruik dat ervan wordt gemaakt te verminderen. Om echter te voorkomen dat de besluitvorming plaatsvindt op basis van mythische beeldvorming is het van belang de *feiten* rond de WAO'ers goed op een rijtje te zetten: hoe ziek of gezond is de WAO'er? Daarnaast is een analyse nodig van het WAO-systeem als zodanig: hoe ziek of gezond is het WAO-systeem? Door beide analyses

met elkaar te combineren, wordt het mogelijk een oplossingsrichting aan te geven.

De gegevens over het medisch profiel van de WAO'ers zijn afkomstig uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.<sup>1</sup> Ten behoeve van deze grootschalige, landelijke studie hebben 161 huisartsen gegevens verzameld over alle patiënten die gedurende een periode van drie maanden contact met hun huisarts hebben gehad (n=386.000). Uit iedere praktijk is bij een steekproef patiënten een uitvoerige enquête afgenomen over hun gezondheid en hun contacten met de gezondheidszorg (n=13.000). Van vrijwel alle patiënten in de desbetreffende huisartspraktijken zijn achtergrondgegevens bekend (n=335.000). Naast leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en woonsituatie zijn dit ook gegevens over beroep en bron van inkomsten (waaronder sociale uitkeringen).<sup>2</sup> Met behulp van deze gegevens is het dus mogelijk een beeld te krijgen van de feitelijke gezondheidstoestand en medische consumptie van mensen die een uitkering ontvangen krachtens de AAW/WAO (in het vervolg kortweg aangeduid als WAO'ers), vergeleken met mensen die een betaalde baan hebben, het huishouden doen of werkloos zijn. Het voordeel van deze gegevens is dat ze niet gecontamineerd zijn met de WAO-discussie: ze zijn in 1987/1988 verzameld, juist voordat de WAO-discussie actueel werd; bovendien zijn ze verzameld in het kader van een grootschalig onderzoek naar het functioneren van de Nederlandse *huisarts*, waarbij de maatschappelijke positie van de patiënt slechts een van de vele achtergrondkenmerken is; WAO'ers zullen niet de neiging hebben gehad zich vanwege het onderzoek ongezonder voor te doen dan ze zijn. Nieuw in de gepresenteerde gegevens is dat voor het eerst op landelijk niveau cijfers bekend zijn over de medische beoordeling door de huisarts van

Tabel 1. AAW/WAO'ers naar beroepsklasse; absoluut en als percentage van alle werkenden, werklozen en AAW/WAO'ers in de desbetreffende beroepsklasse, exclusief beroep onbekend.

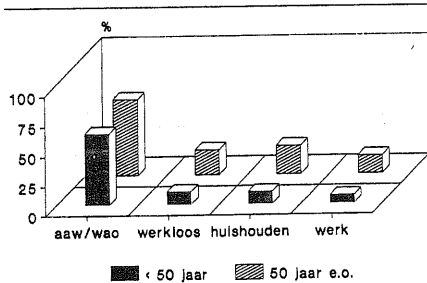
|  | < 50 jaar    |            | 50 jaar e.o. |             |
|--|--------------|------------|--------------|-------------|
|  | abs.         | %          | abs.         | %           |
| wetenschappelijke en vakspecialisten, kunstenaars .....                | 123          | 1,3        | 78           | 12,2        |
| beleidsvoerende en hogere leidinggevende functies .....                | 51           | 1,4        | 185          | 13,2        |
| administratieve functies .....   | 261          | 1,5        | 407          | 15,3        |
| commerciële functies .....   | 153          | 2,3        | 272          | 17,6        |
| dienstverlenende functies .....  | 295          | 3,0        | 420          | 20,2        |
| agrarische beroepen, vissers, e.d. ....                                | 97           | 3,1        | 200          | 13,8        |
| ambachts-, industrie-, transportberoepen en aanverwante functies ..... | 1.207        | 4,9        | 2.172        | 32,9        |
| <b>totaal*</b> .....   | <b>2.342</b> | <b>2,8</b> | <b>3.999</b> | <b>21,7</b> |

\*Inclusief beroep niet classificeerbaar.

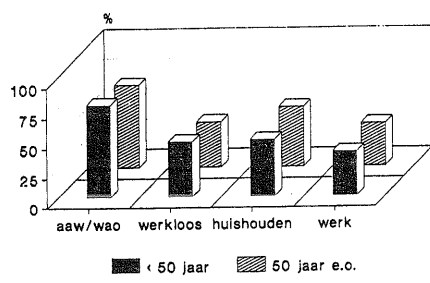
Tabel 2. Percentage van de bevolking met lichte, matig ernstige en ernstige somatische chronische aandoeningen.

|  | AAW/WAO | werkloos | huishouden | werkenden |
|--|---------|----------|------------|-----------|
| <b>LICHTE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN</b>         |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....  | 37      | 26       | 39         | 28        |
| 50 jaar e.o. ....  | 43      | 26       | 43         | 30        |
| <b>MATIG ERNSTIGE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN</b> |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....  | 54      | 26       | 20         | 17        |
| 50 jaar e.o. ....  | 62      | 37       | 41         | 36        |
| <b>ERNSTIG CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN</b>        |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....  | 46      | 14       | 11         | 10        |
| 50 jaar e.o. ....  | 48      | 19       | 20         | 17        |

Figuur 1. Percentage van de bevolking dat de gezondheid minder dan goed inschat.



Figuur 2. Percentage van de bevolking met meer dan drie acute klachten in de laatste veertien dagen.



de gezondheidsklachten van patiënten met een WAO-uitkering. In de analyses kunnen namelijk de contactgegevens die door de huisarts worden geregistreerd aan de achtergrondgegevens van de patiënt worden gekoppeld. Dit betekent dat er voor alle patiënten die hun huisarts in de betreffende driemaandsperiode hebben bezocht een objectief medisch oordeel beschikbaar is over de op het spreekuur gepresenteerde klachten van een arts die (als regel) de patiënt goed kent, dat los staat van de soms gekleurde en in ieder geval beladen situatie van de WAO-keuring en -controle.

We zullen starten met een profiel van de WAO'ers naar beroepsklasse (gegevens over leeftijds- en geslachtsverdeling zijn voldoende bekend uit andere bronnen). Deze gegevens zijn ontleend aan de patiëntenregistratie. Dan volgt de presentatie van gegevens uit de patiëntenenquête: wat zeggen de WAO'ers zelf over hun gezondheid en medische consumptie? Tenslotte worden de gegevens uit de

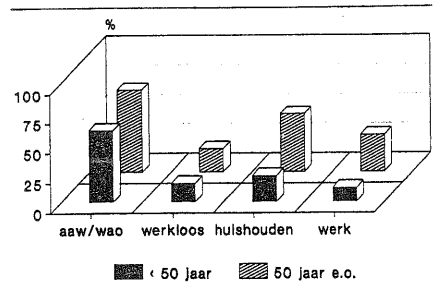
Tabel 3. Percentage van de bevolking dat de afgelopen twee maanden contact heeft gehad met respectievelijk de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut, dan wel de laatste veertien dagen voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt.

|  | AAW/WAO | werkloos | huishouden | werkenden |
|--|---------|----------|------------|-----------|
| <b>CONTACT MET DE HUISARTS</b>           |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....                          | 60      | 29       | 45         | 36        |
| 50 jaar e.o. ....                        | 49      | 37       | 43         | 33        |
| <b>CONTACT MET DE MEDISCH SPECIALIST</b> |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....                          | 42      | 13       | 17         | 12        |
| 50 jaar e.o. ....                        | 32      | 18       | 19         | 15        |
| <b>CONTACT MET DE FYSIOTHERAPEUT</b>     |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....                          | 45      | 10       | 12         | 14        |
| 50 jaar e.o. ....                        | 26      | 12       | 18         | 18        |
| <b>GEBRUIK VOORGESCHREVEN MEDICIJNEN</b> |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....                          | 45      | 21       | 25         | 18        |
| 50 jaar e.o. ....                        | 60      | 30       | 44         | 30        |

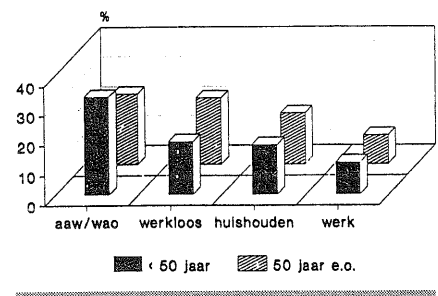
Tabel 4. Percentage patiënten dat in drie maanden met lichte, matig ernstige en ernstige somatische chronische aandoeningen bij de huisarts is geweest.

|  | AAW/WAO | werkloos | huishouden | werkenden |
|--|---------|----------|------------|-----------|
| <b>LICHTE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN</b>         |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....  | 10      | 8        | 9          | 8         |
| 50 jaar e.o. ....  | 19      | 6        | 9          | 7         |
| <b>MATIG ERNSTIGE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN</b> |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....  | 15      | 8        | 9          | 8         |
| 50 jaar e.o. ....  | 24      | 17       | 26         | 19        |
| <b>ERNSTIG CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN</b>        |         |          |            |           |
| < 50 jaar .....  | 13      | 6        | 5          | 4         |
| 50 jaar e.o. ....  | 25      | 11       | 12         | 11        |

Figuur 3. Percentage van de bevolking met functionele beperkingen.



Figuur 4. Percentage van de bevolking met een laag psychosociaal welbevinden (GHQ-score > 4).



contactregistratie van de huisarts gepresenteerd: wat vindt de huisarts van hun gezondheidsproblemen? Vanwege de magische grens van 50 jaar die in de politieke discussies wordt gehanteerd zijn de gegevens op die leeftijdsgrens gesplitst; binnen beide leeftijdsgroepen (20-49 jaar en 50-64 jaar) zijn de cijfers voor leeftijd gecorrigeerd. De groepen die steeds worden vergeleken zijn (tussen haakjes het aantal personen in de patiëntenquête respectievelijk de patiëntregistratie van de huisarts):

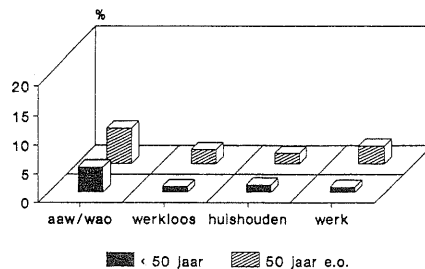
- WAO/AW (n<sub>p</sub>=465 n<sub>h</sub>=8.140);
- werkloos (n<sub>p</sub>=259, n<sub>h</sub>=6.488);
- huishouden (n<sub>p</sub>=2.020, n<sub>h</sub>=38.122);
- betaalde baan (n<sub>p</sub>=4.968, n<sub>h</sub>=96.881).

HOE ZIEK ZIJN WAO'ERS?

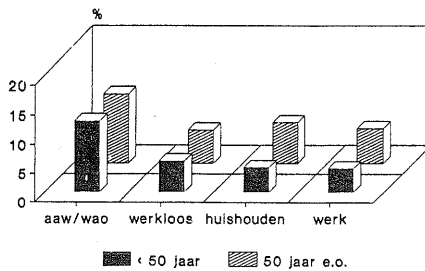
Ter nuancering van de publieke opinie over wie er vooral in de WAO zitten wordt in *tabel 1* het aantal WAO'ers in de diverse beroepsklassen weergegeven. Zowel in absolute als in relatieve zin springt één categorie er duidelijk uit: WAO'ers zijn nog steeds vooral te vinden in de ambachts-, industrie- en transportberoepen en aanverwante functies; traditioneel de meest vuile en zware beroepen.

WAO'ers schatten hun gezondheid aanzienlijk slechter in dan de andere onderscheiden groepen (*figuur 1*). De groep beneden de 50 jaar verschilt in dit opzicht nauwelijks van de groep boven de 50 jaar; het contrast is bij de jongere WAO'ers eerder nog wat groter dan bij de ouderen. WAO'ers rapporteren ook duidelijk meer acute klachten (*figuur 2*): rond de driekwart van de WAO'ers had in de veertien dagen voor het interview meer dan drie acute klachten, zoals duizeligheid, buikkrampen, rugpijn en dergelijke. Ook chronische lichamelijke aandoeningen worden vaker door de WAO'ers gerapporteerd. Interessant daarbij is, dat de verschillen tussen de groepen groter worden naarmate de chronische aandoeningen objectief ernstiger zijn (*tabel 2*). Lichte chronische aandoeningen als eczeem en migraine zien we bij WAO'ers ongeveer evenveel als bij mensen (meestal vrouwen) die in het huishouden werkzaam zijn. Matig ernstige chronische aandoeningen als rugklachten, hoge bloeddruk, maagkwalen en reumatische klachten komen al duidelijk va-

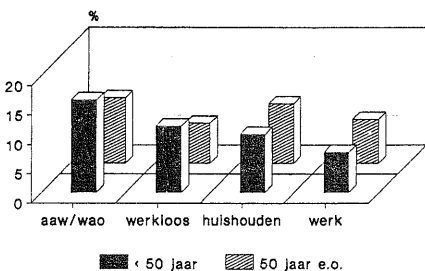
Figuur 5. Percentage patiënten dat in drie maanden contact heeft gehad vanwege levensbedreigende aandoeningen.



Figuur 6. Percentage patiënten dat in drie maanden contact heeft gehad vanwege invaliderende aandoeningen.



Figuur 7. Percentage patiënten dat in drie maanden contact heeft gehad vanwege klachten met een psychosociale achtergrond.



ker voor bij WAO'ers. Bij ernstige chronische aandoeningen, zoals CARA, hart- en vaatziekten, ernstige gevolgen van een ongeval, chronische nierziekte, Parkinson, multiple sclerose en epilepsie, zijn de verschillen tussen de groepen extreem. Het contrast met de andere groepen is het grootst bij de groep jonger dan 50 jaar. In beide leeftijdsgroepen heeft bijna de helft van de WAO'ers een ernstige lichamelijke chronische aandoening. Rond de 80% rapporteert een matig ernstige en/of ernstige chronische lichamelijke aandoening (niet in tabel

opgenomen). Ook voor wat betreft het hebben van functionele beperkingen scoren WAO'ers aanzienlijk hoger dan de andere onderscheiden groepen (*figuur 3*). Het gaat hier om mobiliteitsbeperkingen als het niet zelf de trap op of af kunnen of geen zwaar voorwerp kunnen verplaatsen en om communicatieve beperkingen als slecht kunnen zien, horen en spreken. Op de General Health Questionnaire, als indicator voor geestelijke gezondheid, scoren WAO'ers eveneens slechter dan met name personen met een betaalde baan of een werkring in het huishouden; het verschil is echter aanmerkelijk minder groot dan in de voorgaande figuren.

In *tabel 3* is te lezen wat de WAO'ers rapporteren over het gebruik dat zij van de gezondheidszorg maken (wederom vergeleken met werklozen, mensen met een betaalde baan en mensen werkzaam in het huishouden). Veel WAO'ers hebben in de laatste twee maanden contact met de huisarts gehad. Dit geldt voor jonge WAO'ers sterker dan voor oude WAO'ers; ten opzichte van werklozen en mensen met een betaalde baan is het contrast het grootst. Een derde van de WAO'ers boven de 50 jaar had binnen twee maanden voorafgaand aan het onderzoek contact met een medisch specialist. Van de groep WAO'ers jonger dan 50 jaar is zelfs nog een groter deel bij de specialist geweest: 42%, dat is driemaal zo veel als bij elk van de andere groepen. Bij de contacten met de fysiotherapeut zien we hetzelfde beeld in nog extremere mate: jongere WAO'ers hebben meer contacten dan oudere WAO'ers en extreem veel meer dan werklozen, mensen met een betaalde baan of een werkring in het huishouden. WAO'ers gebruiken tenslotte vaker voorgeschreven medicijnen dan de andere groepen; hier springen vooral de oudere WAO'ers eruit.

Tot nu toe zijn alle gegevens afkomstig van de WAO'ers zelf. In het resterende deel van de figuren en tabellen worden gegevens gepresenteerd over gezondheid, maar dan zoals door de huisarts waargenomen. De gegevens zijn ontleend aan een registratie van alle contacten in de huisartspraktijk gedurende drie maanden en gerelateerd aan de totale praktijkpopulatie van de huisarts (dus niet alleen diegenen die contact hebben gehad). We hebben in de patiëntenquête al

gezien dat van de WAO'ers een iets groter deel in de afgelopen periode contact met de huisarts heeft gehad dan in de andere groepen het geval was. Dit gegeven wordt bevestigd door de gegevens die de huisarts heeft geregistreerd. Het verschil tussen de WAO'ers en andere groepen wordt bovendien aanmerkelijk groter als we kijken naar het percentage patiënten dat naar het oordeel van de huisarts met een levensbedreigende (figuur 4) dan wel invaliderende (figuur 5) aandoening bij de huisarts is geweest. Ook uit de gegevens van de huisarts blijkt dat de oververtegenwoordiging van WAO'ers geldt voor alle ernstgraden van de chronische lichamelijke aandoeningen, met uitzondering van de matig ernstige aandoeningen bij mensen die in het huishouden werken. Dit kan te maken hebben met verschillen in de mate waarin men met dergelijke aandoeningen naar de huisarts dan wel naar de medisch specialist gaat. Verder geldt, dat de verschillen tussen WAO'ers en de andere groeperingen groter worden naarmate de ernstgraad van de chronische aandoeningen hoger is. WAO'ers presenteren tenslotte vaker gezondheidsproblemen die naar het oordeel van de huisarts een psychosociale achtergrond hebben, ook al komen ze met een somatische klacht. Dit geldt vooral voor de groep jonger dan 50 jaar; de verschillen met de andere groepen zijn hier overigens niet zo groot als bij de voorgaande figuren. De conclusie uit deze cijfers is heel duidelijk: de gezondheidstoestand van de gemiddelde WAO'er is aanzienlijk slechter dan die van leeftijds-genoten die een betaalde baan hebben, in het huishouden werken of werkloos zijn. Daarmee bevestigen de gegevens uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk die uit andere studies.<sup>3-8</sup> Als regel heeft de WAO'er een slechte gezondheid. Hij beoordeelt zelf zijn gezondheidstoestand slechter dan mensen uit de andere hoofdgroepen; in 80% van de gevallen rapporteert hij een matig ernstige of ernstige chronische aandoening. De tegenwerping dat het hier gaat om een subjectief oordeel is nauwelijks relevant, nu blijkt dat juist dit subjectieve oordeel een uitstekende predictor is voor vroegtijdige sterfte;<sup>9</sup> zijn ziekte is wat vaker van psychische aard, maar veel minder dan in het beeld dat in de

media wordt geschetst; hij heeft vooral meer ernstig chronische lichamelijke ziekten. De huisarts vindt vaker dat er ook psychische factoren een rol spelen bij zijn lichamelijke klachten, maar hij vindt de klachten ook vaker van invaliderende of zelfs levensbedreigende aard. De WAO'er slikt vaker medicijnen. Hij bezoekt vaker de huisarts, fysiotherapeut en allerlei medische specialisten.

De WAO'er is met zijn gezondheid slecht af. Dat geldt voor de jongere WAO'ers in minstens zo sterke mate als voor de oudere WAO'ers; wat dat betreft is de in de politiek zo belangrijke geachte leeftijdsgrens van 50 jaar in ieder geval medisch gezien arbitrair. Een andere conclusie is, dat het moderne beeld van de simulant, of de luxe-klager die zijn surmenage koestert in ruil voor een levenslange riant uitkering duidelijk bijstelling behoeft. Nu kan men zich de vraag stellen naar wat oorzaak en gevolg is. Een dergelijke vraag wordt gevoed door de constatering dat in Nederland blijkbaar veel meer mensen in een dergelijke situatie terechtkomen dan in ons omringende landen, terwijl er toch weinig redenen zijn om aan te nemen dat in Nederland de arbeidsomstandigheden zoveel ongezonder zijn dan in andere westerse geïndustrialiseerde landen of dat Nederlanders zoveel ongezonder zijn dan hun burens. De gezondheidsstatistieken wijzen anders uit. Als de Nederlander niet zieker is, en het werk in Nederland niet ziekmakender is, resteert er – ongeacht je politieke overtuiging – in feite maar een conclusie: dan zitten er ziekmakende factoren in het systeem. Hoe ziek of ziekmakend is de WAO?

#### HOE ZIEK IS HET SYSTEEM?

Hoe ziek is de WAO? Het is jammer dat deze vraag – die op zich niet nieuw is – in de politieke discussies een retorische vraag is geworden, die geen antwoord meer behoeft maar krachtige interventies als duurbepanking en entreebepanking legitimeert. Toch is het goed om, zoals Spreeuwenberg in zijn recente redactioneel commentaar bepleitte,<sup>10</sup> ook hier het aloude medische adagium op toe te passen: geen therapie zonder diagnose. Het is nodig een goede analyse te maken van de ziekmakende factoren binnen het huidige WAO-systeem. Het is onvoldoende te constateren dat de WAO aan-

trekkelijker is dan een werkloosheidsuitkering: daarvoor moet de WAO'er een te hoge prijs betalen; niemand kiest uit vrije wil voor een leven vol beperkingen, chronische aandoeningen, doktersbezoek en medicijngebruik; niemand kiest voor een leven vol psychisch onwelbevinden. Als de WAO zoveel aantrekkelijker zou zijn dan de WW, zouden beide groepen althans op deze parameter andersom van elkaar verschillen. De doorsnee WAO'er is ziek én ongelukkig.

In dat licht is het voornemen de duur van de WAO te beperken niet erg logisch. Gelet op het gezondheidsbeeld van de WAO'er hoeven we er niet van uit te gaan dat duurbepanking ertoe zal leiden dat de WAO'er na vijf jaar weer op de arbeidsmarkt verschijnt, laat staan dat hij daar een reële kans zal krijgen. Het is waarschijnlijker dat WAO'ers na vijf jaar uit de ene statistiek verdwijnen om in de andere te verschijnen. Dat levert wel bezuinigingen op, maar is tevens schrijnend voor het typisch Nederlandse gevoel van sociale rechtvaardigheid. Zoals Spreeuwenberg in zijn redactioneel commentaar in dit blad al schreef:<sup>10</sup> enerzijds belijdt het kabinet verbaal dat chronisch zieken moeten worden beschermd, anderzijds zorgt zij er door haar maatregelen voor dat deze mensen steeds meer terechtkomen in de hoek waar de klappen vallen\*. Het is ook niet voldoende de huidige WAO'ers te ontzien. Het gaat om de wijziging van een wet die voor alle werknemers vergaande consequenties heeft, ook voor hen die nu nog gezond zijn. De WAO is een *verplichte, collectieve* verzekering. Werknemers hebben bij het begin van hun arbeidscarrière niet de keuze gehad zich privaat of collectief te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid. En een 45-jarige werknemer kan zich nu niet meer privaat verzekeren (zoals de voormalige staatssecretaris Van der Reijden al eens zei: 'Een 45-jarige man is verzekeringstechnisch gesproken een brandend huis; je kunt van verzekeringsmaatschappijen niet verlangen dat ze een brandend huis verzekeren'). Wanneer iemand jarenlang verzekeringspremie heeft betaald voor een uitkering bij arbeidsonge-

\* Dat geldt overigens niet alleen voor deze WAO-discussie, maar ook voor de discussies over de stelselwijziging, waarbij de onderlinge solidariteit verloren dreigt te gaan door invoering van eigen bijdragen en eigen risico's.

schiktheid, is het strijdig met het rechtsgevoel hem het recht op uitkering ineens te ontnemen. Zulke ingrijpende maatregelen zijn alleen mogelijk bij de generatie die nu op de arbeidsmarkt verschijnt. Voor hen kan (zoals Wolfson in de Volkskrant voorstelde) een deel van de arbeidsongeschiktheidsverzekering van de collectieve naar de private sector worden verschoven met een gelijktijdige aanpassing van de premie voor het verplichte gedeelte. Maar dat kost wel een generatie, zoals de volledige invoering van de veiligheidsgordel een generatie auto's heeft geduurd en de inschaling van jonge academici al vijftien jaar lang zonder al te veel maatschappelijke tegenstand steeds opnieuw naar beneden wordt aangepast. Op korte termijn levert een dergelijke procedure minder bezuigingen op, maar op de langere termijn wellicht meer, en men vermijdt de maatschappelijke weerstand, die ook (materiële en immateriële) kosten heeft. Het verschuiven van de collectieve naar de private sector heeft echter als belangrijk nadeel, dat daarmee de sociale ongelijkheid wordt vergroot, aangezien de sociaal zwakkere groepen in de samenleving minder neiging zullen hebben zich privaat te verzekeren. Zowel een christen-democratische als een sociaal-democratische politieke partij zou zich daarom aangesproken moeten voelen om naar andere oplossingsmogelijkheden te zoeken.

Hiervoor is aannemelijk gemaakt dat het probleem van de uitdijende WAO niet (uitsluitend) kan worden toegeschreven aan individuele keuzen van individuele burgers: niet (alleen) de WAO'er is ziek, ook het WAO-systeem lijkt ziek te zijn. Op verschillende plaatsen is daar al het nodige over gezegd; het valt buiten onze competentie daar uitspraken over te doen. Wij willen één gedachte aan de discussie toevoegen, door te wijzen op (het woord zegt het al) het ziekmakende element van de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Beide wetten en ook de bijbehorende uitvoeringspraktijken houden zich essentieel bezig met ziekte en niet met gezondheid. Het is de taak van de keurings- of controlearts steeds opnieuw vast te stellen hoe ziek of arbeidsongeschikt iemand

(nog) is. De zieke werknemer wordt daardoor gedwongen zich steeds opnieuw te concentreren op zijn ziekte, zijn klachten en symptomen. Arts en zieke werknemer raken daardoor samen gevangen in een web van ziekte en ongezondheid. Hun vraag- en antwoordspel verloopt via een voorspelbaar scenario, waarin de ziekterol van de werknemer wordt bevestigd. Er is nauwelijks ruimte om het gezonde deel van de werknemer te verkennen; de straf daarop is immers terugkeer naar het werk op het moment dat de werknemer daar nog niet rijp voor is of vaststellen van de uitkering door het vaststellen van een lager uitkeringspercentage. Vanzelf wordt daardoor een begrip als 'ziektewinst' belangrijker dan zijn positieve tegenhanger: 'gezondheidsbesef'. De vergelijking met het in de huisartsgeneeskunde ontwikkelde begrip 'somatiche fixatie' dringt zich op. In die theorie houden zowel huisarts als patiënt zich uitsluitend bezig met de lichamelijke kant van gezondheidsproblemen die ook een psychische achtergrond hebben, omdat zij daar allebei baat bij hebben. Hierdoor raken zij verstrikt in een zichzelf versterkend proces van somatische fixatie dat, los van de initiële klachten, uiteindelijk zelf ziekmakend is en onnodige iatrogene schade veroorzaakt. Naar analogie hiervan zouden wij de *hypothese* willen formuleren, dat in het Nederlandse Ziektewet- en WAO-systeem de (controlerend) arts en de patiënt beiden belang hebben bij het benadrukken van het zieke deel in de werknemer, waardoor zij onvoldoende toekomen aan het exploreren van het gezonde deel. Dat wordt overigens ook beschouwd als de competentie van de curatieve gezondheidszorg (huisarts en medisch specialist), waarbij een niet te onderschatten en typisch Nederlands probleem is dat de curatieve gezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde elkaar nauwelijks tegenkomen. Door alsmatig bezig te zijn met het zieke deel van de werknemer wordt dit deel vanzelf steeds opnieuw versterkt; los van de initiële klachten zal die werknemer zich daardoor steeds zieker en ellendiger gaan voelen. De cijfers uit de Nationale Studie wijzen in deze richting: WAO'ers voelen zich over de gehele linie (op alle parameters) zieker en ellendiger dan hun leeftijdsgenoten die in andere omstandigheden verke-

ren. Overigens wijzen de cijfers uit de Nationale Studie er ook op dat 'ziekte' en 'arbeidsgeschiktheid' niet noodzakelijk twee elkaar uitsluitende begrippen zijn.

Vanuit deze hypothese is een *eerste remedie* het veranderen van het kader waarin de zieke werknemer medisch wordt begeleid. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat de Ziektewetperiode wordt ingekort tot drie maanden. Als iemand drie maanden ziek is, is de kans immers zeer groot gebleken dat hij uiteindelijk in de WAO terecht komt. Op de opiniepagina van de Volkskrant van 17 augustus jl. werd daarom voorgesteld na drie maanden de WAO te laten ingaan. Dat lijkt ons niet verstandig, gelet op de hiervoor geschetste ziektebevestigende aspecten van de WAO. Het zou eerder aanbeveling verdienen de WAO te reserveren voor de zaken waar de wet oorspronkelijk voor bedoeld was: als een laatste vangnet voor mensen (om met de woorden van Kok te spreken) 'die echt geen kant meer op kunnen'. Gelet op de lange duur van (bijvoorbeeld) psychische ziekten zou de WAO wellicht pas na twee of drie jaar moeten ingaan\*. Tussen Ziektewet en WAO zou dan een nieuwe voorziening moeten komen, een voorziening waaraan zowel door werkgever als door werknemer materieel en immaterieel zou moeten worden bijgedragen; een voorziening die veel meer dan nu gericht is op reïntegratie en op wat de werknemer nog wel kan, gelet op zijn verminderde gezondheid. We praten dan over: verandering van werk of werkomstandigheden, omscholing, overplaatsing of 'outplacement', 'therapeutisch werken' als aamloop voor een volledige terugkeer. En we praten dan over het WHO-begrip 'positieve gezondheidszorg' en – net als in Duitsland gebeurt – over een op werkherleving gerichte revalidatie. Het zou een voorziening moeten zijn waarin veel meer verantwoordelijkheden bij werkgever en werknemer worden gelegd en minder bij de medische stand. Dat zou zelfs in de naamgeving tot uiting moeten komen (*Wet op de Herintreding of zoiets*). Daarnaast zouden huisartsen en revalidatieartsen bij

\* Een uitzondering kan worden gemaakt voor de (beperkte) groep mensen van wie het na drie maanden onbetwistbaar zeker is dat zij nooit meer een arbeidzame rol van betekenis zullen kunnen spelen: de mensen met dwarslaesies; de mensen met terminale aandoeningen.

problemen rond werk, ziekteverzuim en werkhervatting een grotere rol kunnen en moeten spelen dan nu het geval is. En tot slot is het verstandig de sterke scheiding tussen de behandelende en de controlerende geneeskunde op te heffen. Maar dat is de laatste tijd al vaker gezegd.

Literatuur

1. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de

huisartspraktijk: achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 1991; 34 (2): 51-61.

2. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.

3. Buys JW. Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking. Proefschrift Groningen. 1986.

4. Horst FGEM van der. Gezondheid en niet werken. Proefschrift Maastricht. 1988.

5. Merens-Riedstra HS. Leven zonder werk: een sociaal wetenschappelijk onderzoek naar arbeidsongeschiktheid. Proefschrift Maastricht. 1981.

6. Prins R. Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands, a comparative study. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.

7. Philipsen H, Halfens R. Niet werken en gezondheid: een vergelijking van arbeidsongeschikten, vervroegd gepensioneerden en werklozen met werkende mannen. Gezondheid & Samenleving 1983; 4: 161-8.

8. Soeters J. Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte. Proefschrift Maastricht 1983.

9. Bosma H, Appels, Stuurmans F, Schuurman J, Mulder P. KRIS- follow-up IX: Subjectief ervaren gezondheid en sterfttekans. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1991; 69: 299-305.

10. Spreeuwenberg C. WAO: waar staan wij artsen? Medisch Contact 1991; 46: 935.

## PORTRETTEEN UIT EEN HUISARTSPRAKTIJK

### Maatje

Het dorp had altijd zijn zwervers gehad, vagebonden die zich niet staande konden houden in een geordende maatschappij. Mensen met een onduidelijk verleden, anders socialen, die geen eigen huis of hof meer hadden en tijdelijk neerstreken, meestal bij een boer. Die hadden, vooral in de oogsttijd, altijd wel wat werk te doen, zwaar lichamelijk werk, zoals aardappels rooien, rogge binden en stallen uitmesten; het aantal geavanceerde machines was nog niet erg groot in ons dorp, mens- en paardekracht waren nog de instrumenten om de zware grond te bewerken. Als beloning kregen ze kost en inwoning, vaak erg primitief een plaatsje in de stal boven de koeien, een afgetimmerd hokje, droog en warm. 's Winters was het wat moeilijker om zich enig inkomen te verwerven, messen en zeisen slijpen, stoelen matten of pannensponzen en andere schoonmaakartikelen verkopen; de bezems maakten ze zelf.

Een van de zwervers was Maatje, die zijn naam te danken had aan de vele maatjes jenever die hij verorberde. Hij was een goedmoedige dronkaard en kwam oorspronkelijk uit de stad. Hij scheen het eerzame beroep van schoorsteenbouwer te hebben uitgeoefend, hoogwaardig werk, dat goed werd betaald. Zijn vrouw was vroeg gestorven en daarna kon hij het niet meer vinden in een geregeld leven. Men zei dat hij twee kinderen had, die beiden door de voogdij waren opgevangen en in een pleeggezin waren geplaatst. Maatje zocht zijn troost in de drank. Hij moest hinkend door het leven nadat hij zijn voet had ver-

brijzeld toen hij uit een toren was gevallen. Vaak sliep hij zijn roes uit langs de weg of op het open veld. Dat gaf nogal eens problemen, vooral in de winterdag. In een zware mist ben ik hem eens gaan zoeken, toen voorbijgangers hem niet wakker konden krijgen. Toen ik ter plekke kwam was het slachtoffer verdwenen - hij bleek inmiddels naar zijn basis te zijn teruggekeerd.

Het is slecht met hem afgelopen. Na een bezoek aan een van de dorpscafés had hij de weg niet meer zo goed kunnen vinden en was hij zijn boerderij in een open gierput gevallen. Hij was niet bij machte geweest zich op te richten en was waarschijnlijk

ter, had mij al eens meegedeeld dat zij zich zo moeilijk kon schikken. 'Zo'n last met de gemeenschap.' Hoezo? 'Met de samenleving, zal ik maar zeggen.' Maar een beetje dokteren deed ze graag, een soort 'public nurse' zoals je die in Zweden tegenkomt, en als er iemand moest worden opgenomen dan wel in het ziekenhuis van haar eigen congregatie, ook al lag dat wat verder weg. Zo ook Maatje. Maar die was te vuil om per ambulance te vervoeren, dus werd er eerst de spuit opgezet om hem enigszins schoon te spoelen. 'Een pets koud water is goed voor hem. Dat doe je bij niet-ademende baby's ook', was de wijsheid van de pleeg. En inderdaad, Maatje heeft levend het ziekenhuis gehaald, doch hij overleed na enkele dagen. En ofschoon hij geen cent te verteren had, heeft de pastoor gezorgd voor een nette begrafenis. Hij was altijd erg aardig geweest voor de schoolkinderen; die kregen enkele uren vrij om Maatje mee te helpen begraven. Er wordt gezegd dat ook zijn eigen kinderen hem mee begraven hebben, want er waren twee vreemden op het kerkhof: een pater en een non.

### Frank van Wijnen

beneveld verdrongen als er niet toevallig iemand was gepasseerd, die iets had zien drijven. Met haken en stokken had men hem eruit kunnen vissen. Hij ademde niet meer, zat onder de drek en stonk een uur in de wind. De mond-op-mondbeademing was nog niet uitgevonden; dat had esthetische problemen gegeven. Een brave EHBO'er had zich vermand tot de kunstmatige ademhaling volgens Sylvester, toen wijkzuster en dokter arriveerden.

Ook de wijkzuster: die was in dit kerkdorp altijd de eerstgeroepene als er iets aan de hand was. Het was een heel kordate, een prototype, met leren jas en reeds op de bromfiets. Op haar hoofd de stijve nonnenkap, de helm was nog niet verplicht. Zij genoot van het vrije leven buiten het kloos-