

Ser.4
S101.1

2^e ex.

SZW

Ministerie van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

Kwaliteit en effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg

Eerste deelonderzoek: het oordeel van de
beroepsbeoefenaren

S 101-I

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden



NIA0040525

Kwaliteit en effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg

Eerste deelonderzoek: het oordeel van de
beroepsbeoefenaren

D. Draaisma

C.R. de Winter

J. Dam

S.G. van den Heuvel

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 32, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr.
plaats
datum

5450
S19.4 S101.1 (2^e ex)
02 APR. 1991

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het
Directoraat-Generaal van de Arbeid door het
Nederlands Instituut voor Praeventieve
Gezondheidszorg NIPG-TNO

maart 1991

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Kwaliteit

Kwaliteit en effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg : eerste deelonderzoek : het oordeel van de beroepsbeoefenaren / D. Draaisma... [et al.]. - Den Haag : Directoraat-Generaal van de Arbeid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. - (Studie / Directoraat-Generaal van de Arbeid, [Arbeidsinspectie], ISSN 0921-9218 ; S 101-1)
NIPG-publicatienr. 90.134. - Met lit. opg.
ISBN 90-5307-139-3
Trefw.: bedrijfsgezondheidszorg.

SAMENVATTING

Dit rapport betreft het eerste deel van een onderzoek naar de kwaliteit en de effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg (BGZ). Het gaat over de visie van de beroepsbeoefenaren in bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD-en) op de zorg die zij zelf leveren. (In het tweede deel van het onderzoek zullen de oordelen van werknemers en werkgevers aan de orde komen). Het onderzoek vindt plaats in opdracht van het Directoraat-Generaal van de Arbeid; doel is, informatie te leveren voor de lopende maatschappelijke discussie over de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidskundige zorg.

Er bestaan voor de kwaliteit en de effectiviteit van de BGZ geen heldere normen; daarom is gekeken naar de begrippen kwaliteit en effectiviteit op andere gebieden. Naar analogie hiervan zijn vier onderzoeksvragen uitgewerkt:

1. Welke activiteiten worden in de BGZ door beroepsbeoefenaren verricht?
2. Hoe oordelen de beroepsbeoefenaren zelf over hun activiteiten?
3. Welke positieve en negatieve punten ervaren zij in hun werk?
4. Welke suggesties hebben zij zelf ter verbetering van de zorg?

De eenheid van onderzoek voor beide deelonderzoeken is de concrete zorgsituatie, dat wil zeggen de combinatie van een bepaalde cliëntorganisatie met de beroepsbeoefenaren die de BGZ vanuit de betreffende BGD verlenen. De gegevens zijn verkregen door de beroepsbeoefenaren met een uitgebreide vragenlijst te interviewen.

De thema's van het onderzoek zijn de volgende: het al of niet uitvoeren van elf "standaard-BGZ-activiteiten", het rapporteren en adviseren aan de cliëntorganisatie, de betrokkenheid van de cliëntorganisatie bij het BGZ-beleid, de effecten van advisering, het intern of extern bijsturen van het beleid, en het overleg. Verder is gevraagd naar de doeleinden die men nastreeft, de knelpunten en pluspunten die men ervaart en de suggesties die men heeft om dergelijke knelpunten op te lossen. Over de activiteiten zijn evaluatievragen voorgelegd.

Er is een steekproef samengesteld van 42 diensten, waaruit 51 zorgsituaties zijn gekozen, gelijkmatig verdeeld naar industrie of dienstverlening, grootte van de organisatie, type BGD en organisatorische plaats van de verzekeringsgeneeskundige taak wat betreft ziekteverzuim. Daarmee geven deze situaties een representatief beeld van de BGZ.

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden worden de resultaten eerst globaal, zonder onderscheid naar BGD- en cliëntkenmerken, beschreven. Enkele

opvallende uitkomsten hierbij zijn, dat men in alle situaties aan begeleiding bij langdurig verzuim doet en ook zeer vaak bij frequent kort verzuim. Ook GVO komt als aparte activiteit vrij vaak voor.

Het zwaartepunt in het onderzoek ligt bij de tweede onderzoeksvraag naar de oordelen over de eigen activiteiten. Opvallend is onder meer dat men minder tijd aan aanstellingskeuringen en APO wil besteden en meer aan primaire preventie (PBGO, werkplekbezoek en -onderzoek), dat velen het begeleiden van kort verzuim bedreigend vinden voor de vertrouwensrelatie met de werknemers, ook als het niet om controle gaat, dat er verbetering in de contacten met OR en VGW-commissie gewenst wordt, dat men vindt dat de helft van de cliëntorganisaties te weinig bij de BGZ betrokken is, maar dat men anderzijds ook kritiek op het eigen handelen heeft. Vervolgens worden de resultaten per BGD- en cliëntkenmerk behandeld, zodat een meer gedifferentieerd beeld ontstaat.

In verband met de tweede onderzoeksvraag worden verkenningen uitgevoerd met acht kwaliteitsindicatoren, nl. voldoende tijd voor de activiteiten, tevredenheid over de tijdsbesteding, het vinden van nieuwe knelpunten in het werk, het percentage bereikte werknemers, de resultaten van de advisering aan de cliënt en aan de werknemer, het globale oordeel over de effectiviteit van de BGZ en de relatieve invloed van de BGD op het oplossen van BGZ-problemen. Deze indicatoren hebben geen duidelijk verbanden met de BGD- en cliëntkenmerken, maar er zijn wel enkele onderliggende factoren te onderscheiden. Het betreft hier de bedrijfs- en werkgerichtheid van de BGD, de afstemming van BGD en cliëntorganisatie en de individugerichtheid van de BGD.

De derde onderzoeksvraag gaat over de ervaren knelpunten en pluspunten bij het uitvoeren van de BGZ-activiteiten. Het proces van zorgverlening wordt daarbij weinig genoemd, de personele en materiële uitrusting veel, met name de capaciteit om aan werkplekbezoek en -onderzoek en GVO te doen. Bij de suggesties ter verbetering van de zorg (onderzoeksvraag vier) bleken sommige activiteiten ter discussie te staan, met name de aanstellingskeuring en de begeleiding van ziekteverzuim. De aanstellingskeuring zou gericht moeten plaatsvinden, bij de begeleiding van verzuim zou de rolonduidelijkheid van de BA of BVK (vertrouwenspersoon of controleur?) moeten worden opgeheven. Verder wordt gesuggered, het APO om te bouwen tot PBGO en meer menskracht ter beschikking te stellen voor werkplekbezoek en GVO.

Het rapport sluit met een discussie over vier brede onderwerpen, nl. de BGZ-activiteiten, de relaties van de BGD met de andere betrokken partijen in de cliëntorganisatie, enkele meer algemene punten, en de doeleinden, maatstaven en effectiviteit van de BGZ. Belangrijke punten wat betreft de BGZ-activiteiten zijn de inrichting van het aanstellingsonderzoek, het gebruik dat de werknemers van het spreekuur maken, de wenselijkheid van verschuiving van APO naar PBGO, het gebruik van groepsgegevens, en de begeleiding van verzuim. De algemene opvattingen van werkgevers en werknemers uit publikaties worden hierbij betrokken en er wordt een onduidelijkheid gesignaleerd wat betreft de doeleinden die de betrokkenen met verzuimbegeleiding nastreven. Wat betreft de relatie van de zorgverleners met de andere partijen in de hier onderzochte situaties, kan uiteraard nu nog niet vastgesteld worden, in hoeverre er diepgaande verschillen van opvatting tussen werkgevers en werknemers inzake de BGZ bestaan; dit wordt in de tweede fase van het onderzoek een belangrijk vraagpunt. De discussie over algemenere zaken gaat in op de ervaren geringe betrokkenheid van de cliëntorganisaties bij de BGZ en de vraag of er algemeen geldende maatstaven zijn voor elke BGD in elke situatie. De discussie over doeleinden, maatstaven en effectiviteit van de BGZ gaat in op de mogelijkheid, meer concrete kwaliteitsmaatstaven voor BGZ in te voeren (hetgeen mogelijk en wenselijk wordt geacht), op de gevolgen van het hanteren van globale maatstaven (hetgeen zijn problemen meebrengt) en de vraag waarom de zorgverleners zelf globale maatstaven hanteren (onder meer omdat al te specifieke maatstaven misleidend kunnen zijn, en omdat de BGD zelf wellicht zo autonoom mogelijk wil blijven). Besloten wordt met de constatering dat de onderzoeksuitkomsten, zeker als die aangevuld zijn met die uit het reeds gestarte deelonderzoek onder de betrokken partijen in de cliëntorganisaties, gebruikt kunnen worden voor het ontwikkelen van criteria voor de kwaliteit en de effectiviteit van BGZ.

VOORWOORD

In de hele gezondheidszorg speelt de vraag naar de optimale grens. Wat is effectief? Hoe meten we die effectiviteit? Wat kan nog betaald worden? Welke kwaliteitscriteria kunnen worden aangelegd om de gezondheidszorg te beoordelen? Kortom, welke overwegingen en criteria sturen een gezondheidsbeleid?

In de bedrijfsgezondheidszorg is dat niet zoveel anders. Het neo-pragmatisme van de tachtiger jaren heeft met betrekking tot vele bedrijfsdiensten de vraag gesteld naar nut, kwaliteit en "toegevoegde waarde". Sommigen denken daarbij aan kostenbesparing door verzuimreductie, anderen aan gezondheidspromotie door aandacht voor de werkplek. Een nauwkeuriger observator van het reilen en zeilen van bedrijfsgezondheidsdiensten zal evenwel een groter aantal werkkerreinen en effectiviteitsgebieden ontdekken, die net als de eerste twee genoemde niet gemakkelijk in een oorzaak-gevolg relatie kunnen worden gebracht.

De vraag naar kwaliteit en toegevoegde waarde is evenwel te intrigerend om haar onbeantwoord te kunnen laten. Dit rapport presenteert een poging om een begin van een antwoord te vinden. Het mag wat merkwaardig voorkomen dat dit antwoord in eerste instantie is gezocht bij de werkers in de bedrijfsgezondheidszorg zelf. Een lid van de begeleidingsgroep drukte het zo uit: "Hoe kun je de kaasboer nu naar de kwaliteit van zijn kaas vragen?". Het antwoord dat de onderzoekers op die vraag geven is even eenvoudig als de vraag: "Je zult toch eerst iets van kaas moeten eten voordat je over haar kwaliteit kunt oordelen." En over die kaas kan de "kaasboer" een heleboel interessante dingen vertellen.

De onderzoekers hebben met een diepgravende interesse en grote aandacht voor detail het functioneren van bedrijfsgezondheidsdiensten onder de loupe genomen. Tegelijk hebben zij geprobeerd die vraag naar nut, kwaliteit en toegevoegde waarde bij de werkers in de bedrijfsgezondheidszorg zelf wakker te roepen.

Daarin zijn zij geslaagd. Ze hebben een ordening aangebracht en doorkijkjes gepresenteerd. Ze hebben vragen wakker gemaakt en puzzels op tafel gelegd. Ze

hebben de vanzelfsprekendheid bespreekbaar gemaakt en met dat alles een weg opengesteld naar een vervolgonderzoek dat de vraag naar nut, kwaliteit en toegevoegde waarde stelt aan de "klanten" van de bedrijfsgezondheidszorg: de werkgevers en werknemers.

Het lezen van het rapport vraagt geduld en concentratie. Maar die moeite wordt beloond.

Drs. J.G. Scheurer,
voorzitter van de begeleidingscommissie.

LEDENLIJST BEGELEIDINGSCOMMISSIE

A.M.N.G. van Attekum, bedrijfsarts	onderzoeker bij de R.U. Limburg en bedrijfsarts bij de Stichting BGZ Zuid-Limburg
Mw J.G. Bontekoe	bedrijfsverpleegkundige bij de BGD van IBM
Dr P. Buijs	wetenschappelijk medewerker van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden
S. Buma, arts	hoofd Afdeling Organisatie BGZ van het DGA
H. Hoolboom, bedrijfsarts (tot 1/8/'89)	coördinerend staffunctionaris NIPG/TNO
Drs H.D. Levie	beleidsmedewerker van de Industriebond FNV
R.D. Lindeboom, bedrijfsarts	hoofd afd. BGZ van de GGD Utrecht
Mw M.W.A. Miserus, bedrijfsarts	bedrijfsarts bij de BGD Haarlem
Dr H.N. Plomp	universitair docent aan de VU Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde
Drs J.G. Scheurer (voorzitter)	directeur Personele Zaken Nederlandse Philipsbedrijven
Ir S.J. Veenstra	arbeidshygiënist bij de Stichting BGD Alkmaar; sinds 1/1/'90 bij Arbobureau Veenstra

DANKWOORD

Aan het totstandkomen van dit onderzoek heeft een groot aantal personen bijgedragen. In de eerste plaats moeten de deelnemende BGD-en en hun vertegenwoordigers genoemd worden die veel tijd en moeite aan het onderzoek hebben besteed. Hun is anonimiteit beloofd zodat hier geen namen kunnen worden vermeld, maar een collectief woord van dank aan hun adres is hier zeker op zijn plaats.

Vanuit het NIPG zijn bijdragen geleverd, door het geven van commentaar op het onderzoeksontwerp of dit verslag. Genoemd moeten worden, in alfabetische volgorde: S.A. van den Berg, R.W.M Gründemann, H. Hoolboom, M. Kastelein, F.H.G. Marcelissen, D.J. van Putten, P.G.W. Smulders, C.W.J. Wevers en J.H.B.M. Willems. De heer Hoolboom is bovendien in zijn adviseursrol gids geweest bij de benadering van het veld; de heer Wevers leverde een extra bijdrage door een aanzienlijk deel van het veldwerk voor zijn rekening te nemen. Wij danken allen voor hun opbouwende medewerking.

Tenslotte gaat onze dank uit naar de leden van de begeleidingscommissie die door het Directoraat-Generaal van de Arbeid is ingesteld. De brede samenstelling van de commissie en de inzet van de leden hebben voor ons tot een vruchtbare en boeiende samenwerking geleid, waar we met genoegen aan terug denken.

Tekortkomingen in het onderzoek blijven vanzelfsprekend voor onze rekening.

De auteurs

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING, DOELSTELLING EN OPZET RAPPORT	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Doelstelling van het eerste deelonderzoek	1
1.3 Opzet van dit rapport	2
2. DE BEGRIPPEN 'KWALITEIT' EN 'EFFECTIVITEIT'; VRAAGSTELLING	4
2.1 Kwaliteit en effectiviteit in het algemeen	4
2.2 Kwaliteit en effectiviteit van BGZ; theoretische uitgangspunten	7
2.2.1 Is het effect van BGZ meetbaar?	7
2.2.2 Het effect van de BGZ en de wijze van zorgverlening	9
2.2.3 De kring van betrokkenen als beoordelaars en hun doeleinden	11
2.2.4 Twee deelonderzoeken	12
2.2.5 Evaluatiedimensies	13
2.2.6 De concrete zorgsituatie als eenheid van onderzoek	14
2.3 De vier onderzoeksvragen	15
3. DE METHODE	17
3.1 De operationalisatie	17
3.1.1 Het proces, de output en de effecten van de geleverde BGZ in zeven thema's	17
3.1.2 De gebruikte evaluatie-dimensies	20
3.1.3 De kenmerken van de BGD en de cliëntorganisatie	21
3.2 De gebruikte instrumenten	23
3.3 De populatie en de steekproef	24

3.4	De benadering van de betrokken beroepsbeoefenaren	28
3.5	Respons van de BGD-en en de beroepsbeoefenaren	29
3.6	De feitelijke steekproef	30
3.7	De analyses	31
4.	RESULTATEN: EEN GLOBALE BESCHRIJVING	34
4.1	De resultaten per thema	34
4.1.1	De BGZ-activiteiten	34
4.1.2	Informatie voor interne sturing van de activiteiten	37
4.1.3	Extern overleg	43
4.1.4	Advisering	47
4.1.5	Resultaat advisering	49
4.1.6	Beleid cliëntorganisatie	51
4.1.7	Externe sturing	55
4.2	Doeleinden en maatstaven voor effectief BGZ-beleid, genoemd door de beroepsbeoefenaren zelf	60
4.2.1	Inleiding	60
4.2.2	De doeleinden	61
4.2.3	De maatstaven	61
4.2.4	Conclusies	64
4.3	Samenvatting van de resultaten	65
5.	RESULTATEN: BESCHRIJVING VOLGENS DE ZES BGD- EN CLIENTKENMERKEN	70
5.1	De samenhangen tussen de zes BGD- en cliëntkenmerken	70
5.2	Thema's per BGD- en cliëntkenmerk	73
5.2.1	Type BGD	76
5.2.2	Samenstelling BGZ-team	81
5.2.3	Plaats van de VG-taak	87
5.2.4	Industrie/dienstverlening	93
5.2.5	Grootteklasse cliëntorganisatie	97
5.2.6	Financiële-economische positie cliëntorganisatie	104

5.3	Samenvatting van de resultaten	108
6.	RESULTATEN: VERKENNENDE ANALYSES MET ACHT KWALITEITSINDICATOREN	115
6.1	Inleiding	115
6.2	De keuze van acht kwaliteitsindicatoren	116
6.3	De wijze van analyseren	118
6.4	De resultaten per kwaliteitsindicator	123
6.4.1	Voldoende aandacht voor de activiteiten	123
6.4.2	Nieuwe knelpunten in werk en gezondheid	123
6.4.3	Bereikt deel van de doelgroepen	124
6.4.4	Tevredenheid met de tijdbesteding	124
6.4.5	Effecten van de advisering aan de cliëntorganisatie	125
6.4.6	Effecten van de advisering aan individuele werknemers	125
6.4.7	Globaal oordeel over doeltreffendheid geleverde BGZ	126
6.4.8	Invloed BGD op oplossing BGZ-problemen	126
6.5	Verdere analyses op de BGD- en cliëntkenmerken en de proces-, en output-variabelen	127
6.5.1	Factoren in de proces- en outputvariabelen	127
6.5.2	Samenhangen tussen de BGD- en cliëntkenmerken en de proces- en output-variabelen	130
6.6	Kwaliteitscriteria: conclusies en discussie	132
7.	KNELPUNTEN, PLUSPUNTEN EN SUGGESTIES TER VERBETERING VAN DE BGZ	135
7.1	Knelpunten en pluspunten bij het verlenen van BGZ	135
7.2	Suggesties ter verbetering van de activiteiten	138
7.3	Samenvatting van de resultaten	145

8. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	147
8.1 De opzet van het onderzoek	147
8.1.1 Doel van het onderzoek, vraagstelling	147
8.1.2 De onderzochte activiteiten	148
8.1.3 De oordelen van de beroepsbeoefenaren	149
8.1.4 De benadering van de beroepsbeoefenaren	149
8.1.5 Deelname door de BGD-en en de beroepsbeoefenaren	150
8.1.6 Wijze van beschrijven van de resultaten	151
8.2 Samenvatting van de onderzoeksresultaten	153
8.2.1 Globale resultaten	153
8.2.2 Resultaten per BGD- en cliëntkenmerk	157
8.2.3 Verkennende analyses met acht kwaliteitsindicatoren	167
8.2.4 Knelpunten, pluspunten en suggesties	168
8.2.5 Terugblik op de vraagstelling	169
8.3 Discussie	170
8.3.1 Discussie over de BGZ-activiteiten en de evaluatie door de beroepsbeoefenaren	171
8.3.2 Discussie over de relaties met de andere betrokken partijen	175
8.3.3 Discussie over enkele meer algemene punten	177
8.3.4 Discussie over doeleinden, maatstaven en effectiviteit	180
LITERATUUR	185
BIJLAGEN	189

1 INLEIDING, DOELSTELLING EN OPZET RAPPORT

1.1 Inleiding

In opdracht van en in overleg met het Directoraat-Generaal van de Arbeid (DGA) is door het NIPG/TNO een aantal onderzoeksactiviteiten ter hand genomen op het gebied van kwaliteit en effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg (BGZ). De belangstelling van het DGA gaat daarbij in het bijzonder uit naar de kwaliteitscriteria die voor de BGZ zouden kunnen gelden. Het algemene doel van dit onderzoek is het leveren van informatie die de discussie tussen de betrokkenen (de overheid en de diverse bij de BGZ betrokken partijen) over de kwaliteit van BGZ kan voeden. Daarmee wil het NIPG een bijdrage aan de ontwikkeling van de zorg leveren.

De discussie met een aantal betrokkenen (waaronder het DGA) heeft geleid tot een denkkader en een aantal onderzoeksplannen die zijn vastgelegd in een discussienota (Draaisma, 1987a).

Een deel van deze plannen is in een afrondingsfase met publikaties (Draaisma, Dam & Marcelissen, 1989a en 1989b; Draaisma, ter perse). De rest is in uitvoering en betreft een onderzoek (in opdracht van het DGA) naar het oordeel van de betrokken beroepsbeoefenaren over de effectiviteit van de BGZ die zij zelf verlenen. Het is uitgevoerd in een steekproef van 51 zorgsituaties, d.w.z. de BGZ die aan 51 bedrijven en instellingen wordt verleend. Het voorstel voor dit onderzoek (Draaisma, 1987) omvat een complementair deelonderzoek naar de effectiviteit van de BGZ naar het oordeel van de ontvangers van de zorg: de werkgevers en werknemers binnen dezelfde 51 bedrijven en instellingen. Dit laatste is inmiddels aansluitend aan het eerste deelonderzoek in uitvoering.

1.2 Doelstelling van het eerste deelonderzoek

Het doel van het onderzoek als geheel is descriptief. Het gaat erom te beschrijven hoe de betrokken partijen (zorgverleners en -ontvangers) de BGZ zien, en in het bijzonder hoe zij, gegeven hun doeleinden en hun maatstaven, over de zorg

oordelen met expliciet of impliciet de effectiviteit van de zorg als criterium. In het deelonderzoek waar dit rapport over gaat, worden de waarneming en de oordelen van de beroepsbeoefenaren binnen de BGZ onderzocht. Deze informatie kan door de overheid en het veld zelf benut worden in de lopende discussie over de gewenste kwaliteit van BGZ.

1.3 Opzet van dit rapport

Hierna worden in hoofdstuk 2 de begrippen 'kwaliteit' en 'effectiviteit' verhelderd. Deze begrippen, zoals gebruikt in de algemene literatuur over evaluatie, worden toegepast op de bedrijfsgezondheidszorg. Aan de hand hiervan worden de vier onderzoeksvragen uitgewerkt, namelijk welke activiteiten er in de BGZ worden verricht, hoe de beroepsbeoefenaren daar over oordelen, welke positieve en negatieve punten zij daarbij ervaren, en welke suggesties zij ter verbetering van de zorg hebben.

Hoofdstuk 3 bespreekt de gevolgde onderzoeksmethode. Hierin worden de ontwikkelde begrippen toegepast op de 'beleidscyclus' in de BGZ, die globaal loopt van BGZ-activiteiten via evaluatie tot bijsturing van de activiteiten. Daarna worden de vragenlijsten besproken die in het onderzoek zijn gebruikt. Vervolgens wordt aandacht gegeven aan de nagestreefde steekproef, waarbij de combinatie van BGD (of BGZ-team) met de cliëntorganisatie de eenheid is, aan de wijze van benaderen van de beroepsbeoefenaren in de BGD-en en aan de uiteindelijk gerealiseerde steekproef. Tenslotte wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op het analyseplan, de bewerking van de verkregen gegevens.

In hoofdstuk 4 wordt vervolgens een globale beschrijving van de resultaten uit het onderzoek gegeven. Afzonderlijk wordt nagegaan welke doeleinden en maatstaven van BGZ de zorgverleners noemen, in het bijzonder met het oog op de effectiviteit van de zorg.

Geeft hoofdstuk 4 een globale beschrijving van resultaten, hoofdstuk 5 verbijzondert de uitkomsten voor zes BGD- en cliëntkenmerken. Zo komen achtereenvolgens de resultaten aan de orde gerangschikt naar type BGD, type BGZ-team, organisatorische plaats van de verzekeringsgeneeskundige taak betreffende ziekteverzuim, aard van de cliëntorganisatie (industriële of dienstverlenend), grootteklasse en financieel-economische situatie van de cliëntorganisatie. Met de hoofd-

stukken 4 en 5 zijn de onderzoeksresultaten in eerste aanleg beschreven.

In hoofdstuk 6 wordt een deel van de variabelen op exploratieve wijze in onderlinge samenhang bekeken. De analyses zijn vooral gericht op een achttal kwaliteitsindicatoren die bij de beoordeling van de geleverde BGZ een rol zouden kunnen spelen. Er wordt nagegaan hoe de kwaliteitsindicatoren samenhangen met elkaar, met andere kenmerken van de geleverde BGZ en met kenmerken van de BGZ-teams en cliëntorganisaties. Aan het eind van hoofdstuk 6 gaat de discussie in op de vraag hoe de aan te leggen kwaliteitscriteria met de zorgsituatie kunnen samenhangen.

Hoofdstuk 7 geeft een overzicht van zowel de knelpunten en pluspunten die de zorgverleners in hun praktijk ervaren, als van de suggesties die zij hebben gedaan tot verbetering van de BGZ.

Hoofdstuk 8 tot slot, geeft een overzicht van de opzet van het onderzoek, vat alle resultaten samen, beziet de resultaten tegen de vier onderzoeksvragen en zet de onderzoeksuitkomsten in perspectief in een discussie. Dit hoofdstuk bevat dus in kort bestek de belangrijkste informatie wat betreft het onderzoek als geheel.

2. DE BEGRIPPEN 'KWALITEIT' EN 'EFFECTIVITEIT'; VRAAGSTELLING

2.1 Kwaliteit en effectiviteit in het algemeen

In een literatuuronderzoek over de kritiek van werkgevers en werknemers op het functioneren van de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) werd door Draaisma (1987a) geconstateerd dat voor kwaliteit en effectiviteit van BGZ geen uitgewerkt begrippenapparaat bestaat*. Daarom is in dit hoofdstuk aansluiting gezocht bij de uitwerking van de kwaliteitsbegrippen terzake van industriële produkten, dienstverlening in de non-profit sector en klinisch-medische zorg. Er wordt gebruik gemaakt van een aantal kernpublicaties om een relatie te leggen tussen deze begrippen en kwaliteit en effectiviteit in de BGZ.

Waar het de industrie betreft, is de definitie van Juran (1974) algemeen geaccepteerd, die zegt dat de kwaliteit van een industrieel produkt de geschiktheid voor het gebruik is. Van der Hart (1983) constateert in navolging van Rathmell (1974) dat voor verleende diensten (anders dan voor industriële produkten) geen uniforme kwaliteitsnormen bestaan. Nadat de prestatie geleverd is, kan men hooguit de cliënten een kwaliteitsoordeel vragen. Grönroos (1980) definieert drie elementen aan de kwaliteit van diensten:

- de mate waarin aan het doel van de cliënt tegemoet gekomen wordt (hij noemt dit de technische kwaliteit);
- de mate waarin de dienst in een aangename omgeving en op een aangename wijze wordt verleend (de functionele kwaliteit);
- de roep die de dienstverlener heeft en waarop de cliënt veelal afgaat (het 'corporate image'), omdat hij onvoldoende inzicht heeft in de technische en functionele kwaliteit.

* Eén van de meest algemene publicaties op het gebied van het begrip 'kwaliteit', de norm NEN-ISO 9000 (NEN-ISO, 1988) is later verschenen; deze geeft zeer abstracte uitgangspunten voor de keuze van systemen van kwaliteitsborging binnen organisaties; de definitie van het begrip 'kwaliteit' blijft echter impliciet, zodat een en ander geen meerwaarde heeft voor de beschouwing hier.

Donabedian (1980, 1982) heeft, onafhankelijk van de bovenstaande auteurs, een systematische grondslag gelegd voor het kwaliteitsbegrip in de klinische zorg. Hij concludeert uit een aantal empirische studies dat de kwaliteit van de zorg steeds gedefinieerd wordt in termen van eigenschappen van de zorgverleners en hun gedrag. Hij onderscheidt daarbij drie aspecten:

- de technische competentie van de zorgverleners, die ervoor moet zorgen dat de zorg effectief is m.b.t. de gezondheid;
- de interactie tussen de zorgverlener en de patiënt, die zo moet zijn, dat de gezondheid en de genezing wordt bevorderd, althans niet tegengegaan;
- de geriefelijkheid van de omgeving waarin de zorg plaatsvindt.

Verder stelt Donabedian dat het effect, het resultaat van de zorg (dit is gezondheid en genezing) niet het enige criterium kan zijn, omdat over de relatie oorzaak-behandeling-resultaat vaak onzekerheid bestaat. In ieder geval is bij de patiënt het inzicht in deze relatie vaak afwezig; vandaar dat voor diens oordeel over de zorg vooral de interactie met de zorgverlener van belang is. De geriefelijkheid van de omgeving waarin de behandeling plaats vindt speelt ook mee, maar is minder belangrijk. Toch oriënteert ook de patiënt zich in laatste instantie op de technische competentie, dus op het effect. Hiermee wil Donabedian niet zeggen dat er geen situaties zijn, waarin concrete effectcriteria bruikbaar zijn. Dit zijn echter de meer extreme situaties; bijvoorbeeld als in een bepaald ziekenhuis buitengewoon veel patiënten overlijden, vergeleken met gelijksoortige ziekenhuizen en gelijksoortige aandoeningen, dan is de kwaliteit van het ziekenhuis niet goed.

Er kan nu geconcludeerd worden dat de hier vermelde bronnen gemeen hebben dat een uitspraak over de kwaliteit van een industrieel produkt, een dienst of zorg een oordeel inhoudt aan de hand van een norm of standaard over de mate waarin voor de cliënt het gewenste effect of doel bereikt wordt, met andere woorden effectief of doeltreffend is. Het criterium voor kwaliteit is dus in laatste instantie de mate van effectiviteit, maar in het oordeel hierover spelen de leveranciers en de klanten of patiënten hun eigen rol. Voor de laatsten bestaat deze uit het al of niet accepteren van "het geleverde". In het geval van een industrieel produkt kan de klant vrij gemakkelijk een oordeel over de effectivi-

teit (de doeltreffendheid) hebben, maar in het geval van een verleende dienst of klinische zorg is dit moeilijker. Daarin spelen andere factoren mee, namelijk de wijze van dienst- of zorgverlening en de context waarin dit gebeurt.

De organisatieliteratuur kent het begrip effectiviteit in een betekenis die bij het voorgaande aansluit, maar voegt daar een aspect aan toe. Er komt namelijk bij dat de effectiviteit van een organisatie niet aan één maar aan meerdere doeleinden moet worden getoetst, aangezien de verschillende betrokkenen meestal verschillende doeleinden en verwachtingen hebben die uit hun uiteenlopende belangen voortkomen. Deze benadering van effectiviteit, waarbij de belanghebbers allemaal hun eigen oordeel hebben, staat bekend als de 'constituency-' (of 'stakeholders'-) benadering (Seashore, 1983)*.

Te concluderen is dat in overzichtelijke situaties, zoals van een industrieel produkt, de kwaliteit te beoordelen is aan de doeltreffendheid of effectiviteit van het produkt. Als de effectiviteit moeilijker te bepalen is, zoals in de klinische zorg of bij dienstverlening, dan baseren de betrokken partijen hun oordeel over de kwaliteit mede op wijze, waarop en de context waarin de zorg of dienst verleend wordt. Zijn er meerdere betrokken partijen, dan zijn er ook meerdere kwaliteitsoordelen. De vraag is nu of deze begripsmatige analyse van toepassing is op BGZ. Dit komt in de volgende paragraaf aan de orde.

* De Raad voor Gezondheidsonderzoek (1990) heeft inmiddels voor het onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg ook dit uitgangspunt gebruikt: meerdere betrokken partijen kunnen oordelen over meerdere aspecten van de zorg, bv. de patiënt over genezing van zijn ziekte, de financier over de inkomsten/uitgaven-verhouding. Een hiërarchie van doelstellingen is echter niet te ontdekken, zodat het lijkt, alsof deze nevenschikkend zijn (p.13). Dit is aanvechtbaar, omdat genezing voorop staat, de andere doelstellingen zijn daarvan afgeleid. Wijkt men hier van af, dan riskeert men de middelen tot doelen te verheffen.

2.2 Kwaliteit en effectiviteit van BGZ; theoretische uitgangspunten

2.2.1 Is het effect van BGZ meetbaar?

In de literatuur over het kwaliteitsbegrip bleek het vormen van een oordeel over de effectiviteit van diensten of van klinische zorg het grootste probleem te zijn. Ook de BGZ is een vorm van dienstverlening of zorg. Daarom is de eerste vraag nu in hoeverre de doeltreffendheid of effectiviteit van BGZ is vast te stellen.

Aangezien doeltreffendheid het bereiken van het doel is, ligt een nadere beschouwing van het doel van BGZ voor de hand. Dit doel ligt vast in de Arbowet en er bestaat consensus over in de BGZ-wereld (Rapport van de Commissie van Bijstand en Advies, 1979). Volgens artikel 18, lid 3, is het doel: "het beschermen en het bevorderen van de gezondheid van de werknemers, voor zover het betreft problemen die samenhangen met de verhouding waarin werknemers staan tot hun arbeid en arbeidsmilieu". Hieruit volgt dat voor de effectiviteit van de zorg de gezondheid van de werknemers als effectcriterium zou moeten dienen. De vraag is dus of dit te realiseren is.

Donabedian (1980) constateert over de klinische zorg dat er vele onzekerheden bestaan over de keten oorzaak - behandeling - gezondheidseffect. Dergelijke onzekerheden bestaan ook in de BGZ, getuige het feit dat van vele ziekten niet vaststaat of ze door het werk veroorzaakt worden, met andere woorden, of het beroepsziekten zijn of niet (DGA, 1985). Bovendien zijn er in het bijzonder in de BGZ nog andere complicaties aanwezig. Ten eerste is in de BGZ de preventietaak niet gericht op het herstellen van gezondheidsschade, maar op het treffen van preventieve maatregelen die het ontstaan van of het verergeren van gezondheidsschade moeten voorkomen. Bij het beoordelen van het gewenste effect, namelijk bevordering en bescherming van de gezondheid, geldt de principiële en onoplosbare moeilijkheid dat er onzekerheid is over de gevolgen indien er geen maatregelen waren genomen. Wanneer er reeds gevallen van gezondheidsschade in een bepaalde werksituatie zijn opgetreden en er worden maatregelen ter verbetering genomen, dan wordt het beoordelen van het effect van maatregelen door een andere oorzaak bemoeilijkt. Door de mogelijke invloed van allerlei doorkruisende factoren (werkfactoren, menselijke factoren in de werksituatie of

privé-factoren) is het namelijk vaak niet vast te stellen of het effect door de maatregelen werd veroorzaakt of niet. Daar komt nog bij dat kennis van factoren in de privé-situatie veelal ontbreekt. Eén en ander betekent dat, hoewel voor sommige gezondheidsaspecten de relatie tussen oorzaak en gevolg wel vaststaat, in het algemeen de effectiviteit van de interventies niet vastgesteld kan worden, met de gezondheid van de werknemers als criterium.

Nu zou dit probleem in zekere mate overwonnen kunnen worden doordat het veelal om groepen werknemers met gemeenschappelijke problemen gaat. Dit geeft mogelijkheden om kwantitatieve, statistische uitspraken te doen. Het feit alleen al dat het meestal om een breed scala van mogelijke gezondheidsproblemen gaat, maakt dit echter bijzonder moeilijk. Voor een systematische meting en registratie van alle aspecten van gezondheid zijn namelijk nog onvoldoende instrumenten ontwikkeld (Sturmans et al., 1982). Bovendien ontbreken in de praktijk vaak voldoende bruikbare gegevens over die deelaspecten van gezondheid waarvoor wel meetmethoden bestaan.

De conclusie uit het voorgaande is, dat de effectiviteit van de zorg niet op één of enkele eenduidige resultaten van die zorg als criteria van de zorg gebaseerd kan worden. Net als in het geval van klinische zorg (zie paragraaf 2.1) is er daarom geen andere weg dan de kwaliteit van BGZ vast te stellen door middel van oordelen over effectiviteit van de zorg en over de wijze waarop de zorgverlening plaatsvindt.

Gegeven deze conclusie is de kwestie, hoe het onderzoek moet worden ingericht. Er rijst daarbij een aantal praktische vragen:

- hoe verhouden de beide oordelen over de effectiviteit van de zorg en over de wijze van zorgverlening zich tot elkaar? (paragraaf 2.2.2);
- welke zijn de (be)oordelende partijen? (paragraaf 2.2.3);
- in welke fasen moeten de oordelen aan de verschillende partijen gevraagd worden? (paragraaf 2.2.4);
- welke evaluatiedimensies moeten worden voorgelegd? (paragraaf 2.2.5);
- over welke onderzoekseenheid dienen de vragen te gaan? (paragraaf 2.2.6);
- welke zijn de kernvragen van het onderzoek? (paragraaf 2.3).

2.2.2 Het effect van de BGZ en de wijze van zorgverlening

Zoals eerder werd vermeld, gaat Donabedian (1980, 1982) er vanuit dat de effectiviteit van de klinische zorg niet met zekerheid vast te stellen is, zeker niet door de patiënt. Het beoordelingscriterium verschuift daardoor deels van het gezondheidseffect van de zorg (de 'outcome' genoemd) naar de zorgverlening die voorafgaat aan het effect. Donabedian onderscheid daarbij de structuur en het proces van de zorgverlening. Onder structuur verstaat hij het geheel van stabiele kenmerken van de zorgverleners, van de instrumenten en de middelen, en van de materiële en organisatorische context waarin de zorg plaatsvindt. De structuur duidt dus op de voorzieningen ten behoeve van de zorgverlening. Het proces van de zorgverlening duidt op de kenmerken van de zorghandelingen en activiteiten, dus op het professionele handelen. Donabedian meent dat de structuur voor de kwaliteit van de klinische zorg van het grootste belang is, maar dat de structuur voor de beoordeling van de kwaliteit geen geschikt instrument is. Er zouden slechts zeer algemene tendenties mee aan te geven zijn, zeker omdat er onvoldoende wetenschappelijke kennis bestaat over de relatie tussen de structuur en het gezondheidseffect van de zorgverlening. De vraag is of deze argumentatie ook geldt voor de evaluatie van de BGZ.

Het is ook in de BGZ bij voorbaat duidelijk dat de structuur van groot belang is voor de kwaliteit en de effectiviteit van de geleverde zorg. Het probleem is hierbij echter, dat er weinig kennis over deze structuur is op grond van onderzoek. Verder is, zoals al bleek, in de BGZ de kwaliteit en de effectiviteit niet direct vast te stellen; daardoor kan ook de relatie tussen de structuur en kwaliteit/effectiviteit niet bepaald worden. Dit brengt met zich mee, dat de structuur van de BGZ niet als indicator voor kwaliteit en effectiviteit van de BGZ te gebruiken is. Toch moet er veel belang aan die structuur gehecht worden, ook al omdat de wet eisen stelt aan de structuur van de BGZ (uit de Arbwet komt bijvoorbeeld de eis voort, dat een geregistreerd bedrijfsarts hoofd van de BGD is). Om deze redenen wordt er in het onderzoek toch, afwijkend van Donabedian's opvatting, afzonderlijk naar de structuur van de BGZ gekeken. De uitwerking hiervan gebeurt in paragraaf 3.1.2.

In de BGZ is de relatie tussen proces en outcome nog ingewikkelder dan in de klinische zorg. Het onderscheid is voor BGZ zeker zinvol, maar onvoldoende. Er moet in de BGZ naast de 'outcome' namelijk ook een 'output' worden onderscheiden. Op deze punten wordt nu achtereenvolgens ingegaan.

In de klinische zorg zijn de handelingen direct gericht op ingrijpen in de gezondheidstoestand van de patiënt. In de BGZ zijn de activiteiten slechts voor een klein deel daarop gericht. De meeste BGZ-activiteiten zijn indirect van betekenis voor de gezondheid; de activiteiten leiden tot rapportages of adviezen aan individuen of functionarissen in het bedrijf. Aan de hand van deze adviezen kunnen individuele werknemers hun gedrag veranderen of kunnen door het bedrijf maatregelen worden genomen, die betrekking hebben op de werknemers of op het werk. Dit moet tot effecten leiden (veelal indirect, via het werk en eventueel later) in de gezondheid van de werknemers. Het effect op de gezondheid van de werknemers staat op dezelfde lijn als de 'outcome' van Donabedian, maar moet niet als het enige effect gezien worden. Het gezondheidseffect en het effect op werkomstandigheden moeten hier namelijk als twee gelijkwaardige categorieën gezien worden, en wel om twee redenen. Ten eerste richt de BGD zich daadwerkelijk op beide fenomenen, zowel op gezondheidsadviezen als op adviezen m.b.t. het werk. Ten tweede staat het precieze effect van veranderingen in het werk op de gezondheid vaak niet vast. Het is dan ook zinvol in dit onderzoek twee categorieën van 'outcome' te onderscheiden, namelijk effecten op het werk en effecten op de gezondheid.

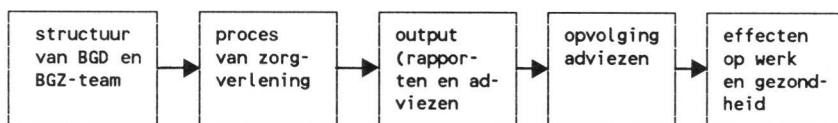
De finale gezondheidseffecten zijn mede afhankelijk van de wijze waarop de werknemers of de werkgever met de adviezen omgaan. Het advies is een belangrijke schakel tussen het proces van zorgverlening en de effecten. Het is daarom zinvol de adviezen en rapporten van de BGD als output of produkt van het zorgproces te onderscheiden. Hier wordt de term 'output' gebruikt.

Hiermee moet overigens niet de indruk ontstaan dat het opvolgen van adviezen in de BGZ net zo zou verlopen als in de klinische zorg. Volgens de redenering van Donabedian is in de sociale gezondheidszorg namelijk niet zozeer de afweziging over de wenselijkheid van een maatregel voor de individuele patiënt in het geding, maar in sterkere mate het verdelvingsvraagstuk van de opbrengsten van

maatregelen over de verzorgde populatie. Dat betekent dat de opvolging van een advies in de BGZ veel minder vanzelfsprekend is en dat het concurreert met andere adviezen op het terrein van BGZ en daarbuiten.

De conclusie is het volgende. Er moet analytisch onderscheid gemaakt worden tussen de structuur van de voorzieningen voor BGZ, het proces van zorgverlening, de output in de vorm van rapporten en adviezen, en de effecten op het werk en de gezondheid. Het proces van zorgverlening heeft als directe output rapporten en adviezen die, als ze tot maatregelen leiden, indirecte effecten op het werk en de gezondheid kunnen hebben. Het voorafgaande kan worden samengevat in het onderstaande schema:

schema 2.1 Denkmodel met betrekking tot de zorgverlening in de BGZ



De redenering van Donabedian over de klinische zorg is nu voldoende uitgewerkt om te kunnen terugkeren naar de vraag hoe het kwaliteitsoordeel over BGZ tot stand komt. Net als bij de klinische zorg wordt hier aangenomen dat de beoordelaars zich uiteindelijk op de effectiviteit, dus op het bereiken van de gezondheidseffecten oriënteren. Bij gebrek aan (voldoende precieze) informatie over deze effecten, wordt het proces van zorgverlening en de output (de rapporten en adviezen) mede beoordeeld. Impliciet legt men hiervoor dus het criterium aan van de mate waarin het proces en de output van de zorg naar eigen opvatting aan de effectiviteit van de zorg bijdraagt. Alle elementen uit het schema moeten dus in het onderzoek aandacht krijgen.

2.2.3 De kring van betrokkenen als beoordelaars en hun doeleinden

In de BGZ moeten behalve de zorgverleners meerdere zorgontvangende partijen worden onderscheiden, namelijk de individuele werknemers, de directie van de cliëntorganisatie en de OR en/of VGW-commissie op het beleidsniveau, personeelszaken als betrokken staffunctie en het kader dat maatregelen veelal zal

moeten uitvoeren. Zij allen komen in aanmerking om vanuit hun visie op te treden als beoordelaars van de effectiviteit van de BGZ die in hun specifieke situatie wordt verleend.

Het is overigens mogelijk, dat de oordelen van de verschillende betrokkenen in uiteenlopende mate en op verschillende onderdelen van het proces van zorgverlening berusten, maar zeker is dit niet. Eventuele verschillen in de oordelen kunnen samenhangen met verschillen in de concrete doeleinden, die deze partijen aan de zorg toekennen en van de beleidsprioriteiten die ze, gegeven deze doeleinden, stellen.

Dat de verschillende betrokken partijen hun eigen doeleinden hebben, is te verwachten. Zo leggen de laatste jaren de werkgevers (Fraterman, 1986) de nadruk op beperking van het ziekteverzuim door verzuimbegeleiding, en de werknemersorganisaties op beperking van de risico's op de werkplek (Plomp, 1985; Draaisma, Dam en Marcelissen, 1989a). Dit betekent dat de oordelen van de verschillende partijen over de effectiviteit van de geleverde BGZ en de acceptatie ervan in concrete situaties sterk uiteen kunnen lopen. In dat geval zullen de oordelen over de kwaliteit van de zorg dan ook sterk verschillen. Het is duidelijk dat de oordelen van alle betrokken partijen van belang zijn. Ze bepalen tezamen het krachtenveld waarin een BGD opereert. Onderzoek dat niet alle betrokken partijen beschouwt, kan dan ook slechts een beperkte waarde hebben. Dit pleit voor toepassing van de al eerder genoemde 'constituency'-benadering (Seashore, 1983).

2.2.4 Twee deelonderzoeken

Zoals in paragraaf 1.1 al werd gesteld, is het onderzoek in twee deelonderzoeken gesplitst. Het eerste deelonderzoek richt zich op de zorgverleners, het tweede op de partijen in de cliëntorganisaties. Eén van de redenen is dat eerder onderzoek naar het functioneren van BGZ (Plomp, 1985) met een gelijktijdige benaderingen van de betrokken partijen onder een grote non-respons heeft geleden. Verder is verondersteld dat kennismaking met het eerste deelonderzoek, de bereidheid deel te nemen aan het tweede zou doen toenemen.

De splitsing van het onderzoek brengt het bezwaar mee, dat er enige tijd tussen de deelonderzoeken zit. In de onderzochte situatie kunnen inmiddels veranderingen optreden, zodat de ontvangende partijen over een andere situatie oordelen dan de eerder benaderde zorgverleners. Het voordeel van de splitsing van het onderzoek in twee fasen heeft echter zwaarder gewogen dan het nadeel. Het tweede deelonderzoek wordt zoveel mogelijk direct aansluitend uitgevoerd.

2.2.5 Evaluatiedimensies

Voor de uitwerking van de aspecten waarover het oordeel van de zorgverleners wordt gevraagd, is aansluiting gezocht bij het denken in het beleids- en bestuurskundig onderzoek.

Net als in het geval van BGZ (zie paragraaf 2.2.2) kan evaluatie van de effectiviteit van overheids- en organisatiebeleid vaak niet plaatsvinden door gebrek aan een duidelijk meetbaar criterium, dat voor alle betrokkenen acceptabel is. Ook in die situatie wordt de effectiviteit benaderd door het evalueren van de structuur, het proces en de effecten van het beleid. Op basis van de internationale onderzoeksliteratuur hebben Grünwald-Schindl & Kraan-Jetten (1985) een aantal evaluatievragen geformuleerd voor effectiviteitsonderzoek zonder bruikbaar effectcriterium. De eerste negen vragen hieronder zijn van hen afkomstig, de tiende van Van Doorn (1980):

1. Is de geleverde BGZ op de situatie is afgestemd?
2. Worden juiste middelen gebruikt?
3. Worden de juiste procedures gevolgd?
4. Is de hoeveelheid activiteiten voldoende?
5. Wordt de doelpopulatie bereikt?
6. Worden de gewenste effecten bereikt?
7. Worden ongewenste neveneffecten vermeden?
8. Passen de effecten van de zorg binnen het algemene doel van de BGZ?
9. Is het BGZ-beleid geïntegreerd in het algemene organisatiebeleid?
10. Wordt van de zorgverlenende instantie niet meer gevraagd dan zij kan realiseren (overvraging)?

Deze vragen behelzen evaluatiedimensies, waarbij aangenomen wordt dat de effectiviteit van het beleid toeneemt naarmate een beleidssituatie op meer dimensies positiever scoort. De dimensie 'overvraging' duidt op de situatie dat de vragende partij zoveel eist, dat de aanbiedende partij onmogelijk aan de eisen kan voldoen. In die situatie is de verleende dienst of zorg op voorhand ineffectief volgens de maatstaven van de vragende partij.

De wijze waarop in het onderzoek van deze dimensies is gebruik gemaakt, wordt in paragraaf 3.1.1 besproken.

2.2.6 De concrete zorgsituatie als eenheid van onderzoek

Aangezien dit deelonderzoek gaat om het oordeel over de structuur, het proces, de output en de resultaten van de BGZ vanuit het gezichtspunt van doeltreffendheid (of effectiviteit) is het de vraag, wat de eenheid van onderzoek is. Het is om verschillende redenen niet raadzaam, de beroepsbeoefenaren oordelen te vragen over de wijze waarop zij in het algemeen BGZ verlenen. Redenen daarvoor zijn de volgende:

- vele zorgverleners hebben met meerdere cliëntorganisaties te maken, en hun algemene oordeel zal dan een gemiddelde over die cliëntsituaties zijn;
- dat gemiddelde oordeel zal geen duidelijke referentie in één cliëntorganisatie hebben, dus zal weinig concreet zijn;
- daarmee zal de kring van betrokkenen voor het tweede deelonderzoek onbepaald zijn;
- daardoor zou het tweede deelonderzoek (onder de ontvangers van de BGZ) niet goed uitvoerbaar zijn;
- te algemene vragen kunnen tot sociaal-wenselijke antwoorden leiden.

Dit betekent dat de eenheid van onderzoek voor beide deelonderzoeken de concrete zorgsituatie moet zijn, bestaande uit één cliëntorganisatie met in het eerste deelonderzoek als respondenten de beroepsbeoefenaren die de BGZ verlenen, en in het tweede deelonderzoek de betrokken ontvangers van de zorg: werkgever, werknemers en hun vertegenwoordigers.

2.3 De vier onderzoeksvragen

Op basis van de behandelde theoretische uitgangspunten zijn de vier onderzoeksvragen te formuleren. De overwegingen daarvoor zijn de volgende.

De algemene doelstelling van dit onderzoek is het leveren van informatie die de discussie in het veld tussen de betrokkenen over de kwaliteit van de BGZ kan stimuleren. Die informatie bestaat voornamelijk uit oordelen over de concreet geleverde BGZ van de betrokken partijen (zorgverleners en -ontvangers, dus BGZ, werknemers en werkgevers). In het onderzoek kan de evaluatie van de BGZ in een bepaalde zorgsituatie (combinatie BGD - cliëntorganisatie) alleen goed plaatsvinden op basis van een beschrijving van de geleverde zorg. Uit de literatuur is wel informatie over de BGZ-activiteiten (De Winter & Dijkstra, 1984; Plomp, 1985, 1987), maar er is geen systematisch beschrijvend overzicht voorhanden. De systematische beschrijving van de BGZ-activiteiten in het onderhavige onderzoek, die toch al noodzakelijk is om de oordelen van de betrokken partijen te verankeren, kan zodoende een aanvulling geven op de eerder gepubliceerde beschrijvingen. Daarom is de eerste onderzoeksvraag:

1. Welke activiteiten verrichten de beroepsbeoefenaren in het kader van de BGZ die zij leveren?

Het eerste deelonderzoek behelst, zoals vermeld, een evaluatie door de zorgverleners van de structuur en het proces van BGZ die zij zelf verlenen. De tweede onderzoeksvraag moet daarom zijn:

2. Welke oordelen hebben de beroepsbeoefenaren over hun eigen activiteiten op basis van de eerder gegeven evaluatiedimensies, als benadering van de effectiviteit van de verleende zorg?

Meer concreet vormen de tien evaluatie-dimensies uit de literatuur (zie paragraaf 2.2.5) het uitgangspunt voor de uitwerking van deze vraag (zie paragraaf 2.2, 3.1 en 3.2). Omdat het onderzoek om de doeltreffendheid van de geleverde BGZ gaat, is het van groot belang, aandacht te besteden aan de doeleinden die de beroepsbeoefenaren nastreven en de maatstaven die zij bij hun oordeel aanleg-

gen. Een beschouwing hiervan levert aanwijzingen voor algemeen geldende effectiviteitscriteria voor de BGZ.

Als naar de oordelen over de verleende BGZ gevraagd wordt, ligt het voor de hand ook te vragen naar factoren die de activiteiten belemmeren of bevorderen. Aangezien de beroepsbeoefenaren in de praktijk ongetwijfeld te maken hebben met knelpunten en pluspunten bij het uitvoeren van hun activiteiten, is de derde onderzoeksvraag:

3. Wat zijn de knelpunten en pluspunten die de beroepsbeoefenaren onder- vinden bij het verrichten van hun activiteiten?

Daarnaast hebben de beroepsbeoefenaren misschien suggesties die de gesigna- leerde knelpunten kunnen helpen oplossen en die de kwaliteit van de zorg zouden kunnen verhogen. Vandaar de vierde vraag:

4. Welke suggesties hebben de beroepsbeoefenaren om de knelpunten die zij zelf signaleren, op te heffen?

Dit deel van het onderzoek zou volgens het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel (Draaisma, 1987b) een hoofdzakelijk kwalitatief beeld moeten opleveren van de zorg tegen de achtergrond van een aantal steekproefkenmerken (type BGD, type bedrijf, grootte van het bedrijf en de plaats waar de VG-taak wordt verricht). In feite is het mogelijk gebleken het onderzoek zó uit te werken dat er ook een aantal kwantitatieve analyses gedaan konden worden.

3. DE METHODE

3.1 De operationalisatie

3.1.1 Het proces, de output en de effecten van de geleverde BGZ in zeven thema's

In paragraaf 2.2.2 is beredeneerd dat aandacht besteed moet worden aan de structuur van de BGD en het BGZ-team, aan het proces van zorgverlening, aan de output, de opvolging van de adviezen en aan de effecten op werk en gezondheid. Daarbij dient rekening gehouden te worden met de tien evaluatiedimensies uit paragraaf 2.2.5.

Afgezien van de BGD- en cliëntkenmerken die in paragraaf 3.1.3 aan de orde komen, worden deze elementen hieronder uitgewerkt door ze een plaats te geven in de gezondheidsbeleidscyclus van de cliëntorganisatie. Dit leidt tot zeven thema's waarover vragen aan de beroepsbeoefenaren gesteld moeten worden. De vragen worden hier slechts globaal besproken; zij zijn - behalve in de vragenlijsten in de bijlagen a, b en c - alle terug te vinden onder de zeven thema's die in hoofdstuk 4 en 5 worden gevolgd om de uitkomsten van het onderzoek te beschrijven. Bij de behandeling van de vragen, komt ook de toepassing van de evaluatiedimensies ter sprake.

De beleidscyclus van het gezondheidsbeleid kent de volgende fasen.

1. Het bewaken van de gezondheid van de werknemers en van de werkomstandigheden door de BGD.

Deze verricht daartoe een aantal activiteiten, zoals spreekuur, verzuimbegeleiding, werkplekonderzoek etc. Er wordt geïnventariseerd welke van de elf BGZ-activiteiten die hier worden onderscheiden in de onderzochte zorgsituatie worden uitgevoerd. Omdat daarover weinig bekend is (De Winter & Dijkstra, 1984), wordt tevens de tijdsbesteding per activiteit gevraagd. De betreffende vragen vormen tezamen het thema BGZ-activiteiten.

2. Het rapporteren en adviseren over eventueel gesignaleerde problemen.

Doel hiervan is, de bevindingen uit fase 1 vast te leggen en bij eventuele problemen de beleidsmakers te adviseren, al of niet iets aan de problemen te

doen. De wijze van rapporteren en adviseren is belangrijk omdat volgens de literatuur op het gebied van organisatieverandering een intensieve relatie met de cliënt bij rapportage en advisering bijdraagt aan het tot stand komen van succesvolle maatregelen (Boonstra & Allegro, 1989; Van de Bunt, 1978). Plomp (1987) wijst hierop voor het bijzondere geval van BGZ. Zowel wat betreft rapportage als advisering zal het netwerk van contacten vastgesteld worden. De vragen die voor deze fase aan de orde komen, zijn samen genomen onder het thema Advisering.

3. Het beslissen over maatregelen.

De rol van de BGD in deze fase van de beleidscyclus kan uiteenlopen van niet-betrokken zijn bij de beslissing tot meebeslissen. Aan dit onderwerp zal aandacht besteed worden door te vragen naar de invloed die de partijen hebben op het oplossen van BGZ-problematiek. De vragen vallen onder het thema Externe Sturing (zie ook fase 7).

4. Het uitvoeren van maatregelen.

Behalve als het om maatregelen gaat die het werkterrein van de BGD zelf betreffen, zal de BGD in het algemeen de maatregelen niet zelf uitvoeren. De vragen op dit terrein betreffen de inzet die de partijen in de cliëntorganisatie volgens de beroepsbeoefenaren voor het beleid tonen. Het thema heet Beleid Cliëntorganisatie.

5. Het zichtbaar worden van effecten.

Als maatregelen in de BGZ tot effecten leiden, zal er (vaak veel) tijd verlopen tussen de uitvoering van maatregelen en het zichtbaar worden van resultaten. De resultaten zijn overigens vaak niet of niet goed meetbaar. Voor de gedachtengang is het dus wel juist, deze fase te onderscheiden, maar het wordt niet zinvol geacht, er in het onderzoek vragen over te stellen.

6. Het evalueren van de effecten.

In deze fase worden de resultaten van het beleid gewogen. Hoewel effecten vaak niet precies vast te stellen zijn en hun evaluatie bovendien meer of minder expliciet kan plaatsvinden, is wél te verwachten dat de betrokkenen meningen over het succes van het beleid zullen hebben. In dit onderzoek

wordt aan de evaluatiefase aandacht besteed door de beroepsbeoefenaren te vragen in hoeverre hun adviezen zijn opgevolgd en in hoeverre de maatregelen tegemoet komen aan hun doeleinden. Daarbij is onderscheid gemaakt in voorstellen voor maatregelen aan het bedrijf en in adviezen aan individuele werknemers. De betreffende vragen worden opgevat als aspecten van evaluatiedimensie 6 (zie paragraaf 2.2) betreffende de gewenste effecten. Er is een vraag toegevoegd over de globale doeltreffendheid van de BGZ in de cliëntorganisatie. De vragen vallen onder het thema Resultaat van Advisering.

7. Het bijsturen van het beleid.

In deze fase wordt mede naar aanleiding van de ervaringen in de vorige fasen het beleid bijgestuurd. Dit heeft twee kanten: de BGZ-verleners kunnen hun eigen activiteiten bijsturen, omdat zij conclusies trekken uit de effecten van het beleid. Vragen hiervoor vormen het thema: Interne Sturing. De invloed die de cliëntorganisatie heeft op de BGD wordt Externe Sturing genoemd (zie ook 3).

"Interne Sturing" is één van de centrale thema's, omdat het gaat om de oordelen van de BGZ-teams over de eigen activiteiten.

Over elke activiteit zijn in principe de volgende vragen gesteld:

- Welk percentage van de in aanmerking komende individuen wordt bereikt (onderzocht, begeleid e.d)? Bij sommige activiteiten zijn absolute aantallen gevraagd die later gepercenteerd zijn op de personeelssterkte in het bedrijf. Deze vraag dekt de evaluatiedimensie 5 (zie paragraaf 2.2.5) namelijk de mate waarin de doelpopulatie bereikt wordt.
- Worden de juiste categorieën personeel bereikt gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf? Deze vraag is een aspect van evaluatiedimensie 1: de afstemming van de zorg op de situatie in het bedrijf.
- Kunt u voldoende tijd besteden aan activiteiten? Deze vraag komt overeen met evaluatiedimensie 4: is de hoeveelheid tijd voldoende?
- Moet er meer, evenveel of minder tijd aan de activiteiten besteed worden? Dit is een aspect van evaluatiedimensie 2: het gebruik van de juiste middelen.

- Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via deze activiteit op het spoor gekomen? Deze vraag is een aspect van de evaluatiedimensies 2 en 3: de juistheid van de procedures en de middelen.

Ook is een groot aantal aspecten van het onderwerp "Externe Sturing" in de vragenlijst opgenomen. Het gaat hierbij om de perceptie die de beroepsbeoefenaren hebben over de opvattingen van de andere partijen. Hoewel secundair, is het een interessant onderwerp voor het onderzoek. Enkele van de belangrijkste vragen betreffen:

- de wensen in bedrijf ten aanzien van de tijdsbesteding aan verzuimbeheersing en beheersing van werkomstandigheden;
- de invloed die de participanten hebben op het onderzoek dat de BGD doet.

Aan de zes hierboven genoemde thema's, BGZ-activiteiten, Advisering, Beleid Cliëntorganisatie, Resultaat van Advisering, Interne Sturing en Externe Sturing, is het thema Overleg toegevoegd. Overleg is immers een bezigheid die bij alle beleidsfasen van belang is en daarom is er een vrij groot aantal vragen aan gewijd. Ook wordt het overlegpatroon met de contactpersonen in kaart gebracht.

3.1.2 De gebruikte evaluatie-dimensies

Hiervoor is beschreven welke vragen zijn afgeleid van de evaluatiedimensies 1, 4, 5 en 8. Nog niet behandeld zijn de evaluatie-dimensies:

2. gebruik van de juiste middelen
3. gebruik van de juiste procedures
6. bereiken van gewenste effecten
7. vermijden van ongewenste effecten
9. integratie van het BGZ-beleid in het bedrijfsbeleid.

Evaluatiedimensie 8, het passen van de effecten binnen het algemene doel van het BGZ-beleid, is verwaarloosd omdat dit zo breed is geformuleerd dat vrijwel

geen enkel effect hier buiten zal vallen. De 10e evaluatiedimensie, overvraging is ook in deze fase buiten beschouwing gebleven. In het tweede deelonderzoek zal deze dimensie wel een rol van betekenis spelen.

De evaluatiedimensies 2 en 3, het gebruik van de juiste middelen en procedures, zijn deels gedekt door per activiteit te vragen naar de wens aan de activiteiten meer, minder of evenveel tijd te besteden. Ook is per activiteit de open vraag gesteld of men concrete suggesties had voor verbetering van de eigen werkwijze. Verder is een meer algemene vraag gesteld naar knelpunten en pluspunten in de werkwijzen en in de vaardigheden van het BGZ-team. Tenslotte is per activiteit gevraagd naar procedures voor kwaliteitsbewaking.

Op grond van evaluatiedimensie 6, de gewenste effecten, is een serie vragen gesteld naar de mate waarin de gegeven adviezen zijn opgevolgd en in welke mate de genomen maatregelen aan hun doeleinden tegemoet komen. In het kader van de reïntegratie van arbeidsongeschikten is gevraagd, in hoeverre tijdelijk of aangepast werk beschikbaar is. Tenslotte is uit deze dimensie de vraag afgeleid door welke factoren in het algemeen het vertrouwen in de BGD wordt bevorderd.

Wat betreft evaluatiedimensie 7, ongewenste neveneffecten, is gevraagd in hoeverre verzuimbegeleiding ten koste gaat van het vertrouwen van de werknemers in de BGD en welke factoren in het algemeen het vertrouwen van werknemers in de BGD belemmeren.

Aan evaluatiedimensie 9, integratie van het BGZ-beleid in het algemene bedrijfsbeleid, is ruime aandacht besteed door middel van de onderwerpen rapportage, advisering, overleg en de betrokkenheid van de cliëntorganisatie bij het BGZ-beleid. Deze thema's zijn in de vorige paragraaf behandeld.

3.1.3 De kenmerken van de BGD en de cliëntorganisatie

Hier komt de vraag aan de orde, welke structurele kenmerken van de zorgverlening in de opzet van het onderzoek moeten worden verwerkt.

Het ligt voor de hand dat een aantal kenmerken van de BGD en van de cliëntorganisatie op de achtergrond meespelen bij de zorgverlening en tot verschillen in de vorm en de doeltreffendheid van de zorg kunnen leiden. Deze kenmerken worden in de tekst voortaan de BGD- en cliëntkenmerken genoemd. Ze hebben zowel een functie bij het trekken van de steekproef als bij de analyses. Het gaat in essentie om zes kenmerken: drie van een BGD en drie van een cliëntorganisatie. Vier kenmerken zijn bij het samenstellen van de steekproef gebruikt: het type BGD (gezamenlijk, enkelvoudig en overheid), de grootte van de verzorgde populatie in de cliëntorganisatie, de aard van de cliëntorganisatie (industrie of dienstverlening), en wel of geen verzekeringsgeneeskundige taak bij verzuim of arbeidsongeschiktheid.

Aan deze vier zijn nog twee variabelen toegevoegd: de samenstelling van het BGZ-team en de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie. Wat betreft de samenstelling van het BGZ-team bleek dat er in de steekproef hoofdzakelijk drie typen teams te onderscheiden zijn: de bedrijfsarts (BA) die alleen opereert, de BA die ondersteund wordt door een bedrijfsverpleegkundige (BVK), en de BA die (al dan niet met een BVK) met een arbeidshygiënist deel van het team uitmaakt. De verwachting was, dat dit een belangrijk gegeven is vanwege de diversiteit van de BGZ-activiteiten en het proces van zorgverlening. Om die reden is de samenstelling van het BGZ-team bij de BGD- en cliëntvariabelen opgenomen.

Voor de cliëntorganisatie werd overwogen dat de mogelijkheden tot maatregelen voor een belangrijk deel afhangen van de middelen die de organisatie ter beschikking heeft. Daarom is de variabele 'financieel-economische positie' toegevoegd. In deze fase van het onderzoek zijn alleen oordelen van zorgverleners in de BGD gevraagd; de financieel-economische positie is geoperationaliiseerd als het oordeel daarover door de zorgverlener(s) in termen van goed, matig, of slecht.

Er zijn in totaal dus zes kenmerken onderscheiden:

a. BGD-kenmerken:

- type BGD: gezamenlijk - overheid - enkelvoudig;

- BGZ-team: bedrijfsarts (BA) alleen; BA en bedrijfsverpleegkundige (BVK); BA en arbeidshygiënist (al of niet met BVK);
 - verzekeringsgeneeskundige taak (VG-taak) buiten BGD; binnen BGD door ander dan de BA; door de BA zelf;
- b. cliëntkenmerken:
- industrie of dienstverlening;
 - grootteklasse: 35-99 werknemers; 100-499; 500+;
 - financieel-economische positie: goed; matig; slecht.

In paragraaf 3.3 en 3.7 wordt uiteengezet hoe deze kenmerken voor het trekken van de steekproef resp. de analyses zijn gebruikt.

3.2 De gebruikte instrumenten

De aard van de materie maakt het onmogelijk in een vragenlijst, uitsluitend met gesloten en gestandaardiseerde antwoorden te werken; enerzijds is het onderwerp daarvoor te complex, anderzijds is er te weinig over bekend. Daarom is als methode van materiaalverzameling voor het gestructureerde interview gekozen met een groot aantal gesloten, en een kleiner aantal open vragen. Hierbij zijn de afzonderlijke activiteiten als uitgangspunt genomen. De nadruk ligt op het beschrijven van concrete zorgsituaties. Als aanknopingspunt wordt de zorg van de BGD in één bepaald bedrijf genomen. Er werd gehoopt, door deze concrete situering sociaal wenselijke uitspraken over de werkwijzen van het BGZ-team te voorkómen. In dezelfde geest wordt ook naar de doelstellingen van de BGZ gevraagd: niet de globale, maar de concrete doelen per activiteit.

Als nadeel van deze werkwijze zou kunnen gelden dat hier alleen iets gezegd kan worden over de specifieke zorg in het gekozen bedrijf. Dit is ondervangen met de samenstelling van de steekproef: de zorgsituaties tezamen geven een evenwichtig beeld van de situatie in de BGZ en waar het nodig is, worden uitkomsten per BGD- of cliëntkenmerk vermeld.

Alle leden van een BGZ-team zijn uitgenodigd zich te laten interviewen aan de hand van de gestructureerde vragenlijst (zie bijlage a). Een deel van de vragen is

noodzakelijkerwijs open, bijvoorbeeld: "wat zijn de concrete doeleinden van periodiek bedrijfsgeneeskundig onderzoek?". Verder is een aantal open vragen gesteld om toelichting na een gesloten feitelijke of evaluerende vraag. Bijvoorbeeld, als blijkt dat er geen jaarverslag over de geleverde zorg gemaakt wordt, of als blijkt, dat men wel eens belemmeringen voor onderzoek of bezoek van werkplekken heeft ondervonden.

Om de vragenlijst te optimaliseren zijn er proefinterviews gehouden met een vijftal beroepsbeoefenaren. Mede op grond van hun kritiek is de vragenlijst geoptimaliseerd.

Een deel van de gegevens is verzameld door vooraf een vragenlijst te sturen waarin een aantal feitelijke gegevens over de verrichtingen worden geïnventariseerd (bijlage b) samen met de 'verzamellijst tijdsbesteding' (bijlage c), waarop de tijdsbestedingsgegevens konden worden opgegeven. Dit had tot doel, de interviewduur te beperken en de respondenten de gelegenheid te geven één en ander voor te bereiden.

3.3 De populatie en de steekproef

Bij het trekken van de steekproef stond de wens voorop, zoveel mogelijk gebruik te maken van criteria die relevant zijn voor het onderzoek en niet slechts van criteria die toevallig administratief voorhanden waren (Philipsen, 1969). Daarom ging het onderzoeksvoorstel (Draaisma, 1987b) uit van een steekproef die was opgebouwd rond vier essentiële kenmerken:

1. de aard van de cliëntorganisatie (industriële produktie - particuliere dienstverlening - dienstverlening bij de overheid);
2. de aard van de BGD (enkelvoudig - gezamenlijk - afdeling BGZ van RBB - afdeling BGZ van DGD of BaGD);
3. verplichte - vrijwillige BGZ;
4. wel of geen verzekeringsgeneeskunde in het pakket.

Opgemerkt kan worden dat de kenmerken 1, 2 en 4 overeenkomen met de BGD- en cliëntkenmerken van paragraaf 3.3. Deze oorspronkelijke indeling voor de steekproef is gewijzigd in overleg met de begeleidingscommissie. Overwegingen hierbij waren het belang van de verschillende criteria en het ervaringsfeit dat niet alle cellen van de steekproef gevuld konden worden. In de oorspronkelijke opvatting werden drie typen bedrijven onderscheiden, namelijk industriële productie, commerciële dienstverlening en overheidsdienstverlening. In de nieuwe opzet worden alleen productie en dienstverlening onderscheiden. Verder is het aantal overheidsdiensten in de steekproef vergroot van vier naar twaalf, zodat deze diensten daardoor nu als afzonderlijk type BGD onderscheiden kunnen worden.

Het verschil tussen vrijwillige en verplichte BGZ ligt op 500 werknemers; boven deze grens is de zorg (zoals bekend) verplicht, indien tevens de werkzaamheden voor het grootste deel van industriële aard zijn. Daardoor kan niet worden vastgesteld of eventuele gevonden verschillen op het conto van de grootte of van de industriële werkzaamheden geschreven moeten worden. Als nieuw criterium is de grootte van het bedrijf ingevoerd. Het onderscheid vrijwillige/verplichte BGZ wordt nog wel belangrijk gevonden, maar het wordt om voornoemde reden niet meer als afzonderlijk steekproefcriterium gehanteerd.

Behalve de grens op 500 werknemers wordt er een grens op 100 werknemers getrokken. Deze is belangrijk omdat aangenomen kan worden dat in kleine bedrijven de aard van de zorg anders is. De ondergrens wordt op 35 bepaald, omdat dit tevens de grens is voor de aanwezigheid van een ondernemingsraad. Het criterium wel of geen VG-taak ten aanzien van het ziekteverzuim blijft gehandhaafd.

Uiteindelijk is de steekproef getrokken met inachtneming van de volgende criteria:

- type dienst (particulier/enkelvoudig, particulier/gezamenlijk, overheid);
- grootte van de populatie die de BGD bedient;
- type verzorgd bedrijf/instelling (industrie of dienstverlening);
- grootte verzorgd bedrijf/instelling (35-99, 100-499, 500 of meer werknemers);

- wel of geen VG-taak ten aanzien van ziekteverzuim.

Er werd vermoed dat het aantal verzorgde cliëntorganisaties en het aantal verzorgde werknemers per type BGD sterk kan verschillen. Omdat de beschikbare gegevens onvoldoende inzicht gaven, is een nadere inventarisatie van deze aantallen gemaakt. Daarbij is gebruik gemaakt van Jonkers & Lindeman (1989), jaarverslagen van BGD-en en BaGD-en, de adreslijst van BGD-en van het DGA. Zo nodig is navraag gedaan bij de diensten zelf of bij de overkoepelende organisaties van diensten. Het resultaat is een schatting van de populaties verzorgde cliëntorganisaties en werknemers per type BGD. (Zie tabel 3.1; de cliëntorganisaties zijn op vestiging-niveau geteld).

Tabel 3.1 Aantal BGD-en of afdelingen BGZ van BaGD-en, aantal verzorgde cliëntorganisaties en aantal verzorgde werknemers per type BGD in 1989 in Nederland.

Type BGD	Aantal		
	BGD-en resp. afdelingen BGZ	verzorgde cliëntorganisaties	verzorgde werknemers
gezamenlijke particuliere dienst*	49	4.000	950.000
enkelvoudige particuliere dienst*	70	155	525.000
afdeling BGZ van een BaGD*	66	3.300	550.000
alle	185	7.455	2.025.000

* de diensten hebben veelal meer dan één vestiging

De schatting van tabel 3.1 is een nevenresultaat van dit onderzoek. Als men rekening houdt met een werkende beroepsbevolking van ongeveer zes miljoen personen (CBS, 1988), dan is de verzorgingsgraad ongeveer een derde.

Bij de representatie van de populaties per type BGD in de steekproef is rekening gehouden met de bovenstaande verdeling. Aangezien een aantal particuliere enkelvoudige diensten en één dienst in de overheidssector zeer grote populaties verzorgen is het aantal van deze zorgsituaties in de steekproef verhoogd om een behoorlijke representatie uit deze populatie te krijgen. De gewenste steekproef

naar type BGD en grootte van de BGD in termen van de aantallen verzorgde cliëntorganisaties en werknemers is beschreven in tabel 3.2.

Tabel 3.2 De gewenste samenstelling van de steekproef

type dienst	aantal	
	diensten	verzorgde bedrijven*
enkelvoudig, particulier**		
- groot	6	6
- klein	12	12
gezaamenlijk, particulier**	12	18***
overheid		
- groot	1	4
- klein	11	11
totaal	42	51

* zoveel mogelijk gespreid over industrie en dienstverlening; uitgesloten worden bouwbedrijven, onderwijsinstellingen en WSW-bedrijven.

** zorgsituaties uit deze dienst gespreid over drie grootteklassen (35-99 werknemers, 100-499, 500 en meer) en wel of geen medische taken t.a.v. de ZW.

*** alleen aan 6 gezamenlijke BGD-en die medische taken t.a.v. de Ziektewet uitvoeren is gevraagd ten aanzien van één bedrijf met en één bedrijf zonder deze taken aan het onderzoek mee te doen.

Bij de verdeling van de bedrijven en instellingen over de typen dienst is gestreefd naar een gelijkmatige representatie van de verzorgde populatie werknemers. Het is niet de bedoeling om uitspraken te doen over het onderscheid in grote en kleine BGD-en; dit zou onmogelijk zijn, gezien de kleine aantallen per cel.

Gebleken is dat niet aan alle steekproefcriteria tegelijk voldaan kon worden; vooral het verkrijgen van voldoende kleine bedrijven stuitte op moeilijkheden. De verdeling van de enkelvoudige diensten naar bedrijfsgrootte is daardoor niet helemaal evenredig. Ook het vinden van dienstverlenende bedrijven met VG-taak en industriële bedrijven zonder VG-taak onder kleine enkelvoudige diensten leverde problemen op, die uiteindelijk echter opgelost zijn (zie verder paragraaf 3.6).

3.4 De benadering van de betrokken beroepsbeoefenaren

Voor de benadering van de beroepsbeoefenaren stond voorop dat het ging om degenen die betrokken zijn bij het gezondheidsbeleid in de cliëntorganisatie, en niet om het beleid betreffende veiligheid en welzijn. Functionarissen op de beide laatste beleidsterreinen zijn dan ook buiten het onderzoek gehouden.

Allereerst is een voorlichtings- en overlegronde met enkele koepelorganisaties van BGD-en gehouden. Deze contacten betroffen het Landelijk Overleg van Directeuren van Gezamenlijke Diensten (binnen de Federatie van Gezamenlijke BGD-en), de Vereniging van Enkelvoudige Diensten i.o., de hoofden van diensten van banken, verzekeringsmaatschappijen en administratiekantoren (de 'Club 25') en de Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten. Dit leidde ertoe dat deze organisaties hun aangesloten diensten opriepen aan het onderzoek deel te nemen. Velen bleken op voorhand positief te staan tegenover de mogelijkheid het complementaire onderzoek (fase 2 in het gehele project, zie paragraaf 1.1) onder de verzorgde bedrijven of instellingen te houden.

De benadering van de BGZ-teams verliep in een aantal fasen. Op basis van de steekproef werd aan de geselecteerde BGD-en een brief met toelichting gezonden met gelijktijdig de vraag om medewerking aan het onderzoek. Korte tijd later werd door één van de onderzoekers telefonisch naar een reactie op de brief gevraagd en werd, indien gewenst, een afspraak gemaakt voor een bezoek om één en ander nader toe te lichten (dit is overigens slechts eenmaal voorgekomen). Tevens werd een lijst van bij de BGD aangesloten instellingen gevraagd, met vermelding van de aard van het bedrijf en het aantal werknemers. Als de BGD wilde meewerken kozen de onderzoekers op basis van deze lijst volgens toeval, met inachtneming van de steekproefcriteria, het bedrijf of de instelling waarop het onderzoek betrekking zou hebben. Tevens werden er afspraken gemaakt voor de interviews met de leden van het betreffende BGZ-team.

Een enkele keer had de BGD bezwaar tegen de keuze van de onderzoekers voor het bedrijf of de instelling. Dit betrof bedrijven uit de kleinste groottecategorie. De zorg die daar geleverd wordt, werd namelijk niet representatief geacht voor

de activiteiten van de BGD. Dit bezwaar heeft verder geen verstorende rol gespeeld bij het onderzoek.

Een deel van de vragen is voorafgaand aan de interviews schriftelijk aan het BGZ-team voorgelegd. Het betrof vragen over de feitelijke verrichtingen en over tijdsbesteding. Deze feitelijke vragen werden van tevoren gesteld om de interviews niet onnodig te belasten en omdat het nodig kon zijn enkele gegevens eerst op te zoeken. Vervolgens werden de leden van het BGZ-team geïnterviewd. Wanneer het BGZ-team uit meerdere personen bestond en deze niet apart geïnterviewd konden worden, bleken de interviews meer tijd in beslag te nemen. Gemiddeld duurde het interview met een BGZ-team ongeveer drie uur.

Aan de BGD-en is een terugrapportage toegezegd en een exemplaar van het algemene eindrapport. Deze terugrapportage bestaat uit een presentatie van de eigen gegevens, de getotaliseerde gegevens als vergelijkingsmaatstaf en een toelichting door de onderzoekers. De terugrapportage heeft inmiddels plaats gehad.

3.5 Respons van de BGD-en en de beroepsbeoefenaren

De benadering van de BGD-en voor de interviews met de beroepsbeoefenaren nam veel tijd in beslag. Van het eerste contact per brief aan het hoofd van de dienst tot het interview bleek de tijd in het meest trage geval twintig weken te belopen, in het snelste geval drie weken.

De bereidheid om mee te werken was over het algemeen groot. Om tot de gewenste samenstelling van de steekproef van tweeënveertig diensten te kunnen komen, hoefden slechts zevenenveertig diensten te worden benaderd, afgezien van enkele Basisgezondheidsdiensten (BaGD-en) waarvan niet van te voren bekend was of er een afdeling BGZ aanwezig was. Van de vijf weigeringen zijn er bij elk van de drie typen BGD één of twee voorgekomen. Enkele redenen om niet deel te nemen waren overbelasting en reorganisatie (beide eenmaal); driemaal werd geen reden gegeven.

De keuze van de bedrijven of instellingen waarover het interview zou moeten gaan, verliep over het geheel genomen zonder problemen. Alleen in sommige enkelvoudige diensten bestond de neiging, de keuze van de onderzoekers te sturen in de richting van een bedrijfsonderdeel dat bedrijfsgezondheidskundig interessanter zou zijn dan het oorspronkelijk gevraagde. Belangrijker is, dat bij enkelvoudige diensten de keus soms werd bemoeilijkt, doordat ten aanzien van de zorgverlening bepaalde bedrijfsonderdelen niet werden onderscheiden die op grond van de steekproefcriteria voor het onderzoek in aanmerking zouden komen. Verder bleken bij deze diensten soms geen kleine bedrijfsvestigingen te bestaan. Dit heeft er toe geleid dat in de categorie 'enkelvoudige diensten' de kleine zorgsituaties (35 à 99 werknemers) ondervertegenwoordigd zijn.

De respondenten waren in principe alle leden van het BGZ-team. In 12 gevallen bestond dit alleen uit een bedrijfsarts (BA). In 27 gevallen bestond het uit een BA en een bedrijfsverpleegkundige (BVK). In 12 gevallen uit een BA en een arbeidshygiënist (AH), soms met nog een BVK. Bij het interview was dus altijd de BA aanwezig en op een enkele uitzondering na de anderen.

3.6 De feitelijke steekproef

De 51 zorgsituaties (zie paragraaf 3.3) zijn over de steekproefcriteria verdeeld zoals aangegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Verdeling van de 51 zorgsituaties over de vier steekproefcriteria

<u>type cliëntorganisatie:</u>	
- industrie	26 situaties
- dienstverlening	25 situaties
<u>grootteklasse:</u>	
- 35-99 werknemers	11 situaties
- 100-499 werknemers	19 situaties
- 500 + werknemers	21 situaties
<u>type BGD:</u>	
- gezamenlijk	18 situaties
- overheid	15 situaties
- enkelvoudig	18 situaties
<u>VG-taak i.v.m.ziekteverzuim:</u>	
- ja	34 (w.v. 15 bij de overheid),
- nee	17 situaties

De feitelijke steekproef is gezien tabel 3.3 redelijk verdeeld over de vier steekproefcriteria afzonderlijk. Tabel 3.4 laat zien dat de gewenste steekproef (zie paragraaf 3.3) wat betreft de kleine bedrijven bij de enkelvoudige particuliere BGD-en met VG-taak onvoldoende is gerealiseerd, in tegenstelling tot de grote bedrijven met VG-taak. Overigens zijn de aantallen zorgsituaties redelijk in overeenstemming met de streefgetallen, zodat een vrij evenwichtige steekproef bereikt is.

Tabel 3.4 Verdeling van de zorgsituaties in de steekproef over de combinaties van de vier steekproefcriteria

		industrie			dienstverlening		
		35-99	100-499	500+	35-99	100-499	500+
geza- menlijk	VG-taak	-	2	1	1	1	1
	geen VG-taak	2	2	2	2	2	2
over- heid	VG-taak	3	3	2	1	4	2
	geen VG-taak	-	-	-	-	-	-
enkel- voudig	VG-taak	-	1	5	-	2	5
	geen VG-taak	1	-	1	1	2	-

3.7 De analyses

Volgens het onderzoeksvoorstel (Draaisma, 1987b) zou dit deelonderzoek een hoofdzakelijk kwalitatief beeld moeten opleveren van de bedrijfsgezondheidskundige zorg. Hierbij kan worden aangetekend dat deze formulering uit het voortraject aan de voorzichtige kant was, omdat, ten eerste nog niet kon worden overzien in hoeverre het onderzoek ook meer kwantitatieve gegevens zou kunnen opleveren en ten tweede, duidelijk was dat het deelonderzoek, zonder het complementaire deel onder de andere partijen in de verzorgde organisatie, beperkin-

gen meebracht. Het bleek echter mogelijk de informatie zo te verzamelen dat ook meer kwantitatieve bewerkingen toegepast konden worden.

Hieronder wordt een verantwoording gegeven van de analyses die verricht zijn, gerangschikt volgens de vier doeleinden van het deelonderzoek:

1. een beschrijving van de activiteiten die de beroepsbeoefenaren verrichten in het kader van de BGZ die zij leveren;
2. een beschrijving van de oordelen van de beroepsbeoefenaren over deze activiteiten aan de hand van de evaluatie-dimensies, die een benadering van effectiviteit vormen;
3. een inventarisatie van de knelpunten en pluspunten die de beroepsbeoefenaren ondervinden bij hun activiteiten;
4. een inventarisatie van suggesties die de beroepsbeoefenaren hebben.

In paragraaf 3.1 zijn bij de bespreking van de operationalisatie van de BGZ-beleidscyclus zeven thema's gevormd. Bij de beschrijving en de beoordeling door de zorgverleners van de activiteiten worden alle aspecten van het proces en de output van de zorg behandeld volgens deze zeven thema's:

1. bedrijfsgezondheidskundige activiteiten;
2. interne sturing;
3. extern overleg;
4. advisering;
5. resultaat advisering;
6. BGZ-beleid cliëntorganisatie;
7. externe sturing.

Uitgangspunt voor de volgorde van de thema's is het idee, te werken van concreet naar abstract en van BGD-intern naar extern. Aan het begin zijn daarom de concrete werkzaamheden van de BGD geplaatst, die aanleiding kunnen zijn voor interne sturing van de BGD. Vervolgens komen de externe werkcontacten aan de orde (overleg als algemene voorwaarde voor alle werkzaamheden, en de advisering, inclusief het resultaat van de advisering). Tot slot

wordt het BGZ-beleid van de cliëntorganisatie en de (externe) sturing die daarmee kan samenhangen, behandeld.

Wat de bewerkingen op de gegevens betreft betekent dit het volgende. In de eerste plaats zijn frequentieverdelingen van de antwoorden op de vragen gemaakt (hoofdstuk 4); ten tweede wordt daarbij afzonderlijk aandacht gegeven aan de doeleinden en maatstaven die de zorgverleners zelf noemen en de betekenis daarvan voor het denken over effectiviteit (paragraaf 4.2). Verderop worden in hoofdstuk 7 op dezelfde manier de knelpunten en pluspunten in de zorg die de zorgverleners ervaren besproken, tezamen met de suggesties die werden genoemd ter verbetering van de werkwijzen in de BGZ.

Ten derde zijn voor de aspecten van het proces en de output kruistabellen gespecificeerd naar de zes kenmerken van de BGD en de cliëntorganisatie. Waar nodig zijn antwoordcategorieën die weinig voorkomen met andere categorieën samengenomen. De beschrijving van de resultaten over alle thema's heen is opgenomen in hoofdstuk 5.

Tenslotte is ten behoeve van hoofdstuk 6 een aantal verkennende multivariate analyses gedaan op een achttal indicatoren die mogelijk als kwaliteitsindicatoren zouden kunnen dienen. Daarvoor is een selectie uit alle proces- en outputaspecten omgewerkt tot samengestelde variabelen en in verband gebracht met de mogelijke kwaliteitsindicatoren. Bijzonderheden over de uitgevoerde analyses worden besproken in de betreffende hoofdstukken.

4. RESULTATEN: EEN GLOBALE BESCHRIJVING

4.1 De resultaten per thema

De resultaten worden hieronder besproken volgens de thema's die in hoofdstuk 3 werden onderscheiden in het proces en de output van de zorg. Deze bespreking is in zoverre globaal, dat alleen gekeken wordt naar de frequentieverdelingen van het materiaal; de verschillen naar type BGD en type cliëntorganisatie komen in hoofdstuk 5 aan de orde.

Het is misschien nodig van tevoren te vermelden dat er geen normen en weinig vergelijkingsmogelijkheden uit ander onderzoek voorhanden zijn, waaruit zou kunnen blijken wanneer een score hoog, middelmatig of laag te noemen is. De opmerkingen in die richting zijn dan ook vrijwel alleen gebaseerd op vergelijkingen binnen het aanwezige datamateriaal.

4.1.1 De BGZ-activiteiten

In elk BGZ-team werd vastgesteld welke activiteiten het verricht. Een aantal activiteiten wordt door bijna ieder BGZ-team gedaan (op één of twee gevallen na, zie tabel 4.1), namelijk aanstellingskeuringen en -onderzoek, bedrijfsgezondheidskundig spreekuur en werkplekbezoek. Opvallend is dat iedereen aan begeleiding van langdurig verzuim doet, onafhankelijk van het uitvoeren van een VG-taak. Verder wordt door een grote meerderheid van de gevallen (85% of meer) begeleiding van frequent kort verzuim en arbeidshygiënisch of ergonomisch onderzoek uitgevoerd.

De vijf overige activiteiten: EHBO, GPO, PBGO, APO* en GVO vinden in ruw-weg één- tot tweederde van het aantal gevallen plaats. Bij EHBO is alleen het

* Zie voor de betekenis van de afkortingen bijlage p. Wanneer er een leeftijdscriterium gehanteerd werd bij het periodiek onderzoek is deze activiteit bij de verwerking als APO beschouwd, ook wanneer een PBGO-vragenlijst werd gebruikt (vgl Van Putten & Oversloot, 1984). Met de meest respondenten is dit tijdens het interview in overleg besloten.

zelf uitvoeren geteld. (In de niet-beschouwde gevallen beperkt de rol van de BGD zich tot coördinerende of ondersteunende werkzaamheden. De EHBO-functie is in die gevallen op andere wijze geregeld, bijvoorbeeld door een EHBO-ploeg in het bedrijf, of door doorverwijzing naar een ziekenhuis.) Wat betreft de GVO zijn hier alleen de gevallen geteld waarin GVO een afzonderlijke activiteit is, die niet als geheel opgaat in een andere activiteit, zoals het spreekuur of APO. Onder deze definitie doet ongeveer twee derde van de BGD-en aan GVO. De verschillende vormen van periodiek onderzoek komen in uiteenlopende mate voor, GPO nog het meest, namelijk in twee derde, PBGO en APO allebei in 40% van de gevallen. Daarbij moet wel aangetekend worden dat APO en PBGO vrijwel niet naast elkaar beoefend worden.

Uit de gegevens die door middel van de periodieke onderzoeken worden verzameld, worden in de helft van alle gevallen groepsgegevens samengesteld. Bij GPO maakt 32% van de respondenten gebruik van groepsgegevens en bij PBGO 81%.

Tabel 4.1 BGZ-activiteiten

Inventarisatie BGZ-activiteiten	n	wordt wel gedaan	wordt niet gedaan
Aanstellingskeuringen/onderzoek	51	98% (50)	2% (1)
EHBO		59% (30)	41% (21)
begeleiding LV		100% (51)	
begeleiding FKV		88% (45)	12% (6)
spreekuur		96% (49)	4% (2)
GPO		67% (34)	33% (17)
PBGO		41% (21)	59% (30)
APO		39% (20)	61% (31)
groepsgegevens n.a.v. PO		51%*(26)	49% (25)
Arbo hyg./erg.ond.		86% (44)	14% (7)
werkplekbezoek		96% (49)	4% (2)
GVO		65% (33)	35% (18)

* bij GPO 32%, bij PBGO 81%

Over de gegevens wat betreft de tijdsbesteding moet opgemerkt worden dat verreweg de meeste BGD-en geen tijdverantwoording hebben. Speciaal voor dit onderzoek hebben vele BGD-en schattingen gemaakt van de tijd die de verschillende activiteiten nemen. In diensten waar wel een tijdschrijfsysteem bestaat, bleek verder de indeling in activiteiten meestal niet overeen te stemmen met die

in het onderzoek. Door beide oorzaken was het niet mogelijk, een sluitend beeld van de tijdsbesteding in de BGD-en te krijgen; van 22 diensten ontbreekt een schatting over alle uitgevoerde activiteiten. Wel waren er vaak schattingen over een deel van de activiteiten bekend, maar kon geen totaal bestede tijd opgegeven worden.

Met nadruk moet er verder nog op gewezen worden dat er al met al geen goed inzicht in de betrouwbaarheid van de schattingen bestaat. Op grond van de grote non-respons bij het onderwerp 'tijdsbesteding' is besloten, deze gegevens niet verder te analyseren, gespecificeerd naar de kenmerken van de BGD en de cliëntorganisatie. De beschikbare gegevens worden gegeven in tabel 4.2.

Tabel 4.2 Gemiddelden, minima en maxima van de percentages bestede tijd aan de activiteiten over het laatste boekjaar van 29 van de 51 BGZ-teams uit het onderzoek.

activiteit	bestede % van de totale tijd		
	gemiddeld	minimum	maximum
Aanstellingskeuring/-onderzoek	6,0	0	16
EHBO	2,5	0	15
Begeleiding langdurig verzuim	24,5	1	60
Begeleiding freq. kortd. verzuim	7,2	0	35
Spreekuur	8,7	0	37
GPO	7,6	0	32
PBG0	18,3	0	62
APO	12,0	0	40
arbeidshyg./ergon. onderzoek	10,5	0	36
werkplekbezoek	13,0	0	54
GVO	3,3	0	10
overleg en andere	15,8	0	72

* geteld is de bestede tijd van BA, BVK, AH en ergonoom; niet van assistenten en administratief personeel.

Bij deze resultaten moet er rekening mee gehouden worden, dat door hun lage frequentie de periodieke onderzoeken veelal buiten het peiljaar vielen; in mindere mate geldt dat ook voor werkplekonderzoek en -bezoek en GVO. Aan de minima en maxima van deze activiteiten kan daarom geen absolute betekenis gehecht worden, evenmin als aan de verschillen tussen BGZ-teams. Alleen de gemiddelden zijn een ruwe indicator voor de tijdsbesteding aan deze activiteiten in het algemeen.

Ook gezien hun dubieuze betrouwbaarheid kunnen deze gegevens het beste globaal bekeken worden. Het beeld dat dan ontstaat is als volgt. De verzuimbegeleiding (van lang en frequent verzuim samen) kost de meeste tijd, namelijk 30 à 35%, met een zeer grote spreiding wat betreft frequent verzuim. Werkplekonderzoek en -bezoek nemen samen ongeveer 25%. PBGO of APO (deze vormen komen bijna nooit tegelijkertijd voor) beslaan rond 15% van de tijd. Spreekuur en GPO komen op ongeveer 10%. Aanstellingskeuringen en -onderzoek, EHBO en GVO komt rond 5% gemiddeld, met een grote spreiding voor EHBO. De tijd die men besteed aan overleg, kon men in het algemeen moeilijk schatten, omdat overleg vaak voortkomt uit andere activiteiten. Daarom is overleg in het interview samen met overige activiteiten in een restcategorie ondergebracht. Gemiddeld neemt dit ongeveer 10% van de tijd in beslag, vermoedelijk met een aanzienlijke spreiding.

4.1.2 Informatie voor interne sturing van de activiteiten

Om te beginnen worden hier de wensen behandeld wat betreft de tijdsbesteding. De vragen zijn meestal ook beantwoord over activiteiten die men niet feitelijk uitvoerde. Aan de meeste activiteiten wenst men evenveel tijd te besteden als er in werkelijkheid besteed wordt (zie tabel 4.3).

Enkele antwoorden springen er duidelijk uit: aan PBGO en GVO wil de helft meer of veel meer tijd besteden; bijna niemand wil minder besteden aan GVO, sommigen (15%) wel aan PBGO. Voor het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek en werkplekbezoek ligt dit nog extremer, want bijna driekwart van de respondenten wil hier meer of veel meer tijd aan besteden. Activiteiten waar bijna 20% van de respondenten minder tijd aan wil besteden, zijn GPO en PBGO. Ten aanzien van aanstellingskeuringen en APO kan van een lichte tegenzin gesproken worden, want rond 25% wil hier minder mee bezig zijn en bijna niemand meer. Overleg kost voor 21% van de respondenten te veel tijd. Andere activiteiten dan die waarnaar is gevraagd, werden zo weinig genoemd dat een bespreking hier overbodig is.

Na de afzonderlijke activiteiten werd gevraagd naar de tijd die men in totaal wenst; 64% antwoordt hierop: 'meer' en slechts een enkeling 'minder'. Dit kan

wijzen op een algemeen heersend tijdgebrek, waarbij niet aan alle activiteiten voldoende aandacht kan worden gegeven.

Tabel 4.3 Aspecten van interne sturing door de BGD (1)

vraagnr.	Aspecten van interne sturing	n	veel minder	minder	even- veel	meer	veel meer
	gewenste tijdsbesteding:						
6.1	- AK	50	2% (1)	20% (10)	76% (38)	2% (1)	
6.1	- EHBO	39	3% (1)	5% (2)	85% (33)	8% (3)	
6.1	- beg. L.V.	50		8% (4)	66% (33)	26% (13)	
6.1	- beg. FKV	49	2% (1)	6% (3)	65% (32)	27% (13)	
6.1	- spreekuur	50		6% (3)	64% (32)	30% (15)	
6.1	- GPO	42	5% (2)	14% (6)	60% (25)	21% (9)	
6.1	- PBGO	45	2% (1)	13% (6)	36% (16)	36% (16)	13% (6)
6.1	- APO	22	9% (2)	18% (4)	73% (16)		
6.1	- AH/erg.ond.	48			29% (14)	65% (31)	6% (3)
6.1	- werkplekbezoek	48		2% (1)	25% (12)	69% (33)	4% (2)
6.1	- GVO	44			50% (22)	48% (21)	2% (1)
6.1	- overleg	33	3% (1)	18% (5)	56% (17)	33% (10)	
6.1	- andere activiteiten n.g.	3		33% (1)	33% (1)	33% (1)	
6.1	- Totaal	50		4% (2)	32% (16)	64% (32)	
6.2	activiteiten achterwege?	51	ja=22% (11)		nee=78% (40)		

Tabel 4.4 Aspecten van interne sturing door de BGD (2)

vraagnr.	Aspecten van interne sturing	n	ja	nee
	Voldoende aandacht:			
3.1.8	- AK	51	98% (50)	2% (1)
3.3.15	- beg. L.V.	51	90% (46)	10% (5)
3.5.12	- beg. KVV	46	89% (39)	11% (5)
3.6.4	- spreekuur	48	92% (44)	8% (4)
3.7.7	- GPO	33	88% (29)	12% (4)
3.8.8	- PBGO	21	62% (13)	38% (8)
3.9.8	- APO	20	85% (17)	15% (3)
3.10.11	- AH/erg.ond.	41	56% (23)	44% (18)
3.11.6	- werkplekbezoek	39	59% (23)	41% (16)
3.12.11	- GVO	22	77% (17)	23% (5)
4.8.3	- overleg	50	90% (45)	10% (5)

Oordelen of men voldoende aandacht aan een activiteit kan geven, zijn alleen gevraagd aan degenen die de betreffende activiteit feitelijk doen (zie tabel 4.4). De antwoorden zijn minder extreem dan bij de vragen naar de gewenste tijdsbesteding, omdat daar ook de wensen doorklinken van degene die een bepaalde activiteit niet doen, maar dit wel wensen. Inhoudelijk stemmen de antwoorden in

grote lijnen overeen. Bij de meeste activiteiten (aanstellingskeuring, begeleiding van kort en lang verzuim, spreekuur, GPO, APO, GVO en overleg) vindt rond 90% van de respondenten dat er voldoende aandacht mogelijk is. Dat is niet het geval bij PBGO (38% niet), arbeidshygiëne en ergonomie (44% niet), werkplek-bezoek (41% niet) en bij GVO (23% niet).

De conclusie hier is dat velen vinden, onvoldoende aandacht te kunnen besteden aan werkplekgerichte preventie, ook als ze dergelijke activiteiten feitelijk wel uitvoeren.

Tabel 4.5 Aspecten van Interne Sturing door de BGD (3)

vraagnr	Aspecten van interne sturing	n	minimum	maximum	gemiddeld
3.1.5	% aanstellingskeuringen	50	2%	32%	11%
3.3.7	% L verzuimers begeleid	46	15%	100%	87%
3.5.6	% KF verzuimers begeleid	26	20%	100%	77%
3.6.2	opkomst % spreekuur	40	0%	54%	19%
3.7.4	gemiddelde % deelnemers GPO	32	73%	100%	95%
3.8.5	% deelnemers aan PBGO	16	60%	100%	84%
3.9.5	% deelnemers aan APO	16	30%	100%	79%

Een belangrijk gegeven voor de sturing van de activiteiten is vanzelfsprekend het percentage per jaar bereikte werknemers. We beschikken over zeven van dergelijke cijfers (zie tabel 4.5). De laagste percentages zijn te vinden bij aanstellingskeuringen en het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur. Het percentage aanstellingskeuringen (berekend op het totaal aantal werknemers in de cliëntorganisatie) is gemiddeld 11% met een uitschieter van 32%. Op het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur komt gemiddeld 19% van de werknemers. Voor geen van beide percentages is een externe maatstaf om te beoordelen of spreekuur en aanstellingskeuringen voldoende tot hun recht komen. Wel kunnen deze percentages gehanteerd worden om vast te stellen of in een bepaalde BGD de aantallen bereikte werknemers bij aanstellingskeuring en spreekuur in de gemiddelde orde van grootte liggen.

Bij de overige vijf activiteiten loopt het bereikte percentage van de beoogde werknemers globaal van ruim 75 tot bijna 100; vanaf de begeleiding van frequent kort verzuim (77%), APO (79%), PBGO (84%) en begeleiding van lang verzuim (87%) tot GPO (95%). Bij deze activiteiten wordt in principe een hoog

percentage van de beoogde groep nagestreefd. GPO benadert de 100%. De andere bereikte percentages blijven in verschillende mate achter.

Tabel 4.6 Aspecten van Interne Sturing door de BGD (4)

vraagnr	Aspecten van interne sturing	n	ja	nee
juiste categorieën personeel gezien gezondheidsrisico's in:				
3.1.3	- AK	31	68% (21)	32% (10)
3.3.10	- beg. L.V.	37	84% (31)	16% (6)
3.5.10	- beg. KfV	18	56% (10)	44% (8)
3.7.3	- GPO	33	76% (25)	24% (8)
3.8.6	- PBGO	12	75% (9)	25% (3)
3.9.6	- APO	16	38% (6)	62% (10)
3.10.7	- AH/erg. ond.	38	84% (32)	16% (6)
3.11.3	- werkplekbezoek	30	87% (26)	13% (4)
3.12.7	- GVO	20	75% (15)	25% (5)
Nieuwe knelpunten uit:				
3.2.6	- EHBO	28	54% (15)	46% (13)
3.3.17	- beg. L.V.	51	77% (39)	23% (12)
3.5.14	- beg. FKV	43	54% (23)	46% (20)
3.6.6	- spreekuur	47	79% (37)	21% (10)
3.7.9	- GPO	33	36% (12)	64% (21)
3.8.10	- PBGO	20	90% (18)	10% (2)
3.9.10	- APO	20	60% (12)	40% (8)
3.11.9	- werkplekbezoek	39	64% (25)	36% (14)

Bij de meeste activiteiten is verder het overwegende oordeel dat de juiste categorieën werknemers bereikt worden, gezien de bestaande gezondheidsrisico's (tabel 4.6). Dit geldt de begeleiding van lang verzuim, het GPO en PBGO, de arbeidshygiëne en ergonomie en het werkplekbezoek. Activiteiten die men in 30% of meer van de gevallen niet op de juiste groepen werknemers gericht vindt zijn APO, begeleiding van frequent kort verzuim en aanstellingskeuringen*. Er zijn blijkbaar andere overwegingen dan het gezondheidsrisico om deze activiteiten toch te verrichten.

De vraag of men nieuwe knelpunten in werk en gezondheid vindt via de verschillende activiteiten, is als volgt beantwoord (zie tabel 4.6). Voor zover activiteiten verricht worden, leveren die elk vrij vaak informatie over nieuwe

* Om misverstanden te vermijden moet opgemerkt worden dat de genoemde percentages niet automatisch betekenen dat in even grote percentages risico's in de werksituaties voorkomen.

knelpunten op (in meer dan de helft van de gevallen). Alleen GPO levert in meerderheid van de gevallen geen nieuwe gezichtspunten op, wat voor de hand ligt, omdat dat type onderzoek uitgaat van bestaande gezondheidsrisico's. De activiteiten die het meest functioneel zijn (althans volgens degenen die ze uitvoeren) voor signalering van problemen zijn vooral PBGO en spreekuur, en vervolgens begeleiding bij langdurig verzuim en werkplekbezoek.

De tussentijdse conclusie over de BGZ-activiteiten is, dat vooral de activiteiten die gericht zijn op primaire preventie, te weten PBGO, werkplekonderzoek en -bezoek en GVO meer aandacht nodig hebben. Dit zijn tevens activiteiten die sterk op de risicogroepen onder de werknemers gericht zijn en die in veel gevallen inzicht geven in voorheen nog onbekende knelpunten in werk en gezondheid. Aan andere activiteiten die op grote schaal worden gepraktiseerd, maar die lang niet voor iedereen goede signaleringsinstrumenten zijn, zou volgens ongeveer een kwart van de BGD-en minder tijd besteed mogen worden; het gaat hierbij om aanstellingskeuringen en -onderzoek en APO. Begeleiding van frequent-kortverzuimers wordt eveneens een minder goed signaleringsinstrument gevonden, maar er zijn blijkbaar overwegingen waarom het slechts volgens weinigen minder tijd mag krijgen. Het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur lijkt boven alle kritiek van BGD-zijde verheven, hoewel de opgegeven percentages werknemers die het spreekuur bezoeken, sterk uiteen lopen.

Tot slot komen in tabel 4.7 nog een aantal uiteenlopende aspecten voor. Tweederde van de respondenten ziet belemmeringen bij reïntegratie van werknemers, een kwart noemt reïntegratie zelfs nauwelijks mogelijk. Veruit de meeste respondenten vinden verder het begeleiden van lang verzuim geen probleem wat betreft de vertrouwensrelatie met de werknemers; het begeleiden van frequent kort verzuim kan volgens een meerderheid (60%) de vertrouwenspositie van de BGD wel schaden. Het gaat hier niet alleen om gevallen waarin de controle door de BA wordt gedaan (zie paragraaf 5.2.3).

Tabel 4.7 Aspecten van Interne Sturing door de BGD (5)

vraagnr.	Aspecten van interne sturing	n				
3.3.13	belemmeringen bij reïntegratie	50	geen=32% (16)	wel belem.=42% (21)	nauwelijks mogelijk=26% (13)	
3.3.20	beg. L.V. ten koste van vertrouwenspositie	51	niet=69% (35)	enigermate=29% (15)	vrij sterk=1% (1)	
3.5.17	beg. KfV ten koste van vertrouwenspositie	42	niet=40% (17)	enigermate=48% (20)	vrij sterk=12% (5)	
8.3.1	kosten/baten van BGZ wegen tegen elkaar op	49	ja=96% (47)	nee=4% (2)		
9.2	fact. genoemd die vrouwen werknemers bevorderen	50	ja=88% (44)	nee=12% (6)		
9.2	fact. genoemd die vrouwen werknemers belemmeren	50	ja=78% (39)	nee=22% (11)		
8.2.1	maatstaven BGD: - verzuim	48	genoemd=25% (12)	niet genoemd=75% (36)		
	maatstaven BGD: - werkomstandigheden	48	genoemd=21% (10)	niet genoemd=79% (38)		

De vraag of de baten van BGZ tegen de kosten opwegen wordt door vrijwel iedereen bevestigend beantwoord. Factoren die het vertrouwen van de werknemers in de BGD beïnvloeden worden door de meerderheid van de respondenten genoemd: zowel bevorderende als belemmerende factoren. Op de vraag naar de eigen maatstaven van de BGD voor de verleende zorg werd door ruim 20% het verzuim en de werkomstandigheden genoemd. Voor het overige werden zeer uiteenlopende antwoorden gegeven. Paragraaf 4.2 gaat hier dieper op in.

4.1.3 Extern overleg

Er werd bij het onderwerp 'extern overleg' onder meer gevraagd naar contactpersonen in verband met het lang verzuim, buiten een eventueel sociaal-medisch team (SMT) om (zie tabel 4.8). Directie en VGW-commissie of OR worden hier bijna niet genoemd, het gaat voornamelijk om chefs, PZ en BMW die resp. met percentages van 53, 64 en 22% genoemd worden.

In vele cliëntorganisaties (namelijk 77%) blijkt een sociaal-medisch team aanwezig te zijn. De deelnemers zijn, naast PZ dat er altijd deel van uitmaakt, bijna altijd de bedrijfsarts (BA), zeer vaak een bedrijfsmaatschappelijk werker, en minder vaak de afdelingschefs. Naast de BA is in ongeveer een derde van de gevallen ook de BVK deelnemer, directie en OR/VGW-commissie zelden. De vergaderingen van het SMT vinden tussen enkele keren per jaar tot wekelijks plaats en gemiddeld 14 keer per jaar.

Het SMT heeft behalve het verzuim van individuele werknemers opvallend vaak de beleidsproblematiek m.b.t. BGZ (40%) als onderwerp. Verder is in ongeveer een vijfde deel van de gevallen de gezondheid of het functioneren van werknemers in het algemeen een regelmatig wederkerend onderwerp in het SMT.

Tabel 4.8 Aspecten van Extern Overleg (1)

vraagnr.	Aspecten van extern overleg	n	
3.3.2.2	Contactpersoon im LV: - directie	51	niet genoemd=92% (47)
3.3.2.2	- chefs		niet genoemd=47% (24)
3.3.2.2	- PZ		niet genoemd=35% (18)
3.3.2.2	- VGW/OR (wordt nooit genoemd)		
3.3.2.2	- BWV		niet genoemd=78% (40)
3.3.4	SMT aanwezig?	51	ja=77% (39)
3.3.4.1	Deelnemers SMT: - directie	39	niet genoemd=90% (35)
3.3.4.1	- chefs		niet genoemd=59% (23)
3.3.4.1	- BWV		niet genoemd=31% (12)
3.3.4.1	- PZ (is altijd deelnemer)		
3.3.4.1	- BA		niet genoemd= 5% (2)
3.3.4.1	- BVK		niet genoemd=69% (27)
3.3.4.1	- OR/VGW-commissie		niet genoemd=95% (37)
3.3.4.1	vergaderfrequentie SMT	36	minimum=3
4.4.2	onderwerpen SMT: - verzuim	36	niet genoemd=11% (4)
4.4.2	- functioneren individuen	37	niet genoemd=78% (29)
4.4.2	- gezondheid individuen	37	niet genoemd=78% (29)
4.4.2	- beleidsproblematiek	37	niet genoemd=60% (22)
4.4.2	- anders	37	niet genoemd=76% (28)
4.7.2a	samenwerking met VG van: - GMD/ABP	46	goed=70% (32)
4.7.2b	- BV-ZW	24	goed=75% (18)
4.7.2c	- BGD-ZW	9	goed=89% (8)
3.3.6.1	goede informatie curatieve sector	51	ja=94% (48)
3.3.6.1	tijdige informatie curatieve sector	50	ja=82% (41)
4.8.1	afstemingsproblemen overlegvormen	40	ja=25% (10)

gemiddelde=14

maximum=55

minimum=3

niet genoemd=89% (32)

niet genoemd=22% (8)

niet genoemd=22% (8)

niet genoemd=40% (15)

niet genoemd=24% (9)

redelijk=26% (12)

redelijk=21% (5)

nee= 6% (3)

nee=18% (9)

nee=75% (30)

matig= 4% (2)

matig= 4% (1)

matig=11% (1)

Een volgende vraag betreft de samenwerking met de verzekeringsgeneeskundigen afkomstig uit de verschillende uitvoeringsorganen. In de steekproef komt het niet vaak voor dat een VG-functionaris onderdeel uitmaakt van de BGD (17%) zodat het oordeel over deze constellatie weinig zegt. Daar waar men te maken heeft met een VG van de bedrijfsvereniging (47%), worden de contacten in grote meerderheid als goed beoordeeld. Bijna iedereen meldt contacten met VG van GMD of ABP; ook hier is het oordeel over de contacten in grote meerderheid gunstig.

Bijna alle BGD-en hebben contacten met de curatieve sector; het oordeel hierover is in grote meerderheid dat de ontvangen informatie goed is en op tijd. Wel verklaart bijna iedereen dat het initiatief uitsluitend van de BA uitgaat en dat deze contacten veel tijd kosten.

Problemen met de afstemming tussen de verschillende overlegvormen in de cliëntorganisatie wordt door een kwart van de respondenten gemeld.

In vrijwel alle cliëntorganisaties (96%) blijkt er een PZ-afdeling aanwezig te zijn (zie tabel 4.9). De betreffende BGD-en hebben overleg met PZ, in frequentie verschillend van enkele keren per jaar tot twee keer per week, gemiddeld ongeveer eens per twee weken.

De contacten van de BGD met de directie van het bedrijf gaan overwegend over beleidszaken: daarnaast worden alleen formaliteiten en het functioneren van individuen nog een paar keer genoemd. De contactfrequentie loopt uiteen van nul tot wekelijks (gemiddeld 9 keer per jaar).

Wat betreft OR en VGW-commissie; vaak (namelijk 86%) is er een OR aanwezig; verreweg de meeste respondenten vinden dat men daar niet vaak genoeg (of zelfs nooit) wordt uitgenodigd. Er blijkt in ongeveer de helft van de gevallen een VGW-commissie aanwezig te zijn; 40% vindt zich als BGD daar niet vaak genoeg uitgenodigd.

Bij de vraag naar het oordeel over wenselijke verbeteringen in het contactenpatroon werd PZ nooit genoemd, de directie en het kader in omstreeks 10% van de gevallen en OR of VGW-commissie in 25% van de gevallen.

Tabel 4.9 Aspecten van Extern Overleg (2)

vraagnr.	Aspecten van extern overleg	n		
4.1.1	PZ aanwezig?	51	ja=96% (49)	nee=4% (2)
4.1.3	overleg met PZ? (altijd overleg met PZ)			
4.1.3	overlegfrequentie PZ per jaar	48	minimum=3	maximum=100 gemiddelde=36
4.5.1	overlegfrequentie met directie	50	minimum=0	maximum=52 gemiddelde=9
	contact met directie over:			
4.5.2	- formaliteiten	51	genoemd=16% (8)	niet genoemd=84% (43)
4.5.2	- beleidszaken	51	genoemd=84% (43)	niet genoemd=16% (8)
4.5.2	- functioneren van individuen	51	genoemd=20% (10)	niet genoemd=80% (41)
4.2.1	VGM-cie aanwezig?	51	ja=53% (27)	nee=47% (24)
4.2.4	vaak genoeg in VGM-cie uitgenodigd?	25	ja=60% (15)	nee=40% (10)
4.3.1	OR aanwezig?	51	ja=86% (44)	nee=14% (7)
4.3.3	vaak genoeg in OR uitgenodigd?	43	ja=28% (12)	niet vaak genoeg=44% (19) nooit=28% (12)
	verbeteringen wenselijk in contact met:			
4.8.4	- directie	51	genoemd=12% (6)	niet genoemd=88% (45)
4.8.4	- OR/VGM-cie	44	genoemd=25% (11)	niet genoemd=75% (33)
4.8.4	- PZ (nooit genoemd)			
4.8.4	- kader	51	genoemd= 6% (3)	niet genoemd=94% (48)

De belangrijkste conclusies wat betreft het externe overleg van de BGD zijn de volgende:

- er bestaan uiteraard zeer uiteenlopende overlegpatronen;
- de meest voorkomende overlegpartner is PZ;
- daarnaast is op grote schaal overleg in de vorm van een SMT, waarin overleg met specialistische staffunctionarissen het meest voorkomt; het kader neemt in bijna de helft van de gevallen ook deel; het overleg gaat uiteraard vaak over het verzuim, maar toch ook in bijna de helft van de gevallen over BGZ-beleidszaken;
- de samenwerking met verzekeringsgeneeskundigen en de informatievoorziening uit de curatieve sector (de laatste weliswaar vrijwel uitsluitend op initiatief van de BGD) wordt gunstig beoordeeld;
- als het gaat om wenselijke verbeteringen in de contacten, wordt de directie en het kader weinig genoemd; het contact met OR of VGW-commissie wordt veel vaker voor verbetering vatbaar gevonden.

4.1.4 Advisering

Rapportage over onderzoek dat de BGD heeft gedaan (zie tabel 4.10), vindt meestal plaats aan de directie (75% van de gevallen); ook veel aan PZ (61%), maar minder aan het kader en de OR/VGW-commissie (respectievelijk 25 en 36%).

Over het uitbrengen van advies is het volgende te melden. Door bijna de helft van de BGD-en wordt advies altijd schriftelijk uitgebracht. De geadresseerden van de adviezen worden in ongeveer dezelfde mate genoemd als bij rapportage (zie hierboven), PZ echter iets minder vaak en het kader iets vaker.

Het bespreken van de adviezen vindt het minst vaak plaats met de OR en de VGW-commissie (33%), wat vaker met Personeelszaken (46%) en het meest met het kader en de directie (beide 52%). Dit laatste wellicht in verband met de medewerking die van hen nodig is bij het realiseren van voorstellen.

In twee derde van de gevallen worden de adviezen in conceptvorm besproken. Dat gebeurt in ongeveer gelijke mate met de directie, het kader en PZ. De OR of VGW-commissie wordt in dit verband bijna nooit genoemd.

Tabel 4.10 Aspecten van advisering door de BGD

vraagnr	aspecten van advisering n				
4.0	rapportage aan*: - directie - VGV-commissie/OR - PZ - kader	51 44 49 51	genoemd=75% (38) genoemd=36% (16) genoemd=61% (30) genoemd=25% (13)	niet niet niet niet	genoemd=25% (13) genoemd=64% (28) genoemd=39% (19) genoemd=75% (38)
5.3.1	adviezen altijd schriftelijk uitgebracht	48	ja=44% (21)	nee=56% (27)	
5.3.2	adviezen uitgebracht aan*: - directie - VGV-commissie/OR - PZ - kader	50 43 48 50	genoemd=70% (35) genoemd=49% (21) genoemd=48% (23) genoemd=40% (20)	niet niet niet niet	genoemd=30% (15) genoemd=51% (22) genoemd=52% (25) genoemd=60% (30)
5.3.3	adviezen besproken met*: - directie - VGV-commissie/OR - PZ - kader	50 43 48 50	genoemd=52% (26) genoemd=33% (14) genoemd=46% (22) genoemd=52% (26)	niet niet niet niet	genoemd=48% (24) genoemd=67% (29) genoemd=54% (26) genoemd=48% (24)
5.3.3.1	adviezen in conceptvorm besproken	48	ja=71% (34)	nee=29% (14)	
5.3.3.1	in conceptvorm besproken met: - directie - VGV-commissie/OR - PZ - kader	49 42 47 49	genoemd=27% (13) genoemd= 7% (3) genoemd=32% (15) genoemd=29% (14)	niet niet niet niet	genoemd=73% (36) genoemd=93% (39) genoemd=68% (32) genoemd=71% (35)
5.3.5	rekening houdend met haalbaarheid	46	niet=15% (7)	middelem=46% (21)	sterk, geheel=39% (18)
5.3.6	algemene niveau van de doelstelling van adviezen	47	maximale=21% (10)	tussenin=53% (25)	minimale=15% (7) geen alg. uitgangspunt=11%(5)
5.4.2.1	overeenstemming met: - directie over doel meest ingrijpende advies	42	ja=81% (34)	nee=19% (8)	
5.4.2.1	- OR/VGV-cie over doel meest ingrijpende advies	32	ja=81% (26)	nee=19% (6)	
5.5.2.1	- directie over doel belangrijkste BGZ-advies	38	ja=87% (33)	nee=13% (5)	
5.5.2.1	- OR/VGV-cie over doel belangrijkste BGZ-advies	30	ja=97% (29)	nee= 3% (1)	
8.4.3.5	inzichten in risicogroepen gedeeld met: - directie - OR/VGV-commissie - PZ	41 31 40	ja=71% (29) ja=90% (28) ja=85% (34)	nee=29% (12) nee=10% (3) nee=15% (6)	

* in alle gevallen is het concern nooit genoemd

Als tussentijdse conclusies over rapportage en advisering aan de verschillende betrokkenen geldt het volgende:

- bij het rapporteren, het uitbrengen van advies en het bespreken van adviezen is de directie van de cliëntorganisatie de belangrijkste geadresseerde; daarna komen achtereenvolgens PZ, de OR/VGW-commissie en het kader;
- adviezen in conceptvorm worden minder vaak besproken dan de adviezen zelf; het gebeurt voornamelijk met directie, PZ en kader, nauwelijks met de OR/VGW-commissie.

De meeste diensten houden in hun adviezen rekening met de haalbaarheid ervan, slechts 15% doet dit niet. Het streefniveau waarop de adviezen gericht zijn, is overwegend gematigd: ongeveer de helft van de BGD-en streeft naar een niveau tussen het minimaal aanvaardbare en het maximaal denkbare.

Een aantal vragen was gewijd aan het voor het bedrijf meest ingrijpende en het uit BGZ-oogpunt belangrijkste advies. Uit de antwoorden blijkt dat bij beide adviezen over het algemeen (80%) overeenstemming was m.b.t. het doel van het advies met de directie en de OR of VGW-commissie. Ook vindt 85 à 90% van de respondenten dat er overeenstemming bestaat met de OR of VGW-commissie en met Personeelszaken over wat de risicogroepen in de organisatie zijn. Voor de directie ligt dit op 70%.

4.1.5 Resultaat advisering

Acht vragen vormen samen het onderwerp 'resultaat advisering' (zie tabel 4.11). De aantallen antwoorden per vraag lopen van 31 tot 50 van de 51 betrokken BGD-en, dus naar verhouding zijn er bij dit onderwerp veel antwoorden opengelaten. Ter toelichting hiervan het volgende.

Voor een deel van de respondenten waren deze vragen moeilijk te beantwoorden; in enkele gevallen was er de laatste twee jaren niet of nog niet aan het bedrijf geadviseerd of was er nog geen beslissing over adviezen genomen. Dit verklaart de onvolledig respons voor een groot deel.

Tabel 4.11 Aspecten van het resultaat van advisering

vraagnr.	Aspecten van het resultaat van advisering	n			
5.1.1	deel adviezen aan ind. opgevolgd	39	klein deel=33% (13)	groot deel=67% (26)	
5.2.1	deel adviezen aan bedrijf uitgevoerd	47	niets=2% (1)	klein deel=13% (6)	geheel=13% (6)
5.2.2	deel aan doel tegemoet komend	48	niet=2% (1)	klein deel=8% (4)	geheel=10% (5)
5.4.5	deel v.h. meest ingrijpende advies opgevolgd	37	onvoldoende=19% (7)	minimaal=5% (2)	maximaal=57% (21)
5.4.6	deel aan doel tegemoet komend	33*	niet=12% (4)	klein deel=15% (5)	geheel=42% (14)
5.5.5	deel v.h. belangrijkste BGZ-advies opgevolgd	34	onvoldoende=15% (5)	minimaal=9% (3)	maximaal=44% (15)
5.5.6	deel aan doel tegemoet komend	31	niet=6% (2)	klein deel=16% (5)	geheel=26% (8)
9.1.2	BGZ al met al hoe doeltreffend	50	doeltreffend=16% (8)	vrij doeltreffend=64% (32)	niet zo doeltreffend=20% (10)

* missing n=18; toelichting: hier wordt vaak als antwoord gegeven dat men geen keuze kan maken uit de adviezen.

De eerste vraag gaat over welk deel van de adviezen aan individuele werknemers is opgevolgd. Hierop antwoordt tweederde een 'groot deel'; de rest 'een klein deel'. Het resultaat van adviezen aan het bedrijf is in het algemeen iets gunstiger beoordeeld; 85 à 90% vindt dat adviezen grotendeels of geheel worden opgevolgd of dat de maatregelen aan de eigen doeleinden tegemoet komen.

Wat betreft het advies dat men voor het bedrijf het meest ingrijpend achtte, zegt ruim de helft van de respondenten dat het maximaal is opgevolgd, 19% noemt het onvoldoende en de rest komt daar tussenin. De maatregelen komen in driekwart van de BGD-en grotendeels of geheel aan de doeleinden van de zorgverleners tegemoet, dus de situatie ligt gemiddeld gunstig. De overeenkomstige vragen over het meest belangrijke advies vanuit BGZ-oogpunt zijn bijna even positief. De slotvraag, hoe doeltreffend men de BGZ in de cliëntorganisatie vindt, is door 80% met 'doeltreffend' of 'vrij doeltreffend' beantwoord. De rest antwoordt: 'niet zo doeltreffend'. 'Zeer doeltreffend' wordt niet genoemd.

De conclusies wat betreft het resultaat van de adviezen zijn de volgende:

- de vragen over het resultaat van de adviezen en de keuze van het meest ingrijpende advies voor de cliëntorganisatie worden door nogal wat beroepsbeoefenaren moeilijk gevonden;
- daardoor leveren die vragen soms geen informatie op;
- de oordelen over het opvolgen van de adviezen en het doorvoeren van maatregelen zijn overwegend positief; 10 à 20% oordeelt hierover negatief.

4.1.6 Beleid cliëntorganisatie

Veruit de meeste respondenten vinden dat het bedrijf voldoende aandacht heeft voor de reïntegratie van werknemers (zie tabel 4.12).

Over de rol van de OR en de VGW-commissie valt het volgende te melden. Zoals al eerder bleek is een VGW-commissie lang niet overal aanwezig. De mening over de activiteit van die commissies (waar aanwezig) inzake de gezondheid van de werknemers is sterk verdeeld over negatieve en positieve antwoorden: ongeveer de helft vindt de VGW-commissie matig of weinig actief. Wat betreft de

activiteit van de OR in deze is het oordeel ongunstiger; twee derde antwoordt 'matig' of 'weinig actief'. In de orde van 20% van de respondenten weet niet of er ooit een conflict tussen directie en OR geweest is over gezondheidsaspecten. De overigen zijn ongeveer gelijk verdeeld over de antwoorden 'ja' en 'nee'.

Over de mate waarin de cliëntorganisatie aandacht besteed aan de gezondheid van de werknemers heeft vrijwel elke BGD een oordeel. De aandacht wordt overwegend voldoende gevonden (22% goed, 54% voldoende, 20% onvoldoende, 4% slecht). De meeste respondenten (69%) melden dat er sleutelinstanties zijn inzake de oplossing van BGZ-problematiek. In 20 à 30% van de gevallen wordt als zodanig de directie, PZ of het kader genoemd; in 7% de OR of VGW-commissie.

Een andere kwestie is, of verschillende partijen binnen de organisatie voldoende betrokken zijn bij BGZ. Dit oordeel luidt ongeveer half om half 'te weinig' respectievelijk 'voldoende', als het gaat om de directie, het kader, de OR/VGW-commissie en de werknemers. Alleen van Personeelszaken wordt de betrokkenheid overwegend voldoende gevonden.

Een laatste aspect van het BGZ-beleid is de vraag of het bedrijf de juiste prioriteiten stelt. Twee derde zegt 'ja' of 'min of meer' (66%), de rest 'enigszins' of 'nee'; dit oordeel is dus niet erg positief.

Als overheersende conclusie hier geldt, dat de respondenten in ongeveer de helft van de gevallen negatief oordelen over de inzet van de betrokkenen voor het BGZ-beleid. Dit is veel, als men daarbij bedenkt dat de oplossing van de BGZ-problematiek vaak afhankelijk is van één of enkele sleutelinstanties. Deze zijn bovendien nog bijna altijd te vinden in één van de betrokken partijen binnen de cliëntorganisatie, namelijk de directie, het kader of de OR/VGW-commissie. Over één specifiek punt van beleid, namelijk de aandacht voor reïntegratie van gedeeltelijk blijvend arbeidsongeschikten, is men aanzienlijk positiever.

Tabel 4.12 Aspecten van het bedrijfsbeleid met betrekking tot BGZ in de cliëntorganisatie

vraagnr.	Aspecten van BGZ-beleid	n	
3.4.4	voldoende aandacht in bedrijf voor reïntegratie	41	ja=80% (33) nee=20% (8)
4.2.2	mate van activiteit VGN-commissie	25	zeer=20% (5) vrij=32% (8) matig=32% (8) weinig=16% (4)
4.3.2	mate van activiteit OR	43	zeer=12% (5) vrij=23% (10) matig=26% (11) weinig=39% (17)
4.6.1	frequentie van overleg directie-OR	21	minimum=0 maximum=12 gemiddelde=3
4.6.2	conflicten tussen directie-OR over BGZ - weet niet of er conflicten zijn geweest	34 43	ja=44% (15) nee=56% (19) wel=79% (34) niet=21% (9)
8.5.1	kwaliteit van de beleidsaandacht in bedrijf	50	goed=22% (11) voldoende=54% (27) onvoldoende=20% (10) slecht=4% (2)
8.5.2	sleutelinstanties mbt oplossing BGZ-problematiek	51	ja=69% (35) nee=31% (16)
8.5.2	als sleutelinstantie genoemd: - directie/BL - OR/VGN-commissie - PZ - kader	51 44 49 51	genoemd=29% (15) niet genoemd=71% (36) genoemd= 7% (3) niet genoemd=93% (41) genoemd=31% (15) niet genoemd=69% (34) genoemd=22% (11) niet genoemd=78% (40)
8.5.5	betrokkenheid bij BGZ van: - directie/BL - kader - PZ - OR/VGN-commissie - werknemers	49 48 47 41 48	te weinig=49% (24) voldoende=49% (24) teveel=2% (1) te weinig=58% (28) voldoende=42% (20) te weinig=30% (14) voldoende=68% (32) teveel=2% (1) te weinig=44% (18) voldoende=54% (22) teveel=2% (1) te weinig=52% (25) voldoende=46% (22) teveel=2% (1)
9.1.1	door bedrijf juiste prioriteiten gesteld	51	ja=23% (12) min of meer=43% (22) enigszins=22% (11) nee=12% (6)

Tabel 4.13 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (1)

vraagnr.	Aspecten van externe sturing	n		
8.3.2	de kosten van BGZ wegen tegen de baten op volgens bedrijf	34	ja=94% (32)	nee=6% (2)
8.3.2	weet niet wat het bedrijf hiervan vindt	45	weet niet=24% (11)	weet wel=76% (34)
8.4.2	er bestaat een contract omtrent het zorgpakket	51	ja=59% (30)	nee=41% (21)
8.4.2.3	er is in het contract ingegaan op wensen uit het bedrijf	17	ja=82% (14)	nee=18% (3)
8.4.2.4	er zijn plannen om het contract te heroverwegen	30	ja=13% (4)	nee=87% (26)
8.4.3.3	er bestaat een schriftelijk jaarplan	51	ja=39% (20)	nee=61% (31)
8.4.3.4	er wordt jaarlijks een verslag opgesteld	51	ja=71% (36)	nee=29% (15)
3.3.3	de BA wordt ingeschakeld bij (volgens bedrijf):			
	- onterecht lang verzuim	51	ja=82% (42)	nee=18% (9)
3.5.4	- idem frequent verzuimgeval	45	ja=84% (38)	nee=16% (7)
8.5.3.1	wel eens belemeringen ondervonden voor onderzoek/bezoek werkplekken	51	ja=18% (9)	nee=82% (42)
5.4.4	grenzen van het bedrijf bij meest ingrijpende advies	41	beneden de grens=42% (17)	op de grens=34% (14)
	weet niet in hoeverre meest ingr. adv. grenzen raakt	51	wel=67% (34)	niet=33% (17)
5.5.4	grenzen bedrijf bij het belangrijkste BGZ-advies	35	beneden de grens=57% (20)	op de grens=29% (10)
	weet niet in hoeverre belangr. advies grenzen raakt	46	wel=76% (35)	niet=24% (11)
5.3.7	voldoende gevraagd te adviseren bij belangr. veranderingen	48	ja=38% (18)	niet vaak genoeg=38% (18)
	verzuim als maatstaf van:			
8.2.2	- directie	44	genoemd=68% (30)	niet genoemd=32% (14)
8.2.4	- kader	39	genoemd=69% (27)	niet genoemd=31% (12)
8.2.5	- PZ	44	genoemd=41% (18)	niet genoemd=59% (26)
8.2.6	- OR/VGW-commissie (nooit genoemd)			
8.2.7	- ind. werknemers (nooit genoemd)			
	werkomstandigheden als maatstaf van:			
8.2.2	- directie	44	genoemd=16% (7)	niet genoemd=84% (37)
8.2.4	- kader	39	genoemd=13% (5)	niet genoemd=87% (34)
8.2.5	- PZ	44	genoemd=14% (6)	niet genoemd=86% (38)
8.2.6	- OR/VGW-commissie	40	genoemd=27% (11)	niet genoemd=73% (29)
8.2.7	- ind. werknemers	40	genoemd=30% (12)	niet genoemd=70% (28)

4.1.7 Externe sturing

Twee derde van de respondenten denkt dat volgens het bedrijf de baten van de BGZ tegen de kosten opwegen. Dit houdt niet in dat de overige respondenten dat niet vinden: vaak hebben ze er geen mening over bij gebrek aan informatie (zie tabel 4.13).

Wat betreft de contractverhouding tussen de BGD en de cliëntorganisatie valt het volgende te melden. Ruim de helft van de respondenten (59%) meldt dat er een contract over het zorgpakket bestaat. In ongeveer de helft van de gevallen had de cliënt wensen, waarop bijna altijd is ingegaan. In de meeste gevallen werd het contract ten tijde van het vraaggesprek niet heroverwogen. In meerderheid is er geen schriftelijk jaarplan (61% niet), maar wel een jaarlijks verslag van de BGD (71% wel).

Door de meeste cliëntorganisaties wordt de bedrijfsarts ingeschakeld als daar onterecht verzuim vermoed wordt, dat wil zeggen in geval van lang verzuim bij 82% en in geval van kort verzuim 84%.

Van de respondenten heeft 18% ooit belemmeringen ondervonden bij onderzoek of bezoek van werkplekken; of dit veel of weinig is, kan niet zonder meer worden gezegd; er is namelijk niet verder op de ernst van de belemmeringen ingegaan.

Op de vraag in hoeverre het meest ingrijpende advies voor het bedrijf de grenzen van het mogelijke raakt, weet een derde van de respondenten geen antwoord. Van de rest zegt een kwart dat het advies die grenzen te boven gaat en een derde dat het op de grens ligt. Wat betreft het advies dat uit BGZ-oogpunt het belangrijkste is, liggen deze waarden iets lager, dat wil zeggen het advies ligt vaker beneden de grens.

De meningen of men voldoende gevraagd wordt, te adviseren bij belangrijke veranderingen liggen uiteen: 38% 'ja', 38% 'niet vaak genoeg' en 25% 'nooit'; overwegend dus een negatief beeld.

In de interviews is ook de vraag gesteld aan welke maatstaven de verschillende betrokkenen in het bedrijf (uiteraard volgens de beroepsbeoefenaren) afmeten of het BGZ-beleid zijn doeleinden bereikt.

Als maatstaf van de individuele werknemers of de OR/VGW-commissie is verzuim niet genoemd; wel als het gaat om Personeelszaken (41%), het kader (69%) en de directie (68%). Werkomstandigheden als maatstaf zijn in oplopende frequentie genoemd voor het kader (13%), PZ (14%), directie (16%), OR/VGW-commissie (27%) en individuele werknemers (30%); voor de werknemers en de OR/VGW-commissie mogelijk minder dan sommigen zouden verwachten.

Op de andere maatstaven die als antwoord naar voren kwamen, wordt in paragraaf 5.2 teruggekomen. Hier kan geconcludeerd worden dat volgens de beroepsbeoefenaren PZ, maar vooral het kader en de directie, vaker het verzuim dan de werkomstandigheden als criterium voor de geleverde BGZ hanteren.

Weer een ander gezichtspunt is de invloed van de verschillende partijen op de prioriteiten in het onderzoek door de BGD (zie tabel 4.14). Vatten we de betreffende oordelen samen, dan is het resultaat dat de BGD zelf hierop de grootste invloed heeft (hetgeen niet zal verbazen), op flinke afstand gevolgd door de directie van het bedrijf, waarna volgen PZ, de individuele werknemers, de OR of de VGW-commissie en het kader. De verschillen tussen BGD, directie en OR/VGW-commissie komen ook tot uitdrukking in de drie vergelijkende maten. De overeenkomstige vraag wat betreft de invloed op het oplossen van bedrijfsgezondheidskundige problemen levert het volgende beeld als doorsnee op. De grootste invloed wordt toegeschreven aan de directie of bedrijfsleiding, dan aan de BGD zelf, vervolgens aan het kader, Personeelszaken, OR/VGW-commissie en individuele werknemers. Opvallend is dat de OR/VGW-commissie minder in de middencategorie en meer in de extremere categorieën (weinig of juist veel invloed) geplaatst is. De verschillen tussen BGD, directie en OR/VGW-commissie komen ook tot uitdrukking in de drie verschilmaten onder in tabel 4.14.

Tabel 4.14 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (2)

vraagnr.	Aspecten van externe sturing	n	
8.5.4	invloed op prioriteiten onderzoek door BGD van:		
	- directie/bedrijfsleiding	46	geen=17% (8) beetje=24% (11) nogal wat=24% (11) veel=28% (13) zeer veel= 7% (3)
	- kader	42	geen=24% (10) beetje=33% (14) nogal wat=33% (14) veel=10% (4) zeer veel= 2% (1)
	- PZ	44	geen=21% (9) beetje=21% (9) nogal wat=45% (20) veel=11% (5)
	- OR/VGW-cie	34	geen=18% (6) beetje=35% (12) nogal wat=26% (9) veel=21% (7)
	- ind. werknemers	43	geen=21% (9) beetje=21% (9) nogal wat=26% (11) veel=21% (9)
	- BGD	45	geen=33% (14) beetje= 4% (2) nogal wat=16% (7) veel=38% (17) zeer veel=42% (19)
	invloed directie ten opzichte van OR/VGW-cie	34	meer=47% (16) evenveel=35% (12) minder=18% (6)
	invloed BGD ten opzichte van directie	45	veel meer=24% (11) meer=38% (17) evenveel=33% (15) minder= 4% (2)
	invloed BGD ten opzichte van OR/VGW-cie	33	veel meer=33% (11) meer=39% (13) evenveel=27% (9)
8.5.4	invloed op prioriteiten oplossen BGD-probl. van:		
	- directie/bedrijfsleiding	44	beetje= 9% (4) nogal wat=27% (12) veel=41% (18) zeer veel=23% (10)
	- kader	41	beetje=29% (12) nogal wat=42% (17) veel=24% (10) zeer veel= 5% (2)
	- PZ	41	geen= 2% (1) beetje=27% (11) nogal wat=56% (23) veel=12% (5) zeer veel= 2% (1)
	- OR/VGW-cie	33	geen= 6% (2) beetje=52% (17) nogal wat=15% (5) veel=21% (7) zeer veel= 6% (2)
	- ind. werknemers	42	geen=14% (6) beetje=52% (22) nogal wat=24% (10) veel=10% (4) nogal wat=36% (16) veel=39% (17) zeer veel= 9% (4)
	- BGD	44	beetje=16% (7) beetje=16% (7) nogal wat=36% (16) veel=39% (17) zeer veel= 9% (4)
	invloed directie ten opzichte van OR/VGW-cie	33	veel meer= 9% (3) meer=58% (19) evenveel=24% (8) minder= 6% (2)
	invloed directie ten opzichte van BGD	44	veel meer= 2% (1) meer=43% (19) evenveel=41% (18) minder=11% (5)
	invloed BGD ten opzichte van OR/VGW-cie	33	veel meer= 9% (3) meer=42% (14) evenveel=36% (12) minder= 9% (3) zeer veel= 3% (1) veel minder= 2% (1) veel minder= 3% (1)

Tabel 4.15 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (3)

vraagnr.	Aspecten van externe sturing	n				
8.5.3	wensen in bedrijf over <u>tijd besteed aan werkomstandigheden</u> van:					
	- concern	15	minder=13% (2)	evenveel=60% (9)	meer=27% (4)	
	- directie/bedrijfsleiding	31	minder=16% (5)	evenveel=65% (20)	meer=19% (6)	
	- kader	29	minder=24% (7)	evenveel=52% (15)	meer=24% (7)	
	- PZ	26	minder= 8% (2)	evenveel=58% (15)	meer=34% (9)	
	- VGW-commissie/OR	25	minder= 4% (1)	evenveel=24% (6)	meer=68% (17)	veel meer= 4% (1)
	- ind. werknemers	28	minder= 4% (1)	evenveel=18% (5)	meer=71% (20)	veel meer= 7% (2)
	<u>geen</u> wensen over <u>tijd besteed aan werkomstandigheden</u> bij:					
	- directie/bedrijfsleiding	51	wel=61% (31)	geen=39% (20)		
	- kader	50	wel=58% (29)	geen=42% (21)		
	- PZ	50	wel=52% (26)	geen=48% (24)		
	- VGW-commissie/OR	43	wel=58% (25)	geen=42% (18)		
	- ind. werknemers	51	wel=55% (28)	geen=45% (23)		
8.5.3	wensen in bedrijf over <u>tijd besteed aan verzuimbegeleiding</u> van:					
	- concern	15	minder= 7% (1)	evenveel=33% (5)	meer=60% (9)	
	- directie/bedrijfsleiding	34	minder= 3% (1)	evenveel=44% (15)	meer=53% (18)	
	- kader	32		evenveel=34% (11)	meer=63% (20)	veel meer= 3% (1)
	- PZ	33	minder= 3% (1)	evenveel=58% (19)	meer=39% (13)	
	- VGW-commissie/OR	20	minder= 5% (1)	evenveel=85% (17)	meer=10% (2)	
	- ind. werknemers	27	minder= 8% (2)	evenveel=70% (19)	meer=22% (6)	
	<u>geen</u> wensen over <u>tijd besteed aan verzuimbegeleiding</u> bij:					
	- directie/bedrijfsleiding	51	wel=67% (34)	geen=33% (17)		
	- kader	50	wel=64% (32)	geen=36% (18)		
	- PZ	50	wel=66% (33)	geen=34% (17)		
	- VGW-commissie/OR	43	wel=46% (20)	geen=54% (23)		
	- ind. werknemers	50	wel=54% (27)	geen=46% (23)		

Tot slot van dit thema een aantal vragen betreffende de perceptie van het BGZ-team omtrent de wensen die in het bedrijf leven t.a.v. de tijd, die de BGD besteedt aan de werkomstandigheden en aan verzuimbegeleiding (zie tabel 4.15). Wat betreft de werkomstandigheden kunnen de gegevens over een moederbedrijf of concern beter buiten beschouwing blijven, aangezien deze niet vaak zijn genoemd. In bijna de helft van de gevallen wordt gezegd dat er geen wensen bestaan. Voorzover er wel wensen zijn genoemd, zouden vooral de individuele werknemers en de OR/VGW-commissie meer tijd wensen; aan de andere partijen, PZ maar vooral directie en kader, wordt dit minder vaak toegeschreven.

Wat betreft de tijd die de BGD besteedt aan verzuimbegeleiding, zouden er volgens 35 à 55% van de antwoorden geen wensen bestaan. Waar dat wel het geval is, zouden vooral de directie en het kader in de cliëntorganisatie meer aandacht voor de verzuimbegeleiding wensen. Aan PZ wordt deze wens minder toegeschreven en nauwelijks aan de OR/VGW-commissie en individuele werknemers. Dit beeld komt overeen met wat eerder gevonden werd over de maatstaven m.b.t. verzuim en werkomstandigheden.

De conclusies wat betreft het thema 'externe sturing van de BGZ-activiteiten' zijn de volgende:

- een grote meerderheid van de bedrijfsartsen wordt door het bedrijf ingeschakeld als dit onterecht te lang verzuim of te frequent verzuim vermoedt;
- twee derde van de respondenten stelt bij belangrijke gebeurtenissen (investeringen of veranderingen in de organisatie van het werk) niet vaak genoeg of zelfs nooit ingeschakeld te worden;
- rond de helft van de adviezen aan het bedrijf ligt volgens de BGD op of zelfs boven de grens van wat in het bedrijf kan; overigens heeft een kwart tot een derde van de zorgverleners geen inzicht in die grenzen;
- voor directie en kader zou vaak (rond 55%) verzuim als maatstaf voor het afmeten van de doeltreffendheid van BGZ hanteren, en werkomstandigheden veel minder vaak (15%); voor werknemers en OR/VGW-commissie wordt verzuim nooit als maatstaf genoemd; werkomstandigheden door ruim een kwart wel, PZ neemt een tussenpositie in;

- op het onderzoek dat de BGD doet, wordt aan de BGD zelf de grootste invloed toegeschreven, gevolgd door de directie van de cliëntorganisatie; de grootste invloed op het oplossen van BGZ-problemen wordt aan de directie toegeschreven, gevolgd door de BGD; de andere betrokkenen zouden gemiddeld minder invloed hebben;
- in bijna de helft van de gevallen zouden aan de kant van het bedrijf geen wensen over de tijdsbesteding van de BGD bestaan; de wensen die er zijn, gaan wat betreft de lijn vaker in de richting van verzuimbeheersing en wat betreft werknemers en OR/VGW-commissie in de richting van beheersing van de werkomstandigheden.

4.2 Doeleinden en maatstaven voor effectief BGZ-beleid, genoemd door de beroepsbeoefenaren zelf

4.2.1 Inleiding

In paragraaf 2.1 is de cyclus beschreven die het gezondheidsbeleid in de cliëntorganisatie doorloopt. Tevens is daar de rol van de betrokkenen behandeld. Er is geconcludeerd dat de beroepsbeoefenaren in de BGD-en in hun rol van expert, bij uitstek in staat zijn om te bewaken of het beleid bijdraagt aan het algemene doel van BGZ. Dat doel is: het beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers in relatie tot hun werk. Nu is dit doel zo abstract geformuleerd dat het beleid er nauwelijks mee kan worden vormgegeven of kan worden geëvalueerd. Daarom is het van belang om op deze plaats na te gaan welke meer concrete doeleinden en maatstaven de zorgverleners hanteren.

In 4.2.3 wordt ingegaan op de vraag of de zorgverleners maatstaven noemen die bij de bovenstaande 'bewakersrol' passen.

De doeleinden en maatstaven zijn in het interview in de vorm van open vragen aan de orde gesteld. De antwoorden zijn aan een kwalitatieve analyse onderworpen.

4.2.2 De doeleinden

Met betrekking tot elk van de 11 activiteiten is naar de doeleinden gevraagd. Het antwoord op de vraag in hoeverre concrete of abstracte formuleringen zijn gebruikt vergde geen diepgaande bewerkingen.

In bijlage d is als voorbeeld van acht respondenten kort weergegeven welke doeleinden zij hebben genoemd ten aanzien van de verschillende bedrijfsgezondheidskundige activiteiten. Deze zijn zo gekozen dat ze een goed beeld geven van de verkregen antwoorden. De genoemde doeleinden zijn bijna allemaal globaal geformuleerd. Opvallend is dat slechts een enkele keer een concreet getalsmatig doel wordt gesteld. Dit betreft het arbeidshygiënisch onderzoek, wat op zich voor de hand ligt omdat op dit gebied MAC-waarden e.d. bestaan; deze ontbreken op andere gebieden.

Wat betreft andere activiteiten, zijn de doeleinden vrij algemeen en in termen 'van het effect voor het individu' geformuleerd. Slechts in één geval stelde men dat de cliëntorganisatie een streefcijfer voor verzuim op bedrijfsniveau hanteert; in een ander geval zou dit binnenkort gebeuren.

De conclusie is dus dat doeleinden voor de BGZ-activiteiten zelden in concrete termen zijn gesteld.

4.2.3 De maatstaven

De zorgverleners is gevraagd naar maatstaven die zij aanleggen om te kunnen beoordelen of de doeleinden van het BGZ-beleid worden bereikt. Deze maatstaven hebben dus niet betrekking op de afzonderlijke activiteiten zoals bij de doeleinden in 4.2.2, maar op het beleid als geheel waarvan de activiteiten deel uitmaken. Een overzicht van de maatstaven die spontaan zijn genoemd, is te vinden in tabel 4.16.

De antwoorden zijn ingedeeld naar proces-, output- en effectmaatstaven en verder onderverdeeld naar de stappen van de beleidscyclus (zie paragraaf 3.1). Vier antwoorden pasten niet in deze indeling en staan daarom in de categorie 'anders'.

Verder is een onderverdeling gemaakt in globale en concrete formulering. Dit onderscheid was in sommige gevallen moeilijk te maken, met name als verzuim

als maatstaf werd genoemd. Soms bleken als maatstaf gedetailleerde verzuimgegevens te worden gebruikt, maar in het overgrote deel van de gevallen gaat het om de zeer globale notie dat er sprake is van een verzuimprobleem. Alle antwoorden over verzuim als maatstaf zijn daarom in de rubriek 'globaal' geplaatst. Dit indelingsprobleem gold in mindere mate voor de maatstaf 'werkomstandigheden'. Naar aanleiding van een vraag hierover werd duidelijk (zie vraag 3.10.13 in bijlage a) dat men gebruik maakt van de bestaande, kwantitatieve -dus concrete- normen op dit gebied; vandaar de indeling in de rubriek 'concreet'.

Aansluitend bij de vorige paragraaf kan nu nagegaan worden in hoeverre er sprake is van concrete of van globale/abstracte maatstaven. Gegeven de indeling van de antwoorden 'verzuim' en 'werkomstandigheden', is het beter deze eerst buiten de vergelijking te houden.

De conclusie wat betreft de andere maatstaven dan verzuim en werkomstandigheden, is dat ze overwegend globaal geformuleerd zijn, want slechts zes van de 54 gevallen zijn meer concreet te noemen.

De indeling in procesmaatstaven, outputmaatstaven, effectmaatstaven en 'anders' laat respectievelijk vijftientig, zes, eenenveertig en vier antwoorden zien (totaal 76). Van alle rubrieken zijn de effectmaatstaven duidelijk het meest genoemd. Dit bevestigt het idee dat de zorgverleners ook in feite een bewakende rol spelen in het gezondheidsbeleid. Wel moet opgemerkt worden dat niet iedereen effectmaatstaven noemt.

In de hoofdrubrieken zijn nog enkele bijzonderheden vermeldenswaard. Binnen de rubriek 'procesmaatstaven' wordt betrekkelijk weinig aan activiteiten gerefereerd (zesmaal) en dat voornamelijk in globale zin. Dit zou er op kunnen duiden dat de BGZ-verleners niet de eigen activiteiten als maatstaf voor het gezondheidsbeleid zien.

Maatstaven op het gebied van rapportage of advisering zijn niet genoemd. Op dit gebied zou gedacht kunnen worden aan een criterium zoals de mate waarin (goede) rapporten of adviezen tot stand komen. Blijkbaar is ook dit bij de beroepsbeoefenaren geen criterium dat op grote schaal gehanteerd wordt.

Tabel 4.16 Maatstaven die de zorgverleners zelf aanleggen bij het beoordelen van de doeltreffendheid van het BGZ-beleid, onderverdeeld in proces-, output- en effectmaatstaven en anderszins, en in de dichotomie globaal/concreet

beleidsstappen	aard van de maatstaf	
	globaal	concreet
proces maat- staven m.b.t.:	- optimale serviceverlening (2x) - doen wat professioneel gezien BGZ hoort te zijn (2x) - dat de verzuinbegeleiding goed gebeurt (1x)	- aantal cliënten dat met problemen komt (1x)
-rapportage/ advisering	--	--
-externe sturing	- toetsen aan Arboret(1x) - tevredenheid over hulp aan individuen (1x) - afstemming door jaarlijks overleg met hoofden van dienst (2x) - afstemming met OR en directie (5x) - kritiek uit overleg met P2 en anderen (3x) - indrukken uit overleg, wat mensen vinden (4x) - afgesproken procedures volgen (1x)	- of het jaarplan is uitgevoerd (1x) - afspraken met OR nakomen (1x)
output: opvolging adviezen	- realiseren van voorstellen/adviezen (6x)	
effectmaatstaven	- zinnvolle bijdrage gezien de gezondheidsproblemen (1x) - oplossing van problemen (3x) - verhogen arbo-bewustzijn in de organisatie (1x) - verzuimers zo goed mogelijk in werk terugkrijgen (1x) - signalen van werknemers (4x) - tevredenheid van werknemers met sociaal beleid (6x) - verzuim (12x)	- concrete doeleinden bereiken (1x) - minder voorkomen van klachten (1x) - rust in bedrijf, geen stakingen (1x) - werkomstandigheden (10x)
anders	- hadden we maar maatstaven (1x) - als lid van het bedrijf beschouwd worden (1x) - moeilijk; zit alleen, mist voeling met collega (1x) - is kwantitatief niet aan te tonen; zorg is niet te meten (1x)	

Negentien keer werd een maatstaf met een proceskarakter genoemd op het gebied van de externe sturing. De antwoorden duiden erop dat er sprake is van toetsing van de eigen bijdrage aan het oordeel van de andere betrokkenen. Er is dus sprake van afstemming tussen de zorgverleners en -ontvangers. De mate waarin dit plaatsvindt is dan het (proces)criterium.

Overigens kan in deze fase van het onderzoek nog niet duidelijk zijn, waar deze afstemming toe leidt.

Met betrekking tot de outputmaatstaven is zes keer het realiseren van voorstellen of adviezen genoemd. Dit is in verhouding met de andere maatstaven weinig.

4.2.4 Conclusies

De doeleinden die de respondenten met hun activiteiten willen bereiken, variëren weliswaar van globaal tot concreet, maar opvallend is dat slechts een enkele keer, namelijk op het gebied van de arbeidshygiëne, een getalsmatig doel wordt gesteld. Wat betreft de andere activiteiten zijn de doeleinden vrij algemeen en in termen van het effect voor de individuele werknemer geformuleerd.

De maatstaven die de respondenten aanleggen voor het beoordelen van de doeltreffendheid van het BGZ-beleid, zijn onderverdeeld in procesmaatstaven, outputmaatstaven en effectmaatstaven. De effectmaatstaven overheersen daarbij duidelijk; procesmaatstaven worden minder en outputmaatstaven weinig genoemd.

Men is dus in sterke mate geneigd het beleid te beoordelen in termen van effecten. Dit past bij de gedachte dat het tot de rol van de beroepsbeoefenaren hoort de effecten van het gezondheidsbeleid in de cliëntorganisatie te bewaken. De gebruikte maatstaven zijn echter bijna allemaal globaal, behalve wat betreft de werkomstandigheden. Het is kennelijk een probleem de andere maatstaven te concretiseren. Dat enkele respondenten verzochten dat maatstaven ten ene male ontbreken, kan als illustratie van deze gedachte worden gezien.

Maatstaven met betrekking tot het proces van zorgverlening liggen vooral op het gebied van externe sturing; zij verwijzen er naar dat de zorgverleners hun bijdrage aan het beleid toetsen aan het oordeel van de zorgontvangers. De mate waarin die toetsing plaats vindt, kan daarom als een (proces)criterium gezien worden. In het tweede deelonderzoek kan duidelijk worden wat de andere betrokkenen van deze afstemming vinden.

Dat binnen de procesmaatstaven betrekkelijk weinig in termen van BGZ-activiteiten wordt gedacht, zou er op kunnen wijzen dat men de eigen activiteiten veelal niet als criterium ziet.

Maatstaven op het gebied van rapportage of advisering zijn in het geheel niet genoemd. Blijkbaar zijn ook deze bij de beroepsbeoefenaren zelf geen criterium dat op grote schaal gehanteerd wordt.

Het blijkt dat de beroepsbeoefenaren wat betreft de maatstaven voor de doeltreffendheid van het beleid, het sterkst gericht zijn op effectcriteria; daarnaast noemt men criteria die te maken hebben met de afstemming van de eigen bijdrage aan het beleid op het oordeel van de zorgontvangers.

4.3 Samenvatting van de resultaten

Er zijn zeven thema's onderscheiden, dat wil zeggen aspecten van de bedrijfsgezondheidskundige zorg, namelijk BGZ-activiteiten, informatie voor interne sturing van de activiteiten, extern overleg, advisering, resultaat van de advisering, beleid van de cliëntorganisatie en externe sturing. In dit hoofdstuk is nagegaan wat globaal de uitkomsten per thema zijn en vervolgens welke doeleinden en maatstaven er genoemd zijn in de eenenvijftig onderzochte zorgsituaties. Per thema wordt hieronder kort aangegeven wat de belangrijkste conclusies zijn; tot slot volgen de conclusies uit de analyse van de doeleinden en maatstaven die de beroepsbeoefenaren voor het BGZ-beleid aanleggen.

De BGD-activiteiten komen zoals te verwachten is, in verschillende mate voor. Vrijwel in alle onderzochte situaties worden aanstellingskeuringen en -onderzoek, spreekuur, werkplekbezoek en begeleiding van lang verzuim gedaan. Iets

minder vaak komt begeleiding van kort verzuim en arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek voor. In ongeveer één tot twee derde van de situaties doet men de overige activiteiten EHBO, GPO, PBGO, APO en GVO. Een precieze tijdsbesteding per activiteit is hierbij niet aan te geven omdat de meeste BGD-en geen tijdverantwoording kennen. De wel beschikbare gegevens laten heel globaal het volgende zien:

- begeleiding (van lang en frequent verzuim samen) kost de meeste tijd, namelijk ongeveer een derde van het totaal;
- werkplekonderzoek en -bezoek nemen samen ongeveer 25%;
- PBGO of APO (die bijna nooit tegelijkertijd voorkomen) nemen rond 15%;
- spreekuur en GPO komen op ongeveer 10%;
- aanstellingskeuringen en -onderzoek, EHBO en GVO nemen ongeveer 5%;
- overleg dat vaak onderduikt in andere activiteiten, kost zo'n 10% van de tijd.

In de bestede tijd per activiteit zit in alle gevallen een flinke spreiding.

Met betrekking tot de sturing van de BGZ-activiteiten vinden velen, dat activiteiten, gericht op primaire preventie (namelijk PBGO, werkplekonderzoek en -bezoek, en GVO) meer aandacht nodig hebben, ook als ze deze activiteiten feitelijk wel uitvoeren. Het zijn tevens activiteiten die sterk op de risicogroepen onder de werknemers gericht zijn en die nieuwe inzichten kunnen geven in de knelpunten in werk en gezondheid. Aan andere activiteiten die op grote schaal worden gepraktiseerd, maar die lang niet voor iedereen goede signaleringsinstrumenten zijn, zou volgens ongeveer een kwart van de BGD-en minder tijd besteed mogen worden; het gaat hierbij om aanstellingskeuringen en -onderzoek en APO. Begeleiding van frequent-kortverzuimers wordt eveneens een minder goed signaleringsinstrument gevonden, maar het mag toch slechts volgens weinigen minder tijd krijgen. Het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur lijkt boven alle kritiek verheven, hoewel de opgegeven percentages werknemers die het spreekuur bezoeken, sterk uiteen lopen.

Tweederde van de respondenten ziet belemmeringen bij reïntegratie van werknemers, een kwart noemt reïntegratie zelfs nauwelijks mogelijk. Veruit de meeste respondenten vinden verder het begeleiden van lang verzuim geen probleem wat betreft de vertrouwensrelatie met de werknemers; het begeleiden van frequent kort verzuim kan volgens een meerderheid (60%) de vertrouwenspositie van de BGD wél schaden.

De belangrijkste conclusies wat betreft het externe overleg van de BGD zijn de volgende: er bestaan zeer uiteenlopende overlegpatronen; de meestgenoemde overlegpartner daarbij is PZ. Vaak is er overleg in de vorm van een Sociaal-Medisch Team (SMT), dit overleg gaat vooral over het verzuim, maar daarnaast ook over BGZ-beleidszaken. De samenwerking met verzekeringsgeneeskundigen en de informatievoorziening uit de curatieve sector (weliswaar op initiatief van de BGD) wordt gunstig beoordeeld.

Als het gaat om wenselijke verbeteringen in de contacten, wordt de directie en het kader door ongeveer 10% genoemd; het contact met OR of VGW-commissie wordt veel vaker voor verbetering vatbaar gevonden (25%).

Rapporten en adviezen worden vooral aan de directie van de cliëntorganisatie uitgebracht: de andere geadresseerden zijn achtereenvolgens, PZ, de OR/VGW-commissie en het kader. Adviezen in conceptvorm worden minder vaak besproken dan de adviezen zelf. Als ze wel besproken worden, gebeurt dit vooral met de directie, PZ en het kader, en nauwelijks met de VGW-commissie. Verreweg de meeste BGZ-teams houden rekening met de haalbaarheid van hun adviezen, bijna de helft in sterke mate of geheel.

Overeenstemming over het doel van adviezen en over de inzichten wat betreft risicogroepen met directie en OR of VGW-commissie wordt in driekwart of meer van de gevallen gemeld.

Sommige vragen over het resultaat van de advisering bleken moeilijk te beantwoorden; dat geldt zeker de vraag over het voor het bedrijf meest ingrijpende advies. Toch zijn de oordelen over het opvolgen van de adviezen en het doorvoeren van maatregelen overwegend positief: 80 tot 95% van de adviezen aan het bedrijf wordt volgens de BGZ-vertegenwoordigers op behoorlijke wijze opgevolgd en bij de adviezen aan individuele werknemers ligt deze schatting niet veel lager. Tachtig procent van de respondenten vindt de BGZ in de cliëntorganisatie doeltreffend of vrij doeltreffend.

Wat betreft het beleid van de cliëntorganisatie geldt als overheersende conclusie dat de respondenten in ongeveer de helft van de gevallen negatief oordelen over de inzet van de betrokkenen voor het BGZ-beleid. Dit is des te belangrijker als men daarbij bedenkt, dat de oplossing van de BGZ-problematiek in een groot

deel van de gevallen vermoedelijk nogal afhankelijk is van één of enkele sleutelpersonen. Deze is bovendien nog bijna altijd te vinden in één van de betrokken partijen binnen de cliëntorganisatie, namelijk de directie, het kader of de OR/VGW-commissie.

Over één specifiek punt van beleid waarnaar is gevraagd, namelijk de aandacht voor reïntegratie van gedeeltelijk blijvend arbeidsongeschikten, is men aanzienlijk positiever.

De conclusies wat betreft de externe sturing van de BGD zijn de volgende. De meeste bedrijfsartsen worden door het bedrijf⁶ ingeschakeld als dit onterecht lang verzuim of te frequent verzuim vermoedt.

Twee derde van de respondenten meent dat de BGD bij belangrijke veranderingen in de organisatie niet voldoende ingeschakeld wordt.

Ongeveer de helft van de adviezen aan het bedrijf zou op of boven de mogelijkheden van het bedrijf mikken; overigens heeft een kwart tot een derde van de zorgverleners geen inzicht in die grenzen.

Als maatstaf voor het bereiken van de doelstellingen van het BGZ-beleid wordt voor de directie en het kader meer het verzuim dan de werkomstandigheden genoemd; voor werknemers en OR/VGW-commissie wordt in het geheel niet het verzuim maar wel de werkomstandigheden als maatstaf genoemd; PZ neemt hierbij een tussenpositie in.

In bijna de helft van de gevallen zou het bedrijf geen wensen over de tijdsbesteding van de BGD hebben; waar wel wensen zijn, gaan die bij directie en kader over verzuimbeheersing en bij de werknemers en OR/VGW-commissie over beheersing van de werkomstandigheden.

De doeleinden die de zorgverleners zelf met hun activiteiten willen bereiken, variëren weliswaar van globaal tot concreet, maar opvallend is dat slechts een enkele keer, namelijk op het gebied van de arbeidshygiëne, een getalsmatig doel wordt gesteld. Wat betreft de andere activiteiten zijn de doeleinden vrij algemeen en in termen van het effect voor de individuele werknemer geformuleerd.

De maatstaven die de respondenten aanleggen voor het beoordelen van de doeltreffendheid van het BGZ-beleid, zijn onderverdeeld in procesmaatstaven, outputmaatstaven en effectmaatstaven. De effectmaatstaven overheersen daarbij

duidelijk; procesmaatstaven worden minder en outputmaatstaven weinig genoemd.

Men is dus in sterke mate geneigd het beleid te beoordelen in termen van effecten. Dit past bij de gedachte dat het tot de rol van de beroepsbeoefenaren hoort de effecten van het gezondheidsbeleid in de cliëntorganisatie te bewaken. De gebruikte maatstaven zijn echter bijna allemaal globaal, behalve wat betreft de werkomstandigheden. Het is kennelijk een probleem de andere maatstaven te concretiseren. Dat enkele respondenten verzochten dat maatstaven ten ene male ontbreken, kan als illustratie van deze gedachte worden gezien.

Maatstaven met betrekking tot het proces van zorgverlening liggen vooral op het gebied van externe sturing; zij verwijzen er naar dat de zorgverleners hun bijdrage aan het beleid toetsen aan het oordeel van de zorgontvangers. De mate waarin die toetsing plaats vindt, kan daarom als een (proces)criterium gezien worden. In het tweede deelonderzoek kan duidelijk worden wat de andere betrokkenen van deze afstemming vinden.

Dat binnen de procesmaatstaven betrekkelijk weinig in termen van BGZ-activiteiten wordt gedacht, zou er op kunnen wijzen dat men de eigen activiteiten veelal niet als criterium ziet.

Maatstaven op het gebied van rapportage of advisering zijn in het geheel niet genoemd. Blijkbaar zijn ook deze bij de beroepsbeoefenaren zelf geen criterium dat op grote schaal gehanteerd wordt.

Het blijkt dat de beroepsbeoefenaren wat betreft de maatstaven voor de doeltreffendheid van het beleid, het sterkst gericht zijn op effectcriteria; daarnaast noemt men criteria die te maken hebben met de afstemming van de eigen bijdrage aan het beleid op het oordeel van de zorgontvangers.

5 RESULTATEN: BESCHRIJVING VOLGENS DE ZES BGD- EN CLIENTKENMERKEN

5.1 De samenhangen tussen de zes BGD- en cliëntkenmerken

In hoofdstuk 4 is een globale beschrijving van de resultaten uit het onderzoek gegeven. In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre de resultaten verschillen naar gelang de zes BGD- en cliëntkenmerken. Wat betreft de BGD zijn onderscheiden:

- het type BGD: gezamenlijk (n=18), overheid (n=15) of enkelvoudig (n=18);
- het type BGZ-team: BA alleen (9=12), BA en BVK (n=27), BA en arbeidshygiënist plus al of niet een BVK (n=12);
- de organisatorische plaats van de verzekeringsgeneeskundige taak: buiten de BGD (n=17), binnen de BGD maar niet door de BA (n=12), binnen de BGD door de BA zelf (n=22).

Wat betreft de cliëntorganisatie zijn de kenmerken:

- aard van de werkzaamheden: industrieel (n=26) of dienstverlenend (n=25);
- grootte: 35-99 (n=11), 100-499 (n=19), 500 of meer werknemers (n=21);
- financieel-economische positie: goed (n=32), matig of slecht (n=19), geen oordeel (n=1).

Voor het uitvoeren van de analyses is eerst nagegaan of deze zes kenmerken onderling onafhankelijk zijn in de steekproef. Het blijkt, dat slechts twee van de vijftien onderlinge relaties significant zijn (tabel 5.1).

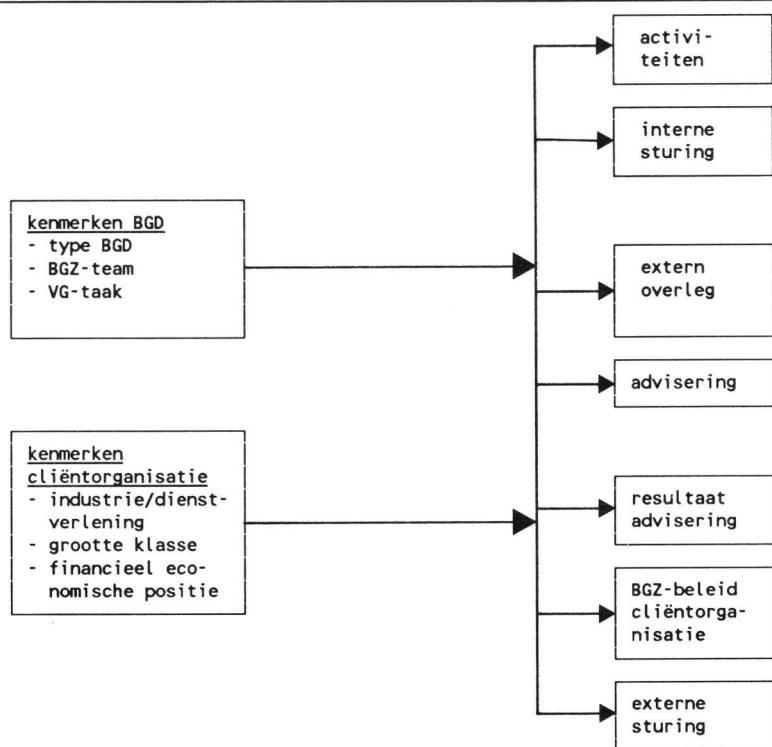
Tabel 5.1 Onderlinge correlaties tussen de BGD- en bedrijfskenmerken

	1	2	3	4	5	6
1 type BGD	-	-.10	.32*	.09	.30*	-.15
2 BGZ-team	-	-	-.23	-.23	.00	.00
3 VG-taak	-	-	-	.02	.15	.07
4 ind/dienstverl	-	-	-	-	.16	.08
5 grootte	-	-	-	-	-	-.09
6 fin.ec.positie	-	-	-	-	-	-

* significant, $p \leq .10$

De twee significante verbanden houden het volgende in. Binnen de relatie tussen het type BGD en de VG-taak blijkt, dat de VG-taak bij de gezamenlijke diensten het meest buiten de BGD wordt uitgevoerd, bij de overheid door de bedrijfsarts zelf; bij de enkelvoudige diensten is het onbepaald. Het type BGD houdt verder alleen nog verband met de grootteklasse van het bedrijf; bij enkelvoudige diensten overwegen de grotere bedrijven, bij de gezamenlijke diensten en de overheid komen de kleinere cliëntorganisaties meer voor. Deze verbanden liggen voor de hand, maar belangrijker is, dat verder de zes BGD- en cliëntkenmerken onderling in de steekproef vrijwel onafhankelijk zijn, zodat ze als zelfstandige kenmerken van BGD respectievelijk cliëntorganisatie kunnen dienen. Dit betekent dat de analyses van deze kenmerken met de aspecten van het proces en de output van de zorg (opgesplitst in de zeven thema's) afzonderlijk uitgevoerd kunnen worden, zonder dat dit teveel vertekening geeft. Met de twee bestaande verbanden is zo goed mogelijk rekening gehouden bij het beoordelen van de resultaten. Het kwam overigens zelden voor, dat een onderzocht aspect met de beide samenhangende kenmerken, significant samenhang. Formeel gesproken, zijn de analyses van schema 5.1 gevolgd.

Schema 5.1 Analyseschema van de BGD- en cliëntkenmerken tegen aspecten binnen zeven thema's van de zorgverlening



Het gaat hier om een zeer grote hoeveelheid informatie; teneinde de tekst daar niet mee te belasten zijn de cijfermatige uitkomsten van alle betreffende kruistabellen zijn opgenomen in bijlage g. Al deze verbanden zijn op hun significantie getoetst (chi-kwadraat met likelihood ratio getoetst, $p \leq 0.05$), en alleen de significante verbanden, dus de aanmerkelijke verschillen, zijn in de tabellen verderop vermeld. Het overzicht van de significante en de niet significante verbanden is te vinden in bijlage h.

5.2 Thema's per BGD- en cliëntkenmerk

Er zijn zeven thema's onderscheiden, van 'activiteiten' tot en met 'externe sturing'(zie paragraaf 3.1.1). Binnen elk thema worden in de komende paragraaf de relaties van de variabelen met de zes BGD- en cliëntkenmerken (zie paragraaf 3.1.3) beschreven. De betreffende gegevens zijn vermeld in bijlage g. Om een eerste indruk te geven van de aantallen significante verbanden en het totale aantal verbanden is tabel 5.2 samengesteld. Hierin wordt nog niet gelet op de richting van die verbanden (die komen verderop, in paragraaf 5.2.1 t/m 5.2.6 uitgebreid aan de orde). Er zijn eerst uit tabel 5.2 enkele formele, globale conclusies getrokken.

Tabel 5.2 Aantallen significante verbanden tussen thema's en BGD- en cliëntkenmerken

kenmerk: thema	type BGD	samen- stelling team	plaats VG-taak	indus- trie/ dienstv.	groot- teklas- se	fin/econ. positie	to- taal
activiteiten	2	2	0	1	4	1	10
int. sturing	10	6	4	7	7	5	39
overleg	6	3	4	6	7	0	26
advisering	5	2	3	3	4	2	19
resultaat adv	0	3	0	3	3	1	10
BGZ-beleid	2	1	3	1	4	0	11
ext. sturing	9	11	12	4	5	8	49
totaal	34	28	26	25	34	17	164

Gerekend over alle vragen in de thema's tegen de zes BGD- en cliëntkenmerken, zijn er 1344 relaties, waarvan er 164 significant blijken te zijn, dat is ruim 12% van dat totaal en aanmerkelijk meer dan de 5% die men op grond van toeval zou mogen verwachten. Er zijn dus ook vele relaties niet-significant. Het is blijkbaar niet zo, dat alles met elkaar samenhangt. Het is daarom zaak, de samenhangen die er zijn, goed te beschrijven.

De BGD-kenmerken zouden meer of minder met de thema's kunnen samenhangen dan de cliëntkenmerken. Omdat de aantallen vragen per thema verschillen, moeten de percentages significante verbanden per thema worden bekeken, zie tabel 5.3.

Tabel 5.3 Percentages significante verbanden per thema, BGD- en cliëntkenmerken BGD en cliëntorganisatie samengenomen

groep kenmerken:	BGD	cliënt-organisatie	totaal
activiteiten	6.0	9.1	15.2
int. sturing	5.6	5.4	11.0
overleg	6.6	6.6	13.1
advisering	6.2	5.6	11.8
resultaat advis.	6.2	14.6	20.8
BGZ-beleid	5.6	4.6	10.1
ext. sturing	7.8	4.2	12.0
totaal	6.5	5.6	12.2

Gerekend over beide groepen BGD- en cliëntkenmerken blijken de laagste aantallen significante verbanden (10.1% - 11.8%) voor te komen bij de thema's Interne sturing, Advisering en BGZ-beleid cliëntorganisatie. Iets, maar niet veel meer verbanden worden gevonden bij Overleg en Externe Sturing (13.1% resp. 12.0%). Duidelijk de meeste aantallen verbanden zien we bij de thema's Activiteiten (15.2%) en Resultaat van advisering (20.8%). Dit betekent dat de activiteiten en het resultaat van de advisering meer dan de andere thema's samenhangen met de kenmerken van de BGD en de cliëntorganisatie.

Een laatste vraag die tabel 5.3 kan beantwoorden is, of de samenhangen met de BGD- respectievelijk de cliëntkenmerken per thema gelijk verdeeld zijn. Met als criterium dat in de ene groep relaties er anderhalf maal zoveel significant moeten zijn dan in de andere, blijken er inderdaad verschillen tussen de thema's te zijn, want het resultaat is het volgende. Er zijn aanmerkelijk meer samenhangen met kenmerken van de cliëntorganisatie bij de thema's Activiteiten en Resultaat van advisering; eerder werd hier al gezien, dat het aantal significante samenhangen bij beide thema's het hoogst is, nu komt bovendien naar voren, dat dit komt door relatief grote aantallen verbanden met kenmerken van de cliëntorganisatie. Met het criterium '1 : 1½' komt verder alleen nog het thema Externe Sturing naar voren. Het resultaat ligt hier echter omgekeerd, vergeleken met het vorige. Wat betreft Externe Sturing is het aantal verbanden met kenmerken van de BGD aanmerkelijk hoger dan dat met die van de cliëntorganisatie. De conclusie kan hier zijn, dat de BGD- en de cliëntkenmerken elk min of meer specifieke relaties met de zeven thema's hebben:

Tabel 5.4 Overzicht van verschillen naar BGD-type

	Type BGD		
	geza- menlijk	over- heid	enkel- voudig
ACTIVITEITEN			
-EHBO	minder	minder	meer
-PBGO	vaakst	minst	middel
INTERNE STURING			
-maakt groepsgegevens	vaker	minder	minder
-gewenste tijd werkplekbezoek	evenveel	meer	meer
-juiste categorieën in GPO	nee	ja	nee
-percentage deelnemers APO	hoger	lager	lager
-voldoende aandacht kort verzuim	vaker	minder	vaker
- " " PBGO	vaker	vaker	minder
- " " AH/erg.onderz.	vaker	minder	minder
- " " werkplekbezoek	vaker	minder	minder
-nieuwe knelpunten lang verzuim	minder	altijd	minder
-LV-beg.ten koste van vertrouwen	minder	meer	tussen
EXTERN OVERLEG			
-frequentie van overleg met PZ	tussen	minst	vaakst
-frequentie overleg met directie	minder	minder	vaker
-contact directie beleidszaken	minder	minder	vaker
-id. functioneren individuen	minder	minder	vaker
-Ondernemingsraad aanwezig	minder	vaker	vaker
-BMW in sociaal-medisch team	minder	vaker	vaker
ADVISING			
-rapportage aan directie	minder	minder	vaker
- " " PZ	vaker	vaker	minder
- " " kader	minder	minder	vaker
-adviezen in conceptvorm besproken	minder	vaker	vaker
-overeenst. BGD-dir.doel ingr.advies	minder	vaker	vaker
RESULTAAT ADVISING	---	---	---
BGZ-BELEID			
-conflicten directie-OR over BGZ-probl.	vaker	minder	vaker
-weet niet of er conflicten zijn	minder	vaker	minder
EXTERNE STURING			
-wensen OR/VGW-cie tijd aan werkomst.	evenveel	evenveel	meer
-geen wensen hierover bij PZ	vaker	minder	vaker
-wensen werknemers tijd aan verz.beg.	evenveel	meer	evenveel
-geen wensen hierover bij ind.werkn.	vaker	minder	vaker
-verzuim maatstaf BGZ van kader	minder	vaker	vaker
-werkomstandigheden maatstaf PZ	minder	vaker	vaker
-invl.op prior. oplossen BGZ-problemen:			
- van kader	middel	kleiner	groter
- van individuele werknemers	kleiner	kleiner	groter
-contract over zorgpakket	vaker	minder	vaker

- het type cliëntorganisatie hangt meer met de BGZ-activiteiten samen dan het type BGD;
- het type cliëntorganisatie hangt meer met het resultaat van de advisering samen dan het type BGD;
- de (perceptie van de) externe sturing meer met het type BGD samen dan met het type cliëntorganisatie.

5.2.1 Type BGD

Eerst als toelichting bij de hierna komende tabellen 5.4 t/m 5.9 het volgende. De weergegeven verschillen tussen de twee of drie kolommen in een tabel, hebben de volgende betekenis:

- "vaakst": het betreffende aspect komt het vaakst voor in die categorie vergeleken met de twee andere categorieën, die ook in onderling verschillende mate voorkomen, resp. gemiddeld ("middel") en "minst";
- "vaker": het betreffende aspect komt vaker voor dan het andere of de twee andere, die niet in verschillende mate voorkomen, dus "minder";
- De termen "kleiner" en "groter", en "hoger" en "lager" hebben analoge betekenissen.

Het type BGD is een fundamenteel gegeven; het is mogelijk voor een groot deel bepalend voor de inhoud van de zorg en de omstandigheden waaronder die verleend wordt. Het type BGD hangt daardoor met een veelheid van andere gegevens samen: het houdt in totaal verband met tweeëndertig variabelen uit zes thema's. Het thema Resultaat Advisering geeft als enige geen verschillen te zien (zie tabel 5.4).

Activiteiten

Uit de resultaten blijkt dat de gezamenlijke- en overheidsdiensten minder vaak de EHBO zelf doen dan de enkelvoudige diensten. Daarentegen doen de gezamenlijke diensten het meest aan PBGO en overheidsdienst het minst, terwijl de enkelvoudige diensten met hun PBGO-activiteiten ongeveer op het gemiddelde uitkomen. Er zou hierbij van substitutie sprake kunnen zijn: het PBGO bij de gezamenlijke diensten is misschien mogelijk, dankzij de ruimte die het niet zelf uitvoeren van EHBO en andere activiteiten oplevert. Bij de enkelvoudige diensten zou het omgekeerde het

geval kunnen zijn. Binnen de overheidsdiensten doet men beide activiteiten minder vaak; dit is misschien toe te schrijven aan de VG-taak die hier altijd binnen de BGD valt en vaak door de BA zelf wordt uitgevoerd. Eén en ander is niet te toetsen bij gebrek aan precieze tijdsbestedingsgegevens (zie paragraaf 3.4).

Interne sturing

In het thema Interne Sturing komen bij tien aspecten significante verschillen voor. Daarvan zijn er zes waarderingen van de eigen activiteiten en vier beschrijvende gegevens. Wat betreft de laatste blijken gezamenlijke diensten relatief vaker groepsgegevens te maken op basis van individuele gegevens uit periodieke onderzoeken, is het percentage deelnemers aan APO hoger, en komen uit de begeleiding van langdurig verzuim minder vaak nieuwe knelpunten in gezondheid en werk naar voren. De begeleiding van langdurig verzuim gaat minder vaak ten koste van het vertrouwen van de werknemers in de BGD. Wat betreft het maken van groepsgegevens verschillen overheids- en enkelvoudige diensten onderling niet. Dit geldt ook voor het lagere opkomstpercentage bij het APO. Nieuwe knelpunten over werk en gezondheid komen vooral bij overheidsdiensten naar voren en minder bij de gezamenlijke en de enkelvoudige diensten. Het vertrouwen i.v.m. de langdurige verzuimbegeleiding is bij de overheidsdiensten het meest in het geding.

In waarderend opzicht wordt over de eigen activiteiten op zes punten verschillend geantwoord; daarvan hebben er twee ongeveer dezelfde strekking, namelijk de vragen over de gewenste tijd besteed aan werkplekbezoek en over voldoende aandacht daarvoor. Op de vier vragen betreffende de voldoende aandacht voor: begeleiding van frequent kort verzuimers, PBGO, arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek en werkplekbezoek, antwoorden de gezamenlijk diensten het vaakst bevestigend. De overheids- en enkelvoudige diensten melden minder vaak dat ze voldoende aandacht aan werkplekonderzoek (arbeidshygiënisch en ergonomisch) zowel als -bezoek, kunnen geven. Begeleiding van kort-frequentverzuimers krijgt bij de overheidsdiensten soms onvoldoende aandacht, net als PBGO bij enkelvoudige diensten.

Overleg

Wat betreft het externe overleg zijn zes verbanden van belang. In alle gevallen scoren de enkelvoudige diensten het hoogst. Daar bestaat vaker contact met PZ en de directie; met de laatste zowel over beleidszaken als over het functioneren van

individueen. Er is bij de enkelvoudige diensten vaker een OR in deze bedrijven en ook is er vaker een bedrijfsmaatschappelijk werker lid van het sociaal-medisch team. Dit betekent dat gemiddeld genomen de BGZ-teams uit enkelvoudige BGD-en een uitgebreider net van overlegpartners in het bedrijf hebben en daarin vaker overleggen met PZ en de directie, vergeleken met gezamenlijke- en overheidsdiensten. Deze twee typen dienst lopen verder onderling op enkele van de genoemde punten uiteen. Gezamenlijke diensten overleggen vaker dan overheidsdiensten met PZ, maar hebben in het sociaal-medisch team minder vaak te maken met een bedrijfsmaatschappelijk werker.

Advisering

Vijf aspecten geven verschillen te zien wat betreft de advisering. De gezamenlijke diensten rapporteren relatief vaak aan PZ, maar minder vaak aan de directie van de cliëntorganisatie en het kader, ze bespreken adviezen minder vaak in conceptvorm en hebben minder vaak overeenstemming met de directie van de cliëntorganisatie over het doel van het meest ingrijpende advies. Bij de enkelvoudige diensten liggen de verschillen andersom: zij adviseren minder vaak aan PZ, vaker aan directie en kader, bespreken de adviezen vaker in conceptvorm en hebben vaker overeenstemming over het doel van het meest ingrijpende advies.

De overheidsdiensten hebben hetzelfde rapportagepatroon als de gezamenlijke diensten en bespreken net als de gezamenlijke diensten minder vaak in conceptvorm, maar hebben net als de enkelvoudige diensten vaker consensus over het meest ingrijpende advies.

Resultaat advisering

Het type BGD blijkt niet samen te hangen met verschillen in het resultaat van de advisering.

BGZ-beleid

Wat betreft het BGZ-beleid zijn er slechts twee verschillen te zien, beide inzake conflicten tussen directie en OR. Volgens de gezamenlijke en de enkelvoudige diensten komt dit bij hen vaker voor dan in de overheidsdiensten, en de laatste weten vaker niet of dergelijke conflicten bestaan of hebben bestaan. Voor het overige signaleren de respondenten in de verschillende typen BGD geen verschillen in activiteit en betrokkenheid in de cliëntorganisaties.

Externe sturing

Van de achtenzestig aspecten die binnen het onderwerp 'externe sturing' zijn onderscheiden, geven er negen aanmerkelijke verschillen te zien. Wat betreft de verhouding tussen de BGD-en en de cliëntorganisaties bestaat er met gezamenlijke BGD-en altijd een contract. Het valt op dat ook bij enkelvoudige diensten nog in een derde deel van de gevallen sprake is van een contract.

Verzuim als maatstaf voor BGZ wordt bij gezamenlijke diensten minder vaak genoemd, met name als maatstaf voor het kader. Hetzelfde geldt voor werkomstandigheden als maatstaf voor PZ. Als het gaat om de wensen die de betrokken partijen volgens de BGD hebben m.b.t. de tijd die aan verzuim of werkomstandigheden besteed zou moeten worden, dan blijkt dat de OR/VGW-commissie vaak aan de werkomstandigheden evenveel tijd besteed wil zien als er in werkelijkheid gebeurt en dat PZ hierover vaker geen wensen zou hebben. De tijd die wordt besteed aan verzuimbegeleiding mag volgens de gepercipieerde wensen van de werknemers vaak evenveel zijn. De individuele werknemers zouden hierover vaker geen wensen hebben.

Op het gebied van de invloed die de actoren wordt toegeschreven bij het oplossen van BGZ-problemen, neemt het kader bij gezamenlijke diensten een tussenpositie in, vergeleken met andere diensten. De invloed van individuele werknemers wordt over het algemeen kleiner gevonden.

Bij de overheidsdiensten zijn volgens de respondenten relatief vaak voor het kader het verzuim en voor PZ de werkomstandigheden maatstaven voor het BGZ-beleid. De OR/VGW-commissie wenst relatief vaak dat de BGD evenveel tijd aan werkomstandigheden besteedt als er in feite gebeurt. Bij het kader ontbreken wensen op dit gebied minder vaak, hoewel de aard van de wensen niet verschilt. Dit laatste is wel het geval bij de individuele werknemers, die ook vaker wensen hebben die inhouden dat men vaker meer tijd aan verzuimbegeleiding besteed zou willen zien. De invloed van individuele werknemers op de prioriteiten bij het oplossen van BGZ-problemen zijn relatief klein. Hetzelfde geldt voor het kader, aldus de waarneming aan BGZ-kant.

De enkelvoudige diensten onderscheiden zich als volgt. Als maatstaven van het kader wordt hier het verzuim vaker genoemd en van PZ vaker de werkomstandigheden. Relatief vaak zou de OR/VGW-commissie meer tijd aan werkomstandigheden besteed willen zien; PZ zou op dit gebied vaker geen wensen hebben. Individuele

werknemers zouden vaker wensen dat de BGD evenveel tijd besteed aan de verzuimbegeleiding.

Conclusies wat betreft het type BGD

De drie typen BGD kunnen op grond van de gevonden significante verschillen als volgt gekarakteriseerd worden.

De gezamenlijke diensten doen minder vaak zelf de EHBO en vaker PBGO; ze maken meer gebruik van groepsgegevens dan de andere typen BGD. Zij vinden vaker dat ze voldoende aandacht aan werkplekonderzoek (arbeidshygiënisch en ergonomisch) en -bezoek besteden en problemen kunnen signaleren. Bij de begeleiding van lang verzuim worden hier minder nieuwe knelpunten ontdekt in werk en gezondheid.

Als ingang voor rapportage en overleg gebruiken de gezamenlijke diensten vooral PZ, minder de directie en het kader. Adviezen worden minder dan in andere typen BGD in conceptvorm besproken en men is het met de directie minder vaak eens over het doel van het meest ingrijpende advies.

Bij de werknemers bestaan volgens de BGZ-teams minder wensen m.b.t. de tijdsbesteding; voorzover ze bestaan, is het dat de BGD evenveel tijd moet besteden aan werkomstandigheden en aan verzuimbegeleiding als in feite gebeurt. Bij het oordeel over de vraag of het BGZ-beleid in de cliëntorganisatie zijn doeleinden bereikt, gebruikt het kader minder vaak het verzuim als maatstaf, en PZ minder vaak de werkomstandigheden. De invloed van individuele werknemers op het oplossen van BGZ-problemen zou in het geval van gezamenlijke diensten kleiner zijn: het kader heeft een gemiddelde invloed.

Uit de overheidsdiensten komen uiteenlopende meningen: er wordt minder vaak dan elders zelf aan eerste hulp gedaan en het minst vaak aan PBGO, maar toch vindt men de aandacht, besteed aan PBGO hier vaker voldoende; echter, de aandacht voor werkplekonderzoek en -bezoek vindt men vaker niet voldoende. Bij deze diensten hoort men vaker dan elders de mening dat begeleiding van langdurig verzuim ten koste gaat van het vertrouwen van werknemers in de BGD.

Net als bij de gezamenlijke diensten is de ingang bij rapportage en overleg vaker PZ en minder vaak de directie en het kader. Wel bespreekt men adviezen vaker in conceptvorm en er is vaker overeenstemming met de directie over de meest ingrijp-

pende adviezen. De personeelsvertegenwoordiging (Dienstcommissie) wenst vrij vaak dat de BGD evenveel tijd blijft besteden aan de werkomstandigheden. Individuele werknemers wensen vaker meer tijd voor verzuimbegeleiding.

De enkelvoudige diensten doen betrekkelijk vaak zelf de eerste hulp; een gemiddeld aantal doet PBGO, waaraan vaker onvoldoende aandacht gegeven kan worden. Ook kan men vaak onvoldoende aandacht geven aan werkplekbezoek en -onderzoek. Begeleiding van langdurig verzuim levert hier minder nieuwe inzichten op over knelpunten in de werksituatie. Voor overleg en advisering onderhouden enkelvoudige diensten op uitgebreider schaal contacten, in het bijzonder met de directie en het kader. Aan PZ wordt minder gerapporteerd, maar er is wel vaker overleg mee. Adviezen worden vaker in conceptvorm besproken en over het meest ingrijpende advies is vaker overeenstemming met de directie dan in andere typen dienst. In het bedrijf worden als maatstaven voor het BGZ-beleid vooral verzuim gehanteerd door het kader, en werkomstandigheden door PZ.

De OR/VGW-commissie zou vaker willen dat de enkelvoudige BGD meer tijd aan werkomstandigheden zou besteden. De tijd, besteed aan verzuimbegeleiding mag voor de individuele werknemers dezelfde blijven.

5.2.2 Samenstelling BGZ-team

De variabele 'BGZ-team' kent drie trappen; van minder naar meer specialisatie: 1) alleen een bedrijfsarts (BA), 2) een BA en een bedrijfsverpleegkundige (BVK), en 3) een BA en een arbeidshygiënist (AH) plus eventueel een BVK. Een overzicht van de gevonden verschillen op de BGZ-aspecten die in dit onderzoek zijn onderscheiden, is te vinden in tabel 5.5.

Activiteiten

De samenstelling van het BGZ-team zoals hierboven onderscheiden vertoont een relatie met het doen van Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur en met het voorkomen van PBGO. Spreekuur wordt in alle gevallen gedaan, behalve in twee gevallen waarin het BGZ-team een AH omvat. Als de BGZ door een bedrijfsarts alleen verleend wordt, doet deze significant minder aan PBGO dan in andere typen dienst.

Tabel 5.5 Overzicht van verschillen naar type BGZ-team

	TYPE BGZ-TEAM		
	alleen BA	met BVK	met AH
BGZ-ACTIVITEITEN			
-spreekuur	altijd	altijd	minder
-PBGO	minder	vaker	vaker
INTERNE STURING			
-maakt groepsgegevens	minst	middel	vaakst
-gewenste tijd aanstellingskeuring	minder	minder	evenveel
-gewenste tijd spreekuur	meer	meer	evenveel
-arb.hyg/erg.onderz.bereikt juiste werkn.	nee	ja	ja
-belemmeringen bij reïntegratie	vaker	vaker	minder
-vertrouwen werknemers belemmerd	vaker	minder	minder
EXTERN OVERLEG			
-BVK in sociaal-medisch team	niet	vaker	minder
-contact directie formaliteiten	minder	minder	vaker
-id. functioneren v.individueen	vaker	minder	minder
ADVISERING			
-adviezen schriftelijk uitgebracht	minst	middel	vaakst
-rekening houdend met haalbaarheid	middel	vaakst	minst
RESULTAAT ADVISERING			
-uitgevoerde adviezen bereiken deel doel	---	extremer	---
-belangrijkste BGZ-adv.bereikt deel doel	groter	groter	kleiner
-globale doeltreffendheid	---	extremer	---
BGZ-BELEID	---	---	---
EXTERNE STURING			
-wensen tijd besteed aan werkomstandigh. van:			
-concern	meer	evenveel	evenveel
-directie	meer/min.	---	---
-geen wensen tijd besteed aan verz.beg.van kader	middel	minst	vaakst
-werkomst.maastaf van: -PZ	minder	vaker	minder
-OR/VGW-cie	minder	vaker	minder
-weet niet of meest ingr.adv.grenzen raakt	minder	vaker	minder
-weet niet of belangr.BGZ-adv.grenzen raakt	vaker	vaker	minder
-invloed op prioriteiten onderz.BGD van:			
-directie	kleinst	middel	grootst
-BGD	groter	kleiner	groter
-schriftelijk jaarplan	minst	middel	vaakst
-contract over BGZ	minder	vaker	minder

Zoals in bijlage o is aangegeven kunnen de BGD-en naar hun activiteiten in vier groepen worden ingedeeld; van minder naar meer geavanceerd: 1) alleen APO, 2) GPO en eventueel APO, 3) PBGO en 4) PBGO en GPO. Deze rangschikking blijkt zoals te verwachten, samen te hangen met de samenstelling van het BGZ-team, want in de situatie van een alleenstaande BA wordt overwegend APO en GPO gedaan; is er ook nog een BVK aanwezig, dan komen alle hier genoemde activiteiten voor, en in diensten waar naast de BA ook een arbeidshygiënist aanwezig is, komen alleen combinaties van GPO en PBGO voor zonder APO.

Interne sturing

Zes vragen geven een aanzienlijke samenhang met de aard van het BGZ-team te zien. Als de BA de BGZ alleen uitvoert, stelt hij het minst vaak groepsgegevens samen, wil hij vaker minder tijd aan aanstellingskeuringen besteden en meer tijd aan spreekuur. Verder zegt hij vaker dat door middel van het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek niet de juiste categorieën werknemers worden bereikt. Hij zegt vaker dat er belemmeringen bij reïntegratie bestaan en noemt factoren die het vertrouwen van werknemers in de BGD belemmeren.

Teams van een BA met BVK maar zonder AH, willen ook vaker minder tijd aan aanstellingskeuringen en meer tijd aan spreekuur besteden. Het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek bereikt vaak de juiste categorieën personeel. Ook zijn er vaker belemmeringen bij reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Nadelige factoren voor het vertrouwen van de werknemers in de BGD worden hier minder vaak naar voren gebracht.

In teams met een arbeidshygiënist hoeft de tijdsbesteding aan aanstellingskeuringen en spreekuur vrij vaak geen verandering en bereikt het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek vaker de juiste categorieën personeel. Belemmeringen bij de reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten en factoren die het vertrouwen belemmeren worden beide minder genoemd.

Overleg

Er zijn drie significante verbanden tussen het type BGZ-team en de overlegvariabelen. Daarnaast gaat het contact met de directie minder vaak over formaliteiten, maar vaker over het functioneren van individuen. In een team, bestaande uit een BA en een BVK heeft het vaakst een BVK zitting in het sociaal-medisch team. De contacten met de directie gaan minder vaak over formaliteiten en het functioneren

van individuen. Diensten met een AH hebben minder vaak een BVK in het sociaal-medisch team, vaak contact met de directie over formaliteiten, en minder vaak over het functioneren van individuen.

Advisering

De samenstelling van het BGZ-team houdt in twee opzichten verband met de wijze van adviseren. Met toenemende specialisatie in het BGZ-team worden adviezen vaker schriftelijk uitgebracht. Als een arbeidshygiënist deel uitmaakt van het team, houdt men beduidend minder vaak rekening met de haalbaarheid van de adviezen. Als het team uit een BA en een BVK bestaat houdt men meer rekening met de haalbaarheid. De solistische BA neemt een tussenpositie in.

Resultaat advisering

Er zijn drie aspecten aan het resultaat van de advisering die samenhangen met de samenstelling van het BGZ-team, namelijk of de maatregelen in het algemeen en bij het belangrijkste advies aan de maatstaven voldoen, en hoe doeltreffend de BGZ bij de cliëntorganisatie is.

Wat betreft de vraag of de uitgevoerde maatregelen meestal aan de doeleinden van de BGD tegemoet komen, zijn er geen verschillen; alle drie typen BGZ-team scoren gemiddeld, 'een groot deel'. Wat echter opvalt is, dat als de BA de BGZ alleen uitvoert of als er ook een AH bij de zorg betrokken is, er bijna uitsluitend geantwoord wordt: 'een groot deel' (er is dan dus vrijwel geen spreiding in de antwoorden), terwijl, als het team uit een BA en een BVK bestaat, ook vaak met 'een klein deel' of 'geheel' wordt geantwoord (meer spreiding rond het gemiddelde antwoord). Op de vraag, in hoeverre de maatregelen n.a.v. het meest belangrijke BGZ-advies aan de doeleinden tegemoet komen, antwoorden de teams met een AH vaker een kleiner deel.

Op de vraag: 'hoe doeltreffend is al met al de BGZ in het bedrijf?' scoren de drie categorieën allen gemiddeld 'vrij doeltreffend'. De teams met BVK laten echter veel spreiding zien. Hier word vaker 'doeltreffend' of 'niet zo doeltreffend' geantwoord.

BGZ-beleid

De samenstelling van het BGZ-team houdt op geen van de punten verband met verschillen in het beleid binnen de cliëntorganisatie.

Externe sturing

De samenstelling van het BGZ-team houdt verband met elf aspecten van externe sturing. Als de BA de BGZ alleen uitvoert, bestaat er minder vaak een contract over het zorgpakket en het minst vaak een schriftelijk jaarplan over de te verlenen BGZ. Daarbij komt het minder vaak voor dat de BA niet weet in hoeverre het advies dat voor het bedrijf het meest ingrijpend was de grenzen van de mogelijkheden in het bedrijf raakte. Daarentegen weet hij vaker niet in hoeverre het advies, dat vanuit het BGZ-oogpunt het meest belangrijk was, de grenzen van het bedrijf raakte. Wat de maatstaven bij de zorg betreft, worden voor zowel PZ als de OR/VGW-commissie relatief minder vaak de werkomstandigheden genoemd. Er zijn geen verschillen betreffende het verzuim als maatstaf voor het BGZ-beleid.

Op het punt van invloed op de prioriteiten van het onderzoek dat BGD doet, heeft de directie relatief de kleinste invloed en de BGD relatief veel. Wat betreft de invloed op het oplossen van BGZ-problematiek, zijn er geen verschillen naar samenstelling van het BGZ-team te constateren. Als het gaat om de door de BGD gepercipieerde wensen binnen de cliëntorganisatie over de tijdsbesteding van de BGD, blijkt dat de moederorganisatie (het niveau boven de cliëntorganisatie, het 'concern') vaker meer tijd besteed zou willen zien aan werkomstandigheden. De directies nemen op dit punt vaker extreme standpunten in, dat wil zeggen zij willen nooit evenveel, maar altijd minder of meer tijd aan de werkomstandigheden besteed zien. De directies zijn op dit punt dus kennelijk ontevreden. Er zijn geen verschillen wat betreft de wensen om meer tijd te besteden aan verzuimbegeleiding. Op de mate waarin er geen wensen bestaan over tijd, besteed aan verzuimbegeleiding bij het kader, nemen deze bedrijfsartsen een tussenpositie in.

In situaties waarin de BGZ wordt uitgevoerd door een BA samen met een BVK bestaat vaker een contract over het zorgpakket en minder vaak een schriftelijk BGZ jaarplan dan in de overige situaties. Ook weet men daar vaker niet hoe de grenzen liggen betreffende de uitvoering van zowel het meest ingrijpende advies voor het bedrijf, als het advies dat voor de BGZ het meest belangrijk is. De werkomstandigheden zijn hier voor zowel PZ als voor de OR/VGW-commissie vaker een maatstaf voor het BGZ-beleid. De invloed van de directie op het onderzoek door de BGD is middelmatig; die van de BGD zelf relatief klein. Wat de tijdsbesteding betreft wenst de moederorganisatie evenveel tijd voor de werkomstandigheden. Het komt het minst voor (nog steeds bedrijfsarts met BVK) dat het kader geen wensen heeft betreffende de verzuimbegeleiding. Indien het team

ook een arbeidshygiënist omvat, is er minder vaak sprake van een contract over het zorgpakket, maar het vaakst van een schriftelijk jaarplan voor de BGZ. Men is dan vaker bekend met de vraag of het advies de grenzen van de mogelijkheden in het bedrijf nadert. Als maatstaven worden de werkomstandigheden minder vaak genoemd voor PZ en de OR/VGW-commissie. Vergeleken met de andere BGZ-teams heeft de directie de grootste invloed op het onderzoek dat de BGD doet en is de invloed van de BGD zelf groter. Men zegt minder vaak dat de moederorganisatie meer tijd aan werkomstandigheden besteed wil hebben, terwijl de directies ook vaker evenveel willen. Tenslotte heeft het kader het vaakst geen wensen wat betreft de tijd, besteed aan verzuimbegeleiding.

Conclusie wat betreft de samenstelling van het BGZ-team

Als de resultaten wat betreft de samenstelling van het BGZ-team over de zeven thema's variabelen heen worden bekeken, dan ontstaat het volgende beeld.

Bedrijfsartsen alleen doen overwegend APO en GPO, en minder PBGO. Zij zijn niet over hun hele activiteitenpakket tevreden.

Hun overleg met de directie van de cliëntorganisatie gaat vaak over het functioneren van individuen.

De advisering is vaak mondeling; er wordt in gemiddelde mate rekening gehouden met de haalbaarheid. Van het meest belangrijke BGZ-advies wordt hier een relatief groot deel van de voorgestelde maatregelen gerealiseerd.

De OR zou hier minder vaak de werkomstandigheden als maatstaf voor het BGZ-beleid hanteren, evenals PZ.

De directie heeft uitgesproken opvattingen (òf meer òf minder) over de tijd die aan werkomstandigheden moet worden besteed. Haar invloed op het onderzoek door de BGD is echter kleiner en die van de BGD groter. Het beleid (bij bedrijfsartsen alleen) is niet zozeer gebaseerd op een schriftelijk jaarplan of een contract.

Bedrijfsartsen die de BGZ samen met een BVK uitvoeren, doen alle soorten periodiek onderzoek, en relatief vaak PBGO. Over enkele onderdelen van hun zorgpakket zijn zij ontevreden; ze willen minder aanstellingskeuringen en meer tijd voor spreekuur. Ze wijzen minder op factoren die het vertrouwen van de werknemers in de BGD belemmeren.

De OR zou werkomstandigheden vaker als maatstaf voor het beleid hanteren. Het overleg met de directie is minder op individuen gericht. Bij de advisering houden zij het vaakst rekening met haalbaarheid, hoewel zij vaak niet weten of de adviezen de grenzen van de mogelijkheden in het bedrijf raken. Het beleid wordt hier veelal gevoerd op basis van een contract; schriftelijke jaarplannen komen in gemiddelde mate voor.

Als het BGZ-team ook een arbeidshygiënist omvat, wordt vaker PBGO gedaan, soms gecombineerd met GPO. Men is hier op minder punten dan elders ontevreden over de eigen activiteiten. De relatie met de directie lijkt formeler te zijn, net als de werkwijze bij de advisering (schriftelijk, weinig rekening houdend met haalbaarheid); ook is er het vaakst sprake van schriftelijke jaarplannen. De directie heeft vaak een grote invloed op de activiteiten van de BGD. Het resultaat van de advisering wijkt globaal niet af van de andere typen teams, behalve wat betreft het belangrijkste BGZ-advies, dat in mindere mate zijn doel zou bereiken.

5.2.3 Plaats van de VG-taak

De variabele 'VG-taak' telt drie categorieën: 1) de VG werkt buiten de BGD, 2) de VG is medewerker van de BGD, maar is een ander dan de bedrijfsarts, en 3) de bedrijfsarts doet zelf de VG-taak. Het overzicht van de aspecten van BGZ die met de plaats van de VG-taak verschillen is gegeven in tabel 5.6.

Activiteiten

De plaats waar de VG-taak wordt verricht heeft geen gevolgen voor het activiteitenpatroon, dus het al of niet hebben van de VG taak leidt niet tot andere activiteiten. De mate waarin de activiteiten plaatsvinden is niet toetsbaar door de afwezigheid van betrouwbare gegevens over de tijdsbesteding in de BGD.

Interne sturing

Vier vragen over interne sturing karakteriseren de plaats waar de VG-taak berust. Als de taak buiten de BGD ligt, vindt men vaak dat met het PBGO de juiste categorieën personeel worden bereikt, gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf. Er is vaker dan elders voldoende aandacht voor GPO.

Tabel 5.6 Overzicht van verschillen per plaats van de VG-taak

	VG-TAAK		
	buiten BGD	binnen BGD	door BA zelf
BGZ-ACTIVITEITEN	----	----	----
INTERNE STURING			
-juiste categorieën in PBGO	ja	ja	nee
-voldoende aandacht voor GPO	ja	ja	nee
-nieuwe knelpunten uit kort verz.	nee	ja	ja
-beter contact kader nodig	vaker	minder	minder
EXTERN OVERLEG			
-BMW contactpersoon lang verzuim	minder	minder	vaker
-BGD vaak genoeg uitgenodigd OR	ja	ja	nee
-sociaal-medisch team aanwezig	minder	vaker	vaker
-contact directie over beleidszaken	minder	vaker	vaker
ADVISERING			
-adviezen besproken met directie	vaker	minder	vaker
-adviezen in concept besproken	minder	minder	vaker
-in concept besproken met kader	minder	vaker	vaker
RESULTAAT ADVISERING	----	----	----
BEDRIJFSBELEID			
-sleutelinstantie is:			
-PZ	minder	minder	vaker
-kader	vaker	vaker	minder
-te weinig betrokkenheid OR/VGW-cie	minder	minder	vaker
EXTERNE STURING			
-geen wensen tijd aan werkomst.bij:			
-OR/VGW-cie	vaker	minder	vaker
-ind.werknemers	vaker	minder	vaker
-wensen tijd aan verz.beg. van:			
-ind.werknemers	evenveel	evenveel	meer
-geen wensen tijd aan verz.beg.bij:			
-OR/VGW-cie	vaker	minder	vaker
-ind.werknemers	vaker	minder	vaker
-ingeschakeld bij 'te' lang verzuim	vaker	minder	vaker
-verzuim is maatstaf van:			
-directie	vaker	minder	vaker
-kader	minder	minder	vaker
-werkomstandigheden maatstaf van:			
-PZ	vaker	minder	vaker
-invloed prioriteiten onderz.BGD van:			
-ind.werknemers	groter	kleiner	groter
-jaarverslag over BGZ gemaakt	minder	vaker	minder
-contract over zorgpakket bestaat	vaker	vaker	minder

De begeleiding van frequent kort verzuim is hier geen belangrijke bron voor signalen over knelpunten in het werk. Het contact van de BGD met het kader zou hier (VG-taak buiten de BGD) wel verbeterd mogen worden.

Berust de VG-taak binnen de BGD, dan is het oordeel over het PBGO hetzelfde als hiervoor (juiste werknemers bereikt) en is de aandacht voor GPO vaak voldoende. Met de begeleiding van frequent kort verzuim worden hier vaker signalen van knelpunten in werk en gezondheid gevonden. Verbetering van het contact met het kader is hier minder vaak nodig.

Bedrijfsartsen die zelf de VG-taak doen, brengen vaak het bezwaar naar voren dat met het PBGO niet de juiste werknemers bereikt worden, ze kunnen vaak onvoldoende aandacht aan GPO geven en gebruiken begeleiding van kort frequent verzuim meer als signaleringsinstrument voor nieuwe knelpunten. Het contact met het kader behoeft volgens hen minder vaak verbetering.

Extern overleg

De plaats waar de VG-taak wordt uitgevoerd, hangt samen met vier kenmerken binnen het thema Overleg. In de situatie met de VG buiten de BGD is er minder vaak een bedrijfsmaatschappelijk werker (BMW) als contactpersoon over langdurig verzuim. Verder is hier vaker geen sociaal-medisch team in het bedrijf aanwezig en de contacten met de directie gaan minder vaak over beleidszaken.

Indien de VG-taak binnen de BGD ligt, is er eveneens minder vaak sprake van een BMW als contactpersoon bij lang verzuim. Daarentegen is er wel vaker een sociaal-medisch team (SMT) in het bedrijf en contact met de directie over beleidszaken. Ook is men hier beter te spreken over het aantal contacten met de OR.

De BA die zelf de VG-taak uitvoert, scoort op drie van de vier contact-vragen hoog (BMW contactpersoon lang verzuim, SMT aanwezig, contact directie over beleid); hij vindt echter naar verhouding vaker dat hij niet vaak genoeg door de OR wordt uitgenodigd.

Advisering

De plaats waar de VG-taak wordt uitgevoerd hangt met drie aspecten van de advisering samen. Als de VG-taak buiten de BGD ligt, bespreekt men concept-adviezen minder vaak met het bedrijf, met name met het kader. Wel worden uitgebrachte adviezen vaker met de directie besproken.

Ligt de VG-taak binnen de BGD bij een aparte VG, dan worden reeds uitgebrachte adviezen minder vaak met de directie besproken. Ook bespreekt men concept-adviezen minder vaak, maar relatief vaker met het kader.

De BA die de VG-taak zelf doet, is op alle drie punten (bespreken van adviezen in conceptvorm, en bespreken met kader en directie) naar verhouding actiever.

Resultaat advisering

De VG-taak laat geen significante samenhangen zien met de aspecten van het thema resultaat Advisering.

BGZ-beleid

Als de VG-taak door de bedrijfsarts zelf wordt uitgevoerd, wordt als sleutelinstantie die zich bijzonder inzet voor het oplossen van de BGZ-problematiek, vaker PZ genoemd en daarentegen minder vaak het kader. Verder vinden zij vaker dat de OR en/of VGW-commissie zich te weinig bezighouden met de BGZ-problematiek. De beide andere varianten van de uitvoering van de VG-taak, buiten de BGD en binnen de BGD (door een ander dan de BA), wijken niet van elkaar af wat betreft het BGZ-beleid en geven het tegengestelde beeld te zien. Men vindt daar dat PZ minder de sleutelinstantie is en het kader vaker, terwijl de OR/VGW-commissie vaker voldoende betrokken is bij de BGZ.

Externe sturing

De plaats waar de VG-taak wordt uitgevoerd houdt verband met twaalf aspecten van het thema 'externe sturing'. Als de VG-taak buiten de BGD ligt, is er betrekkelijk vaak een contract over het zorgpakket en wordt er relatief minder vaak een jaarverslag over de BGZ opgesteld. De bedrijfsarts wordt relatief vaak ingeschakeld als het bedrijf een verzuimgeval onterecht lang vindt duren. Het verzuim is voor het BGZ-beleid minder vaak een maatstaf, zowel voor de directie als voor het kader van de cliëntorganisatie. Ook worden de werkomstandigheden voor PZ minder vaak als maatstaf genoemd.

Van alle aspecten houdt alleen de invloed van individuele werknemers op het onderzoek van de BGD verband met de samenstelling van het BGZ-team, namelijk minder invloed als de VG-taak buiten de BGD ligt. Wat betreft de tijdsbesteding is het beeld dat werknemers, zowel individueel als vertegenwoordigd in OR of VGW-commissies, vaker geen wensen hebben, dat wil zeggen noch met betrekking

tot werkomstandigheden noch met betrekking tot verzuimbegeleiding. Voorzover er wensen zijn, is dit minder vaak in de richting van meer verzuimbegeleiding.

Als de VG-taak binnen de BGD ligt (maar niet bij de BA), is er vaker een contract over het zorgpakket, wordt er vaker een jaarverslag opgesteld en wordt de BA minder vaak door het bedrijf ingeschakeld in geval van vermeend onterecht lang verzuim. Blijkbaar is dit het gevolg van de taakverdeling binnen de BGD tussen VG en BA. Het verzuim wordt verder vaker een maatstaf van de directie voor het BGZ-beleid genoemd, maar daarentegen minder vaak van het kader. Werkomstandigheden worden voor PZ vaker als maatstaf genoemd. Individuele werknemers hebben hier relatief meer invloed op het onderzoek dat de BGD doet. Wat betreft de tijdsbesteding van de BGD zijn de wensen van werknemers minder vaak onbekend; deze gaan minder vaak in de richting van meer verzuimbegeleiding.

In het geval dat de VG-taak door de BA zelf wordt uitgevoerd, is er minder vaak sprake van een contract over het zorgpakket en van een jaarverslag over BGZ. De BA/VG wordt dan vaker voor vermeend te lang verzuim ingeschakeld. Men ziet verzuim vaker als maatstaf van de directie en van het kader, en de werkomstandigheden vaker als maatstaf van PZ. Verder zegt men dat individuele werknemers meer invloed hebben op de prioriteiten in het onderzoek dat de BGD doet. Tenslotte constateert men hier vaker dat er geen wensen bij werknemers (zowel individueel als vertegenwoordigd in de OR) leven omtrent de tijdsbesteding van de BGD, met betrekking tot werkomstandigheden en verzuimbegeleiding. Voorzover er wensen zijn betreffen deze relatief vaak meer tijd voor verzuimbegeleiding.

Conclusie wat betreft de plaats van de VG-taak

Het activiteitenpatroon en het resultaat van de advisering verschilt niet systematisch met de plaats waar de VG-taak wordt uitgevoerd. Wel zijn er verschillen wat betreft de evaluatie van de eigen activiteiten.

Als de VG-taak buiten de BGD ligt, uit men minder klachten over het periodiek onderzoek onder werknemers; PBGO omvat vaker de juiste categorieën personeel en de aandacht voor GPO acht men vaker voldoende.

Men heeft met minder potentiële overlegpartners te maken, want SMT en BMW ontbreken vaker. Men acht vaker een beter contact nodig met het kader, dat ook vaker wordt gezien als sleutelinstanties voor BGZ. Concept-adviezen worden echter minder vaak met het kader besproken. Men denkt, dat het kader minder vaak

het ziekteverzuim als maatstaf voor de BGZ hanteert. De relatie met het kader lijkt kortom enigszins onderontwikkeld.

Over de OR als overlegpartner bestaat hier een gunstig beeld, want de BGD wordt er vaak genoeg uitgenodigd, en bovendien vindt men de OR vaker voldoende betrokken. OR noch individuele werknemers hebben hier veel wensen over de tijd die de BGD aan de werkomstandigheden of verzuimbegeleiding besteedt. De invloed van de werknemers op het onderzoek van de BGD wordt naar verhouding groot gevonden.

Met de directie van de cliëntorganisatie zijn minder vaak contacten over beleidszaken, maar worden adviezen juist vaker besproken. De directie zou hier vaak het verzuim als maatstaf voor de BGZ hanteren. PZ daarentegen zou vaker de werkomstandigheden als maatstaf aanhouden, maar PZ wordt hier minder vaak genoemd als sleutelinstantie voor het beleid.

Waar de VG-taak binnen de BGD ligt, maar niet bij de bedrijfsarts zelf, is men vaker tevreden over het bereik van risicogroepen werknemers door het PBGO en de aandacht die aan GPO kan worden gegeven. Een BMW ontbreekt hier veelal maar er is wel vaker een SMT.

Over de relatie met de OR of VGW-commissie is men vrij goed te spreken; men wordt vaak genoeg uitgenodigd en vindt de OR of VGW-commissie vaker voldoende betrokken.

Er is wel vaker contact met de directie over beleidszaken, maar minder vaak over uitgebrachte adviezen, zowel in concept- als in definitieve vorm. Daarbij zou het verzuim minder vaak de maatstaf van de directie zijn. PZ is minder een sleutelfunctie voor BGZ; het kader meer. Ook met het kader worden concept-adviezen vaker besproken. Al met al lijkt de relatie met het kader verhoudingsgewijs beter ontwikkeld te zijn.

In de situatie met de VG-taak in handen van de bedrijfsarts zelf, zijn weer meer problemen met de eigen activiteiten (het PBGO bereikt niet de juiste werknemers, GPO krijgt te weinig aandacht). Beter contact met het kader wordt hier minder vaak nodig geacht. Het kader is minder vaak sleutelinstantie, het hanteert als maatstaf vaak het verzuim. Concept-adviezen worden echter vaker met hen besproken.

De relatie met de OR is minder ontwikkeld dan in de twee andere situaties: de BGD wordt niet vaak genoeg uitgenodigd, en er is te weinig betrokkenheid van de

OR. Aan werknemerskant ziet men vaak geen wensen wat betreft de tijdsbesteding van de BGD. Met de directie is vaak contact, zowel over BGZ-beleidszaken als uitgebrachte adviezen. Verzuim is vaak de maatstaf van de directie voor haar oordeel over het BGZ-beleid. Het beleid lijkt hier vaker vooral op verzuimbestrijding gericht en minder op de werksituatie.

5.2.4 Industrie/dienstverlening

Activiteiten

De aard van de cliëntorganisatie (dienstverlenend of industrieel) hangt alleen samen met het al of niet doen van arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek. In de industrie doet men vaker aan dit type onderzoek dan in het geval van dienstverlenende bedrijven. Dit ligt voor de hand omdat er bij de fysieke produktie nu eenmaal meer fysieke problemen optreden dan in de dienstverlening en er dus meer behoefte aan deze twee typen onderzoek is.

Interne sturing

Wat betreft industriële bedrijven is de evaluatie van de eigen activiteiten vrij positief te noemen. Naar verhouding hoeft de tijd voor aanstellingskeuringen en werkplekbezoek niet te veranderen en is er vaker voldoende aandacht voor PBGO en GVO, en GPO betreft vaker de juiste categorieën werknemers. Aan GPO wil men overigens wel vaker meer tijd besteden. Belemmeringen voor reïntegratie van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten ziet men in deze bedrijven minder.

In de dienstverlening is men beduidend minder positief over de eigen activiteiten. Men wil minder tijd aan aanstellingskeuringen besteden, meer aan werkplekbezoek, maar vaker evenveel aan GPO. Wat betreft GPO vindt men overigens vaker dat gezien de gezondheidsrisico's niet de juiste categorieën werknemers bereikt worden. Ook maakt men in de dienstverlening naar verhouding veel melding van onvoldoende tijd voor PBGO en GVO, terwijl men er ook relatief veel spreekt van belemmeringen in de reïntegratie van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten.

Extern overleg

In de industrie is vaker een VGW-commissie aanwezig dan in de dienstverlening; de BGD vindt dat zij hier voldoende voor wordt uitgenodigd. In het SMT is het

functioneren van individuen minder vaak aan de orde. Men is minder te spreken over tijdige of goede informatie-uitwisseling met de curatieve sector. Tenslotte wordt er betrekkelijk vaak gemeld dat er problemen in de afstemming tussen de verschillende overlegvormen op het gebied van bedrijfsgezondheidszorg.

In de dienstverlenende sector is relatief weinig sprake van VGW-commissies, waar men bovendien niet vaak genoeg voor wordt uitgenodigd. Waar een sociaal-medisch team bestaat, is relatief veel overleg over het functioneren van individuen. Men is naar verhouding beter te spreken over de contacten met de curatieve sector. Afstemmingsproblemen tussen de overlegvormen over BGZ komen minder voor.

Advisering

In de industriële bedrijven is het contact met de directie en de VGW-commissie intensiever dan in de dienstverlening. Er is namelijk vaker sprake van rapportage aan en van het bespreken van adviezen met deze beide partijen. Bespreking van adviezen in conceptvorm vindt echter alleen met de directie relatief vaak plaats. In dienstverlenende bedrijven is het contact op deze punten minder.

Resultaat advisering

Wat betreft het onderscheid industrie/dienstverlening zijn drie verbanden van belang. In industriële bedrijven wordt gemiddeld een kleiner deel van de adviezen aan individuele werknemers opgevolgd. Als het om het meest ingrijpende advies voor het bedrijf gaat, wordt vaker gezegd dat het advies onvoldoende of maximaal wordt opgevolgd; men antwoordt dus wel meer extreem, maar gemiddeld niet verschillend. De maatregelen die genomen worden naar aanleiding van het advies dat vanuit BGZ-oogpunt het belangrijkste is, komt in grotere mate aan de doeleinden van de BGD tegemoet.

In dienstverlenende bedrijven wordt een groter deel van de adviezen aan individuen opgevolgd en beantwoorden de maatregelen naar aanleiding van het advies dat vanuit BGZ-oogpunt gezien het meest belangrijk is, voor een kleiner deel aan de doeleinden van de BGD.

BGZ-beleid

In de industrie worden zowel de directie als de OR/VGW-commissie vaker genoemd als sleutelinstantie voor het oplossen van BGZ-problematiek dan in de dienstverlening.

Tabel 5.7 Overzicht van verschillen per type cliënt-organisatie

	TYPE CLIËNT	
	indus- trie	dienst- verlening
BGZ-ACTIVITEITEN		
-arbeidshyg./ergon.onderz.	vaker	minder
INTERNE STURING		
-gewenste tijd aanstellingskeuringen	evenveel	minder
-gewenste tijd GPO	meer	evenveel
-gewenste tijd werkplekbezoek	evenveel	meer
-juiste categorieën in GPO	ja	nee
-voldoende aandacht PBGO	vaker	minder
-voldoende aandacht GVO	vaker	minder
-belemmeringen bij reïntegratie	minder	meer
EXTERN OVERLEG		
-VGW-commissie aanwezig	meer	minder
-vaak genoeg uitgenodigd in VGW-cie	ja	nee
-functioneren individuen onderwerp SMT	minder	vaker
-informatie curatieve sector: -goed	minder	vaker
-tijdig	minder	vaker
-afstemmingsproblemen overlegvormen	ja	nee
ADVISERING		
-rapportage aan: -directie	vaker	minder
-OR/VGW-cie	vaker	minder
-adviezen uitgebracht aan OR/VGW-cie	vaker	minder
-adviezen besproken met: -directie	vaker	minder
-OR/VGW-cie	vaker	minder
-conceptadviezen besproken met directie	vaker	minder
RESULTAAT ADVISERING		
-deel adviezen aan individuen opgevolgd	kleiner	groter
-deel meest ingr.adv.aan bedr.uitgevoerd	extremer	---
-belangrijkste BGZ-advies bereikt deel doel	groter	kleiner
BGZ-BELEID		
-sleutelinstantie is: -directie	vaker	minder
-OR/VGW-cie	vaker	minder
EXTERNE STURING		
-geen wensen over tijd aan werkomst. bij: -OR/VGW-cie	minder	vaker
-ind.werknemers	minder	vaker
-grenzen bedr.bij het belangr.BGZ-advies	extremer	---
-invloed dir.op prioriteiten onderz.BGD vergeleken met OR/VGW-cie	kleiner	groter
-invloed BGD op prioriteiten eigen onderz. vergeleken met OR/VGW-cie	kleiner	groter

Externe sturing

Het onderscheid tussen industriële en dienstverlenende cliëntorganisaties hangt met vijf aspecten uit het thema 'externe sturing' samen. Wat betreft de tijdsbesteding is te zien dat in dienstverlenende bedrijven van zowel de OR/VGW-commissie als van individuele werknemers gezegd dat ze vaker geen wensen hebben wat betreft tijdsbesteding van de BGD aan werkomstandigheden.

De adviezen die uit BGZ-oogpunt het belangrijkste zijn, liggen in industriële situaties vaker beneden en vaker boven de grens van wat in de organisatie mogelijk is. Met andere woorden, gemiddeld is er geen verschil want in dienstverlenende organisaties wordt vaker geantwoord dat het advies op de grens lag.

Op het punt van verschil in invloed tussen de actoren in het beleid op het onderzoek dat de BGD doet, blijkt het volgende. In de dienstverlenende organisaties is het verschil in invloed tussen de directie en de OR/VGW-commissie groter. Eveneens is de invloed van de BGD op ditzelfde punt groter dan van de OR/VGW-commissie. Er zijn geen grote verschillen wat betreft de directie en de BGD. Dit betekent verder dat de genoemde verschillen in de industriële bedrijven relatief kleiner zijn.

Conclusies wat betreft industrie versus dienstverlening

In de industriële bedrijven wordt relatief veel aan arbeidshygiënisch onderzoek gedaan en de beroepsbeoefenaren zijn vrij tevreden over hun eigen activiteiten; alleen aan GPO zouden ze meer tijd willen besteden.

In de sociaal-medische teams is het functioneren van individuen minder vaak het onderwerp van gesprek.

Wat betreft de relaties van het BGZ-team met de andere betrokkenen zijn er verschillen; in de (hier vaak aanwezige) VGW-commissie wordt men voldoende uitgenodigd, en met zowel de bedrijfsdirecties als met de OR en VGW-commissie heeft men sterk ontwikkelde relatie, wat betreft rapportage en het bespreken van adviezen. In concept-vorm bespreekt men de adviezen alleen met de directie vaker. Zowel de directie als de OR/VGW-commissie ziet men vaker als sleutelinstanties voor het oplossen van BGZ-problematiek.

De verschillen tussen directie, BGD en OR in invloed op de onderzoeksactiviteiten van de BGD zijn relatief klein. Adviezen aan individuen worden in de industriële bedrijven in mindere mate opgevolgd, maar het belangrijkste BGZ-advies bereikt in grotere mate de doeleinden van de BGD.

Bij de BGZ verleend aan dienstverlenende bedrijven wordt relatief weinig aan arbeidshygiënisch onderzoek gedaan. De beroepsbeoefenaren hebben vaker wensen wat betreft de eigen activiteiten (minder aanstellingskeuringen, meer werkplekbezoek, andere of meer groepen werknemers in het GPO en meer aandacht voor PBGO en GVO).

In de sociaal-medische teams is het functioneren van individuen minder vaak het onderwerp van gesprek.

In de (hier minder vaak aanwezige) VGW-commissie wordt men niet vaak genoeg uitgenodigd. Met zowel de OR/VGW-commissie als met de bedrijfsdirecties heeft men een minder ontwikkelde relatie in het adviesproces; men rapporteert namelijk minder vaak aan deze partijen en bespreekt adviezen minder vaak met hen.

De verschillen in invloed op de onderzoeksactiviteiten van de BGD tussen de directie, de BGD en de OR zijn groter dan in de industrie; BGD en directie verschillen onderling niet veel, maar de invloed van de OR is betrekkelijk gering. Adviezen aan individuen worden in grotere mate opgevolgd, maar het belangrijkste BGZ-advies aan de cliëntorganisatie bereikt in mindere mate het gestelde doel.

Een en ander lijkt erop te wijzen dat het beleid in industriële cliëntorganisaties meer op de werksituatie is gericht en in nauwer samenspel met directies en werknemersvertegenwoordigingen plaats vindt dan in dienstverlenende cliëntorganisaties.

5.2.5 Grootteklasse cliëntorganisatie

De cliëntorganisaties zijn ingedeeld in drie grootteklassen, nl. 1) 35 - 99 werknemers (klein), 2) 100 - 499 werknemers (middelgroot) en 3) 500 of meer werknemers (groot). Het overzicht van de verschillen op de aspecten van BGZ is te vinden in tabel 5.8.

Activiteiten

De grootte van de organisatie vertoont enkele verbanden met de BGZ-activiteiten. In de kleinste organisaties doet de BGD niet zelf aan EHBO; verder doet men relatief weinig aan werkplekbezoek en GVO. Binnen de grotere cliëntorganisaties wordt betrekkelijk vaak aan GPO gedaan.

Tabel 5.8 Overzicht van verschillen per grootteklasse van bedrijven

	GROOTTEKLASSE		
	klein	middel	groot
BGZ-ACTIVITEITEN			
-EHBO	niet	vaker	vaker
-GPO	minder	vaker	vaker
-werkplekbezoek	minder	vaker	vaker
-GVO	minder	vaker	vaker
INTERNE STURING			
-% begeleide langverzuimers	lager	lager	hoger
-nieuwe knelpunten uit beg.L.V.	nee	nee	ja
-gewenste tijd werkplekbezoek	evenveel	evenveel	meer
-juiste categorieën in GPO	ja	ja	nee
-juiste categorieën in GVO	ja	ja	nee
-vold. aandacht arb.hyg/erg.onderz.	ja	ja	nee
-beter contact met dir. gewenst	nee	nee	ja
EXTERN OVERLEG			
-directie contactpersoon lang verzuim	vaker	minder	minder
-BMW contactpersoon lang verzuim	minder	vaker	vaker
-PZ aanwezig	minder	altijd	altijd
-frequentie van overleg met PZ	minder	vaker	vaker
-VGW-commissie aanwezig	minder	vaker	vaker
-sociaal-medisch team aanwezig	minder	vaker	vaker
-beleids-problematiek onderwerp SMT	minder	minder	vaker
-tijdige informatie curatieve sector	altijd	minder	minder
ADVISERING			
-rapportage aan kader	nooit	vaker	vaker
-adviezen besproken met kader	minder	vaker	vaker
-adviezen schriftelijk uitgebracht	vaker	minder	vaker
-inzicht in risicogr. gedeeld met dir.	minder	vaker	minder
RESULTAAT ADVISERING			
-deel adviezen aan bedrijf uitgevoerd	kleiner	groter	kleiner
-uitgevoerde maatregelen aan doel tegemoet	kleiner	groter	kleiner
-maatregelen bel.BGZ-advies aan doel tegemoet	kleiner	groter	kleiner
BGZ-BELEID			
-voldoende aandacht reïntegratie	minder	vaker	minder
-weet niet van confl.dir.met OR over bgz	vaker	vaker	minder
-te weinig betrokkenheid van: -directie	minder	minder	vaker
-kader	vaker	minder	vaker
EXTERNE STURING			
-wensen tijd aan werkomst.van:-kader	evenveel	meer	extremer
-ind.werknemers	evenveel	evenveel	meer
-geen wensen tijd besteed aan verz.beg.bij dir.	vaker	minder	minder
-invloed dir.op prioriteiten in onderz.BGD	extremer	---	---
-verschil invl.BGD op eigen onderz.vergel. met OR/VGW-cie	kleinst	middel	grootst
-invloed op prioriteiten opl.BGZ-probl. van:			
-kader	kleinst	middel	grootst
-OR/VGW-cie	---	---	extremer
-contract over zorgpakket	vaker	vaker	minder

De grootteklasse van de cliëntorganisatie heeft ook te maken met het patroon van activiteiten dat al eerder werd onderscheiden. Dit houdt in, dat bij kleinere organisaties APO en GPO overwegen, terwijl in de grotere organisaties overwegend aan GPO en PBGO wordt gedaan.

Interne sturing

Wat de evaluatie van de eigen activiteiten betreft, zijn de kleine en middelgrote bedrijven ongeveer gelijk, maar beide wijken af van de grootste bedrijven.

In de grootste wordt een gemiddeld hoger percentage langdurig verzuimers begeleid en signaleert men op grond van deze begeleiding vaker onbekende knelpunten in de werksituatie. Verder worden daar nogal wat kritische opmerkingen over de eigen activiteiten gemaakt; men wil vaker meer werkplekbezoek, men signaleert vaker onvoldoende aandacht aan werkplekonderzoek en vindt dat GPO en GVO vaker niet de juiste categorieën personeel bereikt gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf. Ook het contact met de directie behoeft er vaker verbetering.

In de kleine en middelgrote bedrijven is het percentage langdurige verzuimers dat wordt begeleid gemiddeld lager en leidt de begeleiding minder tot het signaleren van nieuwe knelpunten in de werksituatie. De genoemde klachten over de eigen activiteiten komen daar minder voor.

Extern overleg

Zeven kenmerken onderscheiden de kleine organisaties van de middelgrote en grote. In de kleine is de directie relatief vaak een contactpersoon i.v.m. begeleiding van lang verzuim en een bedrijfsmaatschappelijk werker minder veelal, doordat deze ontbreekt. In enkele gevallen is er geen afzonderlijke PZ-functionaris. Waar er wel een afdeling PZ is, is er minder frequent overleg, komt de informatie van de curatieve sector meestal op tijd en is er betrekkelijk vaak geen VGW-commissie of sociaal-medisch team. Verder is in de aanwezige sociaal-medische teams minder vaak naast verzuim ook algemene BGZ-problematiek aan de orde.

Het overlegpatroon bij de middelgrote en grote organisaties is meer geënt op bestaande gespecialiseerde functies. De directie is er minder vaak contactpersoon in verband met langdurig verzuim. Er is vaker een bedrijfsmaatschappelijk werker, een sociaal-medisch team en een VGW-commissie, en altijd een aparte PZ-functionaris aanwezig, waarmee bovendien frequenter wordt overlegd. Over de

tijdigheid van de informatie die van de curatieve sector i.v.m. de begeleiding van langdurig verzuim wordt gevraagd, wordt vaker geklaagd.

Advisering

In kleine bedrijven wordt nooit aan kaderleden gerapporteerd en adviezen worden minder vaak met hen besproken. Adviezen worden wel vaker schriftelijk uitgebracht. Met de directie van het bedrijf worden de inzichten van de BGD over de risicogroepen in het bedrijf minder vaak gedeeld.

In middelgrote bedrijven wordt relatief vaak aan het kader gerapporteerd, waarmee adviezen ook vaker worden besproken. De adviezen worden echter minder vaak schriftelijk uitgebracht. De inzichten van de BGD over de risicogroepen worden vaker met de directie gedeeld.

In de grote bedrijven is het kader meer op dezelfde manier bij het proces van advisering betrokken als in de middelgrote bedrijven. De adviezen worden echter net als in de kleine bedrijven minder vaak schriftelijk uitgebracht.

Resultaat advisering

Het resultaat van advisering in kleine en grote bedrijven krijgt minder gunstige oordelen op drie punten. Er wordt gemiddeld een kleiner deel van de adviezen aan het bedrijf uitgevoerd. De uitgevoerde maatregelen van de adviezen in het algemeen komen in mindere mate aan het doel tegemoet, hetgeen ook geldt voor het advies dat vanuit BGZ-oogpunt het belangrijkste is. In middelgrote bedrijven is het oordeel relatief gunstig.

BGZ-beleid

Kleine organisaties onderscheiden zich op de volgende vier punten van het thema BGZ-beleid. Men meldt daar vaker dan in grote organisaties te weinig aandacht voor reïntegratie van gedeeltelijk of geheel arbeidsongeschikten, en men weet vaker niet of er conflicten tussen de directie en de OR zijn. Men vindt de betrokkenheid van directie minder vaak te gering, maar van het kader dat het vaker te weinig bij de BGZ-problematiek betrokken is.

Bij de middelgrote organisaties is vaker voldoende aandacht voor reïntegratie. Men weet hier vrij vaak niet of er conflicten zijn tussen de OR en de directie. Men vindt minder vaak dat de directie en het kader zich te weinig bezighouden met BGZ.

Bij de grote organisaties bestaat vaker te weinig aandacht voor reïntegratie. Men weet minder vaak of er conflicten tussen directie en OR zijn geweest over BGZ. Tenslotte meldt men vaker dat de directie en het kader te weinig bij de BGZ betrokken zijn.

Externe sturing

Er zijn op diverse punten van de externe sturing verschillen in de wensen van de actoren bij verschillende groottes van de organisatie, waarbij het gaat om de tijdsbesteding van de BGD. Het kader en individuele werknemers in kleine bedrijven wil vaker geen veranderingen in de tijd, besteed aan de werkomstandigheden, en de directie heeft vaker geen wensen op gebied van de tijd die de BGD besteed aan verzuimbegeleiding. De invloed van de directies op de prioriteiten die de BGD bij zijn eigen onderzoek zou moeten stellen, lopen sterk uiteen; men heeft dus vaak weinig of vaak veel invloed, in de perceptie van de BGD.

In de kleine bedrijven is het verschil in invloed tussen de BGD en de OR/VGW-commissie gemiddeld het kleinst. Verder is de invloed die het kader heeft op de prioriteiten van het oplossen van BGZ-problematiek verhoudingsgewijs het kleinst. Er bestaat vaker een contract tussen het bedrijf en de BGD.

In de middelgrote organisaties wil het kader vaker meer tijd van de BGD besteed zien aan werkomstandigheden, terwijl individuele werknemers vaker geen wijzigingen zouden willen. Bij de bedrijfsdirecties ontbreken minder vaak wensen, maar inhoudelijk verschillen deze niet. De invloedsverschillen tussen de BGD en de OR/VGW-commissie op de prioriteiten bij het eigen onderzoek van de BGD, zijn hier middelmatig. Dit geldt ook voor de invloed van het kader op de prioriteiten bij de oplossing van BGZ-problemen. Wat betreft de verhouding tussen de BGZ, de BGD en de cliëntorganisatie blijkt ook hier relatief vaak een contract te bestaan.

In de grote organisaties zijn de wensen van het kader op het gebied van de tijd die de BGD aan werkomstandigheden zou moeten besteden extremer dan elders; dat wil zeggen men wil vaker òf meer òf minder tijd besteed zien. De individuele werknemers hier wensen vaak meer tijd. De bedrijfsdirecties hebben minder vaak geen wensen, maar wijken gemiddeld niet af. De verschillen in invloed tussen de BGD en de OR/VGW-commissie wat betreft het eigen onderzoek van de BGD, zijn relatief het grootst, dat wil zeggen de BGD heeft relatief veel en de OR relatief weinig invloed op dat punt. Het kader heeft naar verhouding de grootste invloed op de prioriteiten bij het oplossen van de BGZ-problematiek. De invloed van de

OR/VGW-commissie op dit punt is verhoudingsgewijs extreem; zij heeft vaak òf veel òf weinig invloed. De verhouding tussen BGD en cliëntorganisatie is minder vaak bij contract geregeld.

Conclusies wat betreft grootteklasse cliëntorganisatie

Over de grootteklassen van de cliëntorganisatie kunnen in grote trekken de volgende karakteristieken worden gegeven.

In kleine bedrijven wordt minder gedaan aan EHBO, GPO, werkplekbezoek en GVO; toch zijn de zorgverleners minder vaak ontevreden over deze activiteiten en ook over de aandacht voor het werkplekonderzoek. De begeleiding van langdurig verzuimers is hier een minder belangrijk instrument, hoewel de bedrijfsdirectie hier vaker contactpersoon is bij de begeleiding van langdurig verzuim.

Over de verhouding met de directie worden minder klachten gehoord, in het bijzonder over de behoefte aan beter contact en een te geringe betrokkenheid. De directies van de kleine bedrijven hebben wellicht een centrale rol in het BGZ-beleid, ook al omdat een BMW, SMT, VGW-commissie en soms PZ ontbreken. Daartegenover deelt de directie hier minder vaak de inzichten van de BGD met betrekking tot de risicogroepen.

De rol van het kader bij de kleinere bedrijven is minder centraal (te weinig betrokkenheid en de relatief kleinste invloed bij het oplossen van BGZ-problematiek). De advisering heeft een minder gunstig resultaat dan in grotere organisaties. De BGZ-teams vinden de aandacht in het bedrijf voor reïntegratie vaker onvoldoende.

Al met al ontstaat de volgende indruk van het werk de BGZ-teams in kleine bedrijven doen. Zij zijn relatief tevreden over het werk dat zij daar doen, hoewel er minder van hun adviezen gerealiseerd wordt. De beslissingen die de bedrijfsdirecties over de BGZ-problematiek nemen, gebeuren in goed overleg met het BGZ-team en zijn voor de laatsten kennelijk acceptabel.

In de middelgrote bedrijven wordt de EHBO vaker door het BGZ-team zelf uitgevoerd. Verder doen de zorgverleners relatief vaak aan GPO, werkplekbezoek en GVO, en hebben zijzelf weinig klachten over deze activiteiten. Ook hier staat, net als bij kleine bedrijven, de langdurig verzuimbegeleiding niet zo centraal voor signalering van knelpunten in het werk. Er zijn vrij veel overlegpartners, ook een

VGW-commissie maakt daar vaak deel van uit, en bij advisering en rapportage heeft men meer contacten met het kader dan in de kleine bedrijven. Het laatste wil meer tijd aan werkomstandigheden besteed zien.

Er zijn hier minder klachten over te weinig betrokkenheid van het kader; ook wat betreft de directie is beter contact hier vaker niet nodig. Verder laat de betrokkenheid van de directie weinig te wensen over; deze deelt vaak het inzicht van de BGD over wat de risicogroepen zijn. De zorgverleners in de middelgrote bedrijven hebben een vrij gunstig beeld van de mate waarin hun adviezen worden opgevolgd en van de aandacht die in de cliëntorganisatie voor reïntegratie bestaat.

In de grote bedrijven is het beeld wat minder gunstig. Wel is hier een breder activiteitenpakket (vaker GPO, werkplekbezoek en GVO), maar men is er zelf wat negatiever over. Men vindt ook vaker dat er onvoldoende aandacht aan werkplekonderzoek kan worden besteed.

Over de relatie met de directie van de cliëntorganisatie is men naar verhouding negatiever. Het contact met de directie laat wel eens te wensen over, de betrokkenheid van de directie bij de BGZ-problematiek vindt men vaker onvoldoende en men oordeelt negatiever over de aandacht van het bedrijf voor de reïntegratie van arbeidsongeschikten. Overeenstemming over de risicogroepen is er met de directie minder vaak.

Het kader van de grote bedrijven staat vrij centraal bij rapportage en advisering, terwijl hun invloed op de prioriteiten bij het oplossen van BGZ-problemen het grootst is, vergeleken met de andere grootteklassen.

Toch vindt men het kader vaak te weinig bij de BGZ-problematiek betrokken. De wensen die het kader zou hebben over de tijd die de BGD besteedt aan werkomstandigheden is extremer, dus meestal òf meer òf minder.

De opvattingen over de invloed van de OR op de oplossing van BGZ-problemen lopen nogal uiteen; deze wordt soms groot en soms klein genoemd. De invloed van de OR op het onderzoek door de BGD is relatief klein.

De verhouding tussen BGD en cliëntorganisatie is in de grote bedrijven minder vaak bij contract geregeld.

Al met al komt wat betreft de zorg aan de grote bedrijven het volgende beeld op. Over het brede pakket van activiteiten zijn de beroepsbeoefenaren zelf niet zo tevreden. Dit gaat samen met een meer negatieve waardering voor de relatie met, en de inzet van de bedrijfsdirectie, en een minder gunstig resultaat van de advise-

ring. Door dit alles wordt de indruk gevestigd dat, in de ogen van de beroepsbeoefenaren, de mogelijkheden van een goed beleid in deze bedrijven vaker dan elders onvoldoende benut worden.

5.2.6 Financieel-economische positie cliëntorganisatie

Het gegeven 'financieel-economische positie van de cliëntorganisatie' is verdeeld in twee niveaus: goed en matig (In de analyses is het oordeel 'slecht', dat maar weinig voorkwam, samengevoegd met 'matig').

Activiteiten

De financieel-economische positie van de cliëntorganisatie heeft wat betreft de activiteiten van de BGD alleen verband met het werkplekbezoek; in bedrijven waar die positie matig is, wordt minder werkplekbezoek gedaan dan elders.

Interne sturing

Daar waar de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie matig of slecht is, wenst de BGD zelf meer tijd voor de zorg. In het bijzonder wordt hier vaak vermeld dat met de begeleiding van het langdurend verzuim niet de juiste werknemers worden bereikt en dat de aandacht voor de begeleiding van frequent kort verzuim niet voldoende is. De klacht dat APO en GVO niet de juiste categorieën werknemers worden bereikt wordt echter juist minder gehoord. In geval van een goede financieel-economische positie zegt men vaker dat het APO en de GVO niet op de juiste groepen werknemers zijn gericht. De begeleiding bij verzuim (kort en lang) wordt vaker juist geacht. Ook de totale tijd besteed aan BGZ laat vaak niet te wensen over.

Extern overleg

Geen van de gegevens in het thema Overleg heeft een significante relatie met de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie.

Tabel 5.9 Overzicht van verschillen naar financieel-economische positie v.h.bedrijf

	FIN.-EC.POSITIE	
	goed	matig
BGZ-ACTIVITEITEN		
werkplekbezoek	meer	minder
INTERNE STURING		
gewenste totale tijdsbesteding	evenveel	meer
juiste categorieën begeleid LV	ja	nee
juiste categorieën in APO	nee	ja
juiste categorieën krijgen GVO	nee	ja
vold. aandacht begeleiding KV	vaker	minder
EXTERN OVERLEG	---	---
ADVISERING		
-adviezen uitgebracht aan PZ	vaker	minder
-rekening houdend met haalbaarheid	meer	minder
RESULTAAT ADVISERING		
-globale doeltreffendheid	groter	kleiner
BGZ-BELEID	---	---
EXTERNE STURING		
-wensen tijd besteed aan werkomst.van concern	---	extremer
-wensen tijd besteed aan verzuim beg.van:		
-PZ	evenveel	meer
-ind.werknemers	evenveel	meer
-BA ingeschakeld bij 'te'lang verzuim	minder	meer
-weet niet of meest ingr.adv.grenzen bedrijf raakt	minder	vaker
-invloed op prioriteiten oplossen BGZ-probl.		
-van PZ	groter	kleiner
-van BGD verg.met directie	extremer	---
-van BGD verg.met OR/VGW-cie	kleiner	groter

Advisering

In bedrijven met een matige financiële positie brengt de BGD minder vaak adviezen uit aan PZ dan bij een betere positie. Verder houdt men minder rekening met haalbaarheid dan in bedrijven met een goede financiële positie.

Resultaat advisering

Er is één duidelijk verschil: de globale doeltreffendheid van de BGZ is bij een matige financieel-economische positie gemiddeld minder dan bij een goede. Op

vier andere vragen in dit thema tenderen de verschillen in dezelfde richting, maar zijn statistisch niet significant. Al met al dus een gematigd negatief oordeel over het resultaat van de advisering bij cliëntorganisaties een matige financieel-economische positie.

BGZ-beleid

Op het punt van het BGZ-beleid zijn geen verschillen te constateren.

Externe sturing

De financieel-economische positie houdt verband met acht aspecten van het thema 'externe sturing'. Als die positie matig is, wordt de BA vaker ingeschakeld in verband met verzuim, dat volgens het bedrijf te lang duurt. Verder is het de respondenten vaker onbekend in hoeverre het meest ingrijpende advies de grenzen raakt van wat er in het bedrijf mogelijk is.

Op het punt van de invloed die de geledingen in het bedrijf hebben op het oplossen van BGZ-problemen, blijkt dat bij een matige financieel-economische positie het kader meer invloed heeft en PZ minder. Ook is het verschil in invloed tussen de directie en de BGD in die gevallen kleiner. Daarentegen heeft de BGD in die situaties een grotere invloed dan de OR/VGW-commissie. Het lijkt erop dat als de positie matig is, de oplossing van BGZ-probleem meer in de hiërarchische lijn van de organisatie ligt in directer samenspel met de BGD. Daarbij hebben andere staffunctie (PZ) maar ook de OR minder invloed.

In situaties met een matige financieel-economische positie leeft bij de concern-organisatie (of moederorganisatie) vaker de wens dat er door de BGD meer tijd aan werkomstandigheden besteed wordt. PZ wil vaker dat er meer tijd aan verzuimbegeleiding wordt besteed. Ditzelfde geldt overigens ook voor individuele werknemers. Mogelijk hangt dit samen met spanningen bij werknemers in het geval van een matige financieel-economische positie van het bedrijf.

Bij een goede financieel-economische positie zijn de wensen over de tijd besteed aan verzuimbegeleiding vaak op handhaving gericht en wordt de BA ook feitelijk minder bij te lang geacht verzuim ingeschakeld. De onbekendheid bij de zorgverleners over de grenzen van het meest ingrijpende advies is hier kleiner. Dit gaat gepaard aan een grotere invloed van PZ bij het vaststellen van beleidsprioriteiten en ook met meer invloed van de OR ten opzichte van de BGD. De invloed van de bedrijfsdirectie is veelal ofwel groot ofwel klein, vergeleken met de BGD.

Conclusies wat betreft de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie

Van de geleverde BGZ is naar gelang de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie het volgende beeld te schetsen.

Bij een matige financieel-economische positie wordt minder vaak aan werkplekbezoek gedaan dan bij een goede, maar men ervaart dit niet als een tekort. PZ en de individuele werknemers willen hier meer tijd aan de verzuimbegeleiding besteed zien, maar feitelijk wordt de BA hier vaker ingeschakeld als het bedrijf te lang verzuim vermoed. Het BGZ-team zelf wil in totaal meer tijd aan de zorg kunnen besteden.

Verder is noch het overleg noch het BGZ-beleid in de cliëntorganisatie hier aanleiding tot negatieve of positieve oordelen. De advisering is minder op PZ gericht; men houdt minder met de haalbaarheid van de adviezen rekening, en wat het laatste betreft zijn de grenzen van het bedrijf minder vaak bekend. Het resultaat van de advisering wordt hier vaak negatief beoordeeld.

Bij cliëntorganisaties met een goede financieel-economische positie wordt vaker aan werkplekbezoek gedaan dan bij die met een matige positie. De verzuimbegeleiding loopt hier volgens de beroepsbeoefenaren vaak bevredigend, waarbij de BA ook minder bij te lang geacht verzuim wordt ingeschakeld. De BGD is niet tevreden over de met APO en GVO bereikte groep werknemers.

In het bedrijf (bij PZ en individuele werknemers) worden niet vaak veranderingen gewenst in de tijd besteed aan verzuimbegeleiding. Over het overleg en het BGZ-beleid denkt men gemiddeld niet anders dan in financieel-economisch matig lopende cliëntorganisaties. De adviezen lopen vaker via PZ, waarbij het BGZ-team meer rekening houdt met haalbaarheid. De grenzen van het bedrijf in verband met de ingrijpendheid van de adviezen zijn hier vaker bekend en het resultaat van de advisering aan het bedrijf wordt gunstiger beoordeeld. Bij een goede financieel-economische positie heeft PZ vrij veel invloed op de oplossing van de problemen; de invloed op dit punt van BGD en OR/VGW-commissie is meer gelijk verdeeld. De verschillen in invloed tussen de bedrijfsdirectie en de BGD lopen van groot tot klein.

Al met al lijkt het er op dat het BGZ-beleid in cliëntorganisaties met een matige financieel-economische positie een zaak is die zich vooral in direct contact tussen de BGD en bedrijfsdirectie afspeelt, met PZ en de OR op afstand. Opvallend is dat er over de relatie met de betrokkenen in de bedrijven en hun inzet voor het BGZ-beleid niet anders wordt gedacht dan elders. Ook is men niet negatiever of positiever over de mate waarin adviezen worden opgevolgd, hoewel men de globale doeltreffendheid van de zorg wel kleiner vindt. De indruk ontstaat dat het rekening houden met haalbaarheid en het grotere directe contact met de directie leidt tot beleidsbeslissingen die voor de beroepsbeoefenaren even acceptabel zijn als in andere situaties.

5.3 Samenvatting van de resultaten

Globaal werd eerder gevonden dat de kenmerken van de BGD iets meer samenhangen met de verdere variabelen hebben dan de kenmerken van de cliëntorganisatie (zie tabel 5.2 en 5.3). Ook zagen we dat de thema's verschillen in de aantallen samenhangen met de BGD- en cliëntkenmerken: Interne Sturing, Advisering en BGZ-beleid cliëntorganisatie hebben naar verhouding weinig verbanden; relatief veel verbanden hebben Activiteiten en Resultaat adviezen. Bij een beschouwing per thema bleek, dat Externe sturing meer met kenmerken van de BGD dan met kenmerken van de cliëntorganisatie samenhangt; bij Activiteiten en Resultaat Adviezen ligt dit andersom.

Ter wille van het overzicht worden de belangrijkste conclusies per BGD- en cliëntkenmerk hier kort herhaald, achtereenvolgens dus: wat betreft het type BGD, de samenstelling van het BGZ-team, de plaats van de verzekeringsgeneeskundige taak en wat betreft de cliëntorganisatie: industrieel tegenover dienstverlenend, grootteklasse en financieel-economische positie.

Type bgd

De *gezamenlijke diensten* voeren minder dan andere typen dienst zelf de EHBO uit en doen vaker PBGO; ze maken daarbij vaker gebruik van groepsgegevens. Zij vinden vaak dat er voldoende aandacht is voor arbeidshygiënisch onderzoek, ergonomisch onderzoek en werkplekbezoek. Rapportage en overleg gebeurt bij de

gezamenlijke diensten vooral via PZ; minder via de directie en het kader; adviezen worden minder in conceptvorm besproken. Er is minder vaak overeenstemming met de directie over het meest ingrijpende advies. De werknemers in de cliëntorganisatie hebben volgens de BGD weinig wensen, hoogstens dat men evenveel tijd besteed wil zien aan de werkomstandigheden en aan de verzuimbegeleiding als in feite het geval is. Verzuim en werkomstandigheden zijn minder vaak maatstaf voor BGZ bij kader en PZ. De invloed van individuele werknemers bij het oplossen van BGZ wordt hier lager geschat dan die van het kader.

De *overheidsdiensten* doen weinig zelf aan eerste hulp en aan PBGO; toch vindt men de aandacht, besteed aan PBGO vaak voldoende. Men vindt hier echter minder vaak dat er voldoende aandacht aan werkplekonderzoek en -bezoek besteed kan worden. De zorgverleners in overheids-BGD-en zijn meer dan andere typen BGD van mening, dat de begeleiding van langdurig verzuim ten koste gaat van het vertrouwen van werknemers in de BGD. Net als bij de gezamenlijke diensten is het adres voor rapportage en overleg vaker PZ en minder vaak de directie en het kader. Men bespreekt adviezen vaak in conceptvorm en er is vaker dan elders overeenstemming met de directie over het meest ingrijpende advies. In de cliëntorganisatie heeft de personeelsvertegenwoordiging weinig uitgesproken wensen wat betreft de tijd die de BGD besteedt aan de werkomstandigheden.

De *enkelvoudige diensten* doen betrekkelijk vaak zelf de eerste hulp, ze houden wat betreft het voorkomen van PBGO het midden tussen gezamenlijke en overheidsdiensten. Enkelvoudige diensten vinden vaker dan andere dat er niet voldoende aandacht aan PBGO gegeven kan worden. Ook wordt wel onvoldoende aandacht aan werkplekbezoek en -onderzoek gemeld. De begeleiding van langdurig verzuim levert hier weinig nieuwe inzichten op over knelpunten in de werksituatie. Het patroon van overleg, rapportage en advisering verschilt beduidend van dat van gezamenlijke en overheidsdiensten. De enkelvoudige diensten hebben een uitgebreider net van contacten; met name de directie en het kader maken hier deel van uit. Er is veel overleg met PZ, maar hieraan rapporteert men minder vaak. Adviezen worden hier veel in conceptvorm besproken en over het meest ingrijpende advies is vaak overeenstemming met de directie. In het bedrijf worden als maatstaven voor BGZ zowel verzuim(kader) als werkomstandigheden(PZ) gehanteerd. De personeelsvertegenwoordiging wil meer aandacht van de BGD voor de werkomstandigheden. De

individuele werknemers zouden weinig problemen hebben met de tijd, besteed aan verzuimbegeleiding.

Samenstelling bgz-team

Bedrijfsartsen alleen doen als vorm van periodiek onderzoek van werknemers overwegend APO en GPO, en minder PBGO. Zij zijn over verscheidene onderdelen van hun activiteitenpakket ontevreden en zij vinden de betrokkenheid van de OR veelal te gering. Hun overleg met de directie van de cliëntorganisatie gaat vaak over het functioneren van individuen. Advisering vindt vaak mondeling plaats, waarbij betrekkelijk veel rekening gehouden wordt met de haalbaarheid. Wat het meest belangrijke BGZ-advies betreft, melden deze bedrijfsartsen vaak dat de uitgevoerde maatregelen een groot deel van het doel bereiken. Zij vinden vaak dat de OR te weinig betrokken is bij de BGZ en ze signaleren dat de OR weinig de werkomstandigheden als maatstaf hanteert. De directie wil volgens bedrijfsartsen die alleen werken, òf meer òf minder tijd besteed zien aan de werkomstandigheden. De invloed van de directie op het onderzoek door de BGD is relatief klein, en die van de BGD groot. Het beleid wordt minder vaak gevoerd op basis van een schriftelijk jaarplan en een contract. De totaalindruk is dat de bedrijfsarts alleen betrekkelijk weinig mogelijkheden heeft, en dat de activiteiten daardoor beperkt blijven tot klassiek APO en GPO met, misschien noodgedwongen, weinig aandacht voor de werkomstandigheden.

Bedrijfsartsen met een BVK doen alle soorten periodiek onderzoek, en relatief vaak PBGO. Zij zijn over verscheidene onderdelen van hun activiteitenpakket ontevreden (niet zozeer over het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek) en ze noemen minder vaak dan elders factoren die het vertrouwen van de werknemers in de BGD schaden. De OR wordt in deze groep diensten vaker voldoende betrokken genoemd. Het overleg met de directie is niet sterk op individuen gericht. Bij de advisering wordt vaak rekening gehouden met de realiseerbaarheid, hoewel men hier vaak niet weet of adviezen de grenzen van de mogelijkheden in het bedrijf raken. De zorg wordt hier vaak verleend op basis van een contract; een schriftelijk jaarplan komt middelmatig vaak voor.

BGZ-teams met een arbeidshygiënist doen veel PBGO, soms in combinatie met GPO. Men is hier over het algemeen niet ontevreden over de eigen activiteiten. De

relatie met de directie is formeler dan elders, net als de werkwijze bij de advisering (schriftelijk, weinig rekening houdend met haalbaarheid). Hier is het vaakst sprake van schriftelijke jaarplannen; de bedrijfsdirectie heeft vaak een grote invloed op de activiteiten van de BGD. Het resultaat van de advisering wijkt globaal niet af, behalve dat het belangrijkste BGZ-advies in mindere mate zijn doel zou bereiken. Dit kan samenhangen met een geringe oriëntatie op haalbaarheid (zie hiervoor) en met onbekendheid met de grenzen van het bedrijf in verband met de adviezen.

Plaats van de VG-taak

In de situatie waarin de *VG-taak buiten de BGD* ligt, zijn er weinig problemen met de eigen activiteiten; er zijn echter minder potentiële overlegpartners. Men wil meer contact met het kader, dat men sleutelinstantie voor de BGZ acht en waarvan men minder vaak denkt dat het verzuim als maatstaf voor BGZ hanteert. Concept-adviezen worden echter minder vaak met kaderleden besproken. De OR als overlegpartner krijgt een gunstige beoordeling: de BGD wordt vaak genoeg uitgenodigd en voldoende bij de OR betrokken. De OR en individuele werknemers hebben daarbij weinig wensen over de tijd die de BGD aan de werkomstandigheden of verzuimbegeleiding besteedt. De individuele werknemers zouden evenveel tijd aan verzuimbegeleiding besteed willen zien. De invloed van werknemers op het onderzoek van de BGD wordt relatief groot gevonden. Het contact met de directie van de cliëntorganisatie gaat hier minder over beleidszaken en meer over adviezen, terwijl de directie vooral het verzuim als maatstaf voor BGZ zou hanteren. PZ zou daarentegen de werkomstandigheden vaker als maatstaf hanteren, en wordt minder vaak genoemd als sleutelinstantie voor het beleid.

Ook daar waar de *VG-taak binnen de BGD* ligt zijn weinig klachten over de eigen activiteiten. Hier ontbreekt veelal een BMW, maar is er wel vaker een SMT. De relatie met het kader en de OR/VGW-commissie is relatief goed. Er zijn wel wensen wat betreft de tijd, door de BGD besteed aan de werkomstandigheden en de verzuimbegeleiding, maar deze wijzen niet eenduidig in de richting van meer of minder. De contacten met de directie betreffen voornamelijk beleidszaken, minder de uitgebrachte adviezen; het verzuim is daarbij niet de overwegende maatstaf van de directie. PZ is hier niet vaak sleutelinstantie voor BGZ, het zou ook minder vaak de werkomstandigheden als maatstaf hanteren.

De situatie met de *VG-taak in handen van de bedrijfsarts zelf* kent klachten over de eigen activiteiten (PBGO bereikt niet de juiste categorieën werknemers, GPO krijgt te weinig aandacht), maar beter contact met het kader wordt hier minder vaak nodig geacht. Het kader is ook niet zozeer sleutelinstantie voor de oplossing van BGZ-problematiek; het zou als maatstaf vaker het verzuim hanteren. Conceptadviezen worden toch veel met het kader besproken. De relatie met de OR is minder gunstig (weinig uitgenodigd, weinig betrokkenheid). Aan werknemerskant ziet men vaak geen wensen ten aanzien van de tijdsbesteding. Contacten met de directie gaan zowel over BGZ-beleidszaken als over uitgebrachte adviezen. Daarbij wordt verzuim vaak als maatstaf van de directie genoemd.

Industrie/dienstverlening

In de *industriële bedrijven* wordt relatief vaak aan arbeidshygiënisch onderzoek gedaan. De respondenten zijn relatief tevreden over hun eigen activiteiten, al zou aan GPO meer tijd besteed moeten worden. Door de VGW-commissie wordt men vaak voldoende uitgenodigd, en de bedrijfsdirecties hebben een centrale rol in het adviesproces. De verschillen tussen de directie, de BGD en de OR in invloed op de onderzoeksactiviteiten van de BGD zijn groter dan in de dienstverlening. Adviezen aan individuen worden in het geval van industriële organisaties minder opgevolgd, maar het belangrijkste BGZ-advies bereikt in hogere mate de doeleinden van de BGD.

In de BGZ binnen de *dienstverlenende bedrijven* wordt relatief weinig aan arbeidshygiënisch onderzoek gedaan. De beroepsbeoefenaren hier hebben meer wensen wat betreft de eigen activiteiten dan in de industrie (minder aanstellingskeuringen, meer werkplekbezoek, andere categorieën werknemers in GPO en meer PBGO en GVO). Er zijn weinig VGW-commissies en waar ze zijn wordt men onvoldoende vaak uitgenodigd. De bedrijfsdirecties in de dienstverlening blijken een minder centrale rol in het adviesproces te spelen dan in de industrie. De verschillen in invloed tussen de directie, de BGD en de OR op de onderzoeksactiviteiten van de BGD zijn groter. Adviezen aan individuen worden beter opgevolgd dan in de industrie, maar het belangrijkste uitgebrachte BGZ-advies bereikt de doeleinden van de BGD minder goed.

Grootteklasse cliëntorganisatie

In de *kleine bedrijven* wordt het minst vaak aan EHBO, GPO, werkplekbezoek, en GVO gedaan en is de begeleiding van langdurig verzuim een minder belangrijk instrument. Toch zijn de zorgverleners niet ontevreden over hun activiteiten, ook al gaat het over een soms beperkt zorgpakket. Er is weinig contact met het kader in de kleine bedrijven, meer met de directie. Over de verhouding met de directie worden hier relatief weinig klachten geuit; door het in kleine bedrijven ontbreken van BMW, SMT, VGW-commissie en soms PZ alleen al zal de bedrijfsdirectie een centrale rol in het BGZ-beleid vervullen. Ook geldt daar dat deze directie minder vaak de inzichten van de BGD met betrekking tot de risicogroepen deelt. Over de rol van PZ en de OR of VGW-commissie zijn geen conclusies te melden. De advisering lijkt in de kleine bedrijven een minder gunstig resultaat te kennen.

In de *middelgrote bedrijven* wordt naar verhouding veel EHBO, GPO, werkplekbezoek en GVO gedaan. De begeleiding van langdurig verzuim is hier niet zo belangrijk voor het signaleren van knelpunten in het werk. De zorgverleners zelf hebben weinig aanmerkingen op hun activiteiten. Zij hebben naar verhouding veel overlegpartners (waaronder vaak een VGW-commissie); in de advisering speelt het kader een centrale rol, het vertoont in de middelgrote bedrijven veel betrokkenheid bij de BGZ, waarbij het meer tijd aan werkomstandigheden besteed wil zien. Het contact met het kader lijkt hier belangrijker dan dat met de directie; beter contact met de laatste lijkt men veelal niet nodig te vinden. De betrokkenheid van de directie laat weinig te wensen over; deze deelt vaak het inzicht van de BGD in de aanwezige gezondheidsrisico's. De mogelijkheden voor reïntegratie in de middelgrote bedrijven en van het resultaat van de advisering worden positief beoordeeld.

In de *grote bedrijven* is dit beeld minder gunstig. Het activiteitenpakket is breder, maar het wordt wat negatiever beoordeeld. Het contact met de directie laat soms te wensen over, evenals de betrokkenheid van de directie bij BGZ en de overeenstemming over risicogroepen. In de BGD-en van de grote bedrijven wordt soms negatief geoordeeld over de aandacht voor reïntegratie. Het kader staat ook hier vrij centraal bij de advisering, maar wordt soms te weinig betrokken gevonden, hoewel hun invloed op de prioriteiten bij het oplossen van BGZ-problemen het grootst is vergeleken met andere grootteklassen. Het kader hier wil of meer of minder tijd besteed zien aan de werkomstandigheden. De plaats van de OR is verschillend;

enerzijds is de invloed van de OR op het onderzoek van de BGD relatief klein, maar anderzijds is de invloed van de OR op de oplossing van BGZ-problemen in de bedrijven hetzij groot ofwel klein. De verhouding BGD-cliëntorganisatie is minder vaak bij contract geregeld.

Financieel-economische positie cliëntorganisatie

Bij een *matige financieel-economische positie* wordt weinig aan werkplekbezoek gedaan. Men signaleert echter niet op dit punt een tekort, maar wel wat betreft verzuimbegeleiding. PZ en individuele werknemers zouden hier meer tijd aan besteed willen zien. De BA wordt echter wel vaak bij vermoed te lang verzuim ingeschakeld. Verzuim lijkt hier een onderwerp waar nauwelijks genoeg aan gedaan kan worden. Er valt op dat noch over het overleg noch over het BGZ-beleid in de cliëntorganisatie duidelijke oordelen worden gegeven. In de advisering is de BGD niet erg op PZ gericht; de grenzen van de mogelijkheden van het bedrijf zijn minder vaak bekend bij advisering en men houdt (misschien in verband daarmee) minder rekening met de haalbaarheid en meer met de noodzaak van de maatregelen. Het resultaat van de adviezen wordt tamelijk negatief beoordeeld. Het BGZ-beleid lijkt een zaak tussen BGD en bedrijfsdirectie, met PZ en de OR op enige afstand.

Bij cliëntorganisaties met een *goede financieel-economische positie* wordt vrij veel werkplekbezoek gedaan. De verzuimbegeleiding loopt volgens de beroepsbeoefenaren bevredigend, waarbij de BA minder vaak bij te hoog verzuim wordt ingeschakeld. In het bedrijf (PZ en individuele werknemers) worden niet vaak veranderingen gewenst in de tijd, besteed aan verzuimbegeleiding. De met APO en GVO bereikte groep werknemers wordt nogal eens niet de juiste genoemd. Over het overleg en het BGZ-beleid denkt men gemiddeld niet anders dan in financieel-economisch matige situaties. De adviezen lopen meer via PZ, waarbij de BGD vrij sterk rekening houdt met haalbaarheid; daarbij zijn de grenzen aan de mogelijkheden van het bedrijf vaak bekend. Het resultaat van de advisering in het bedrijf wordt gunstiger beoordeeld dan elders. Bij de oplossing van de BGZ-problemen heeft PZ een relatief grote invloed; de invloed op dit punt van BGD en OR/VGW-commissie is ongeveer gelijk verdeeld. De verschillen in invloed tussen de bedrijfsdirectie en de BGD variëren tussen groot (dat wil zeggen veel invloed bij de directie) en klein. In het BGZ-beleid spelen niet alleen de BGD en de directie een rol, maar ook PZ en de OR.

6. RESULTATEN: VERKENNENDE ANALYSES MET ACHT KWALITEITSINDICATOREN

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden verkennende analyses gedaan met een achttal kwaliteits-indicatoren. De zin daarvan is als volgt te beredeneren.

In hoofdstuk 2 werd gesteld dat er geen eenvoudig en eenduidig criterium beschikbaar is voor effectiviteit van BGZ. Het criterium is daarom het oordeel van de betrokkenen; het oordeel betreft niet alleen de uitkomsten van de zorg, maar ook de wijze waarop de zorgverlening plaats vindt. Een betrokkene vindt de kwaliteit van de verleende BGZ bevredigend:

- a. als deze meent dat de geleverde BGZ voldoende bijdraagt aan de doeltreffendheid, met andere woorden als de BGZ in zijn ogen voldoende effectief is;
- b. als tegelijkertijd de werkwijze en de resultaten van de zorgverlening acceptabel zijn, met andere woorden dat deze voldoen aan de verwachtingen van die betrokkene.

Het is op voorhand niet te zeggen op welke kenmerken van het proces en de uitkomsten van de zorgverlening de betrokkenen zullen letten. De keuze van deze kenmerken ligt in principe bij de betrokkenen zelf: bij de beroepsbeoefenaren als experts, zowel als bij de partijen in de cliëntorganisatie. Verder kunnen de gekozen kenmerken uiteraard van situatie tot situatie verschillen. Wat dit betreft bleek in hoofdstuk 4 al dat de zorgverleners nogal verschillende maatstaven voor de beoordeling hanteren. Ook de maatstaven die de zorgverleners aan de andere betrokkenen toeschrijven, bleken nogal uiteen te lopen. In dit onderzoek gaat het uiteindelijk echter om meer algemeen toepasbare criteria, waarover de discussie in het veld over de kwaliteit van de BGZ kan worden gestimuleerd. In een poging om deze discussie concreet inhoud te geven, is een reeks aanvullende analyses gedaan met een achttal variabelen die om uiteenlopende redenen als algemene kwaliteitsindicatoren opgevat kunnen worden. Deze analyses hebben een verkennend karakter.

De keuze van de acht kwaliteitsindicatoren, en de variabelen en de vereenvoudigde modellen waarmee ze geanalyseerd zijn, wordt besproken in paragraaf 6.2. De wijze van analyseren wordt besproken in 6.3 en in 6.4 komen de resultaten per kwaliteitsindicator aan de orde. In paragraaf 6.5 worden nadere analyses op de proces- en outputvariabelen uitgevoerd om tot een vereenvoudigd overzicht van de samenhangen in het materiaal te komen. In paragraaf 6.6 worden conclusies getrokken.

6.2 De keuze van acht kwaliteitsindicatoren

Bij de keuze van een kwaliteitsindicator is van de uitgangspunten gebruik gemaakt die hieronder in volgorde van belangrijkheid zijn genoemd:

- a. de indicator moet passen bij de theoretische evaluatie-criteria die in dit onderzoek zijn gehanteerd (zie paragraaf 2.2);
- b. het moet min of meer aannemelijk zijn dat BGD-en, en in het bijzonder BGZ-teams, het een juist criterium zouden kunnen vinden;
- c. de kwaliteitsindicator zou in de toekomst een zekere mate van algemene geldigheid moeten kunnen verwerven.

Er is een keus gedaan die aansluit bij de begin- en eindstadia van de BGZ-beleidscyclus (zie daarvoor paragraaf 3.1). Wat betreft het begin van de cyclus zijn bij wijze van kwaliteitsindicatoren vier variabelen samengesteld die de oordelen weergeven van de beroepsbeoefenaren over de eigen activiteiten. Het zijn dus procescriteria betreffende het thema Interne Sturing; ze bevatten dus informatie die voor het BGZ-team zelf signalen kan opleveren voor het sturen of bijsturen van de eigen activiteiten:

1. de mate waarin beroepsbeoefenaren vinden dat ze voldoende tijd aan de BGZ-activiteiten besteden;
2. de mate waarin zij meer noch minder tijd aan hun activiteiten willen besteden, dus tevreden zijn met hun tijdsbesteding;
3. de mate waarin de beroepsbeoefenaren zeggen dat de activiteiten inzicht opleveren in knelpunten in werk en gezondheid die zij nog niet kenden;

4. het gemiddelde percentage werknemers dat in de beoogde doelgroepen feitelijk bereikt wordt.

Elk van deze variabelen is samengesteld uit meerdere gelijksoortige specifieke vragen die over de BGZ-activiteiten gesteld zijn. De details van deze en alle andere samengestelde variabelen die in dit hoofdstuk zijn gebruikt, zijn te vinden in bijlage i.

Naast de vier kwaliteitsindicatoren die betrekking hebben op het proces van zorgverlening, is gezocht naar indicatoren die betrekking hebben op de output en het effect van de beleidsactiviteiten. Daarom zijn de volgende variabelen uit het thema Resultaat Advisering geselecteerd (tussen haakjes staan de nummers van de vragen uit de enquête):

5. effecten van adviezen aan de cliëntorganisatie; deze indicator is gemaakt op basis van de volgende items:
 - het uitgevoerde deel van de adviezen aan het bedrijf (5.2.1);
 - het deel waarin deze maatregelen aan het doel van de BGD tegemoet komen (5.2.2);
 - het deel van het meest ingrijpende advies dat is opgevolgd (5.4.5);
 - het deel waarin deze maatregelen aan het doel van de BGD tegemoet komen (5.4.6);
 - het deel van het belangrijkste BG-advies dat is opgevolgd (5.5.5);
 - het deel waarin deze maatregelen aan het doel van de BGD tegemoet komen (5.5.6);
6. effecten van adviezen aan individuen, bestaande uit het item 'deel van de adviezen aan individuen dat is opgevolgd' (5.1.1);
7. het globale oordeel over de doeltreffendheid, bestaande uit het item 'hoe groot is de doeltreffendheid van het BGZ-beleid in bedrijf al met al?' (9.1.2).

Zoals al in paragraaf 3.1 is uiteengezet, is de betekenis van de laatste vraag niet helemaal duidelijk. Daarom zullen de analyses die hieronder volgen vooral tot functie hebben deze betekenis te verhelderen.

Tenslotte is als achtste indicator gebruikt:

8. de mate waarin de BGD invloed heeft op het oplossen van BGZ-problemen, vergeleken met de directie van de cliëntorganisatie.

In paragraaf 4.2 werd beschreven welk maatstaven de BGZ-functionarissen zelf noemen; daaruit werd duidelijk dat er geen grote overeenstemming tussen deze professionals onderling is. Wel werden daar vrij vaak maatstaven genoemd op het gebied van de effecten van de zorg, dus die de indicatoren 5 en 6 benaderen. Ook werden wel maatstaven genoemd in de sfeer van indicator 3 "nieuwe knelpunten in werk en gezondheid ontdekt". Toch lijkt dit geen voldoende basis om op ondubbelzinnige wijze criteria aan het BGZ-veld te ontleen. Om die reden worden hier de indicatoren gebaseerd op het denken in de literatuur over kwaliteit en de bevindingen van dit onderzoek. Er moet met nadruk op worden gewezen dat er in die zin in de selectie van deze variabelen als kwaliteitsindicatoren, een arbitrair element steekt.

6.3 De wijze van analyseren

In schema 6.1 zijn de vijftientwintig variabelen opgesomd onder de verzamelnaam 'proces- en output-variabelen van de verleende BGZ'. Elke kwaliteitsindicator is met de overige 24 proces- en outputvariabelen in verband gebracht. De uitkomsten van deze multiple regressie-analyse zijn te vinden in bijlage j.

Vervolgens zijn de acht kwaliteitsindicatoren met de zes BGD- en cliëntkenmerken in verband gebracht. Deze analyses zijn opgenomen in bijlage k. Tenslotte is een serie analyses gedaan van alle BGD- en cliëntkenmerken en proces- en outputvariabelen op de acht kwaliteitsindicatoren. Hierbij is steeds voor elke kwaliteitsindicator het model van schema 6.2 toegepast; de resultaten zijn weergegeven in tabel 6.1 en worden beschreven in paragraaf 6.4.

Schema 6.1 Proces- en output-variabelen van de verleende BGZ

1. BGZ-ACTIVITEITEN

- 1.1 groepsgerichtheid
- 1.2 mate van werkgerichtheid
- 1.3 percentage werk gerelateerde activiteiten

2. INTERNE SIGNALEN VOOR STURING

- 2.1 wensen tijdsbesteding
- 2.2 totaal gewenste tijdsbesteding
- 2.3 juiste categorieën werknemers bereikt
- 2.4 voldoende aandacht voor activiteiten
- 2.5 nieuwe knelpunten ontdekt
- 2.6 bereikte percentage van de doelgroepen
- 2.7 tevredenheid met de tijdsbesteding

3. EXTERN OVERLEG

- 3.1 overleg lijn
- 3.2 overleg werknemersvertegenwoordiging
- 3.3 overleg specialisten

4. ADVISERING

- 4.1 advisering lijn
- 4.2 advisering werknemersvertegenwoordiging
- 4.3 advisering PZ

5. RESULTAAT ADVISERING

- 5.1 effecten adviezen aan het bedrijf
- 5.2 effect adviezen aan individuen
- 5.3 globaal oordeel doeltreffendheid

6. BEDRIJFSBELEID BGZ

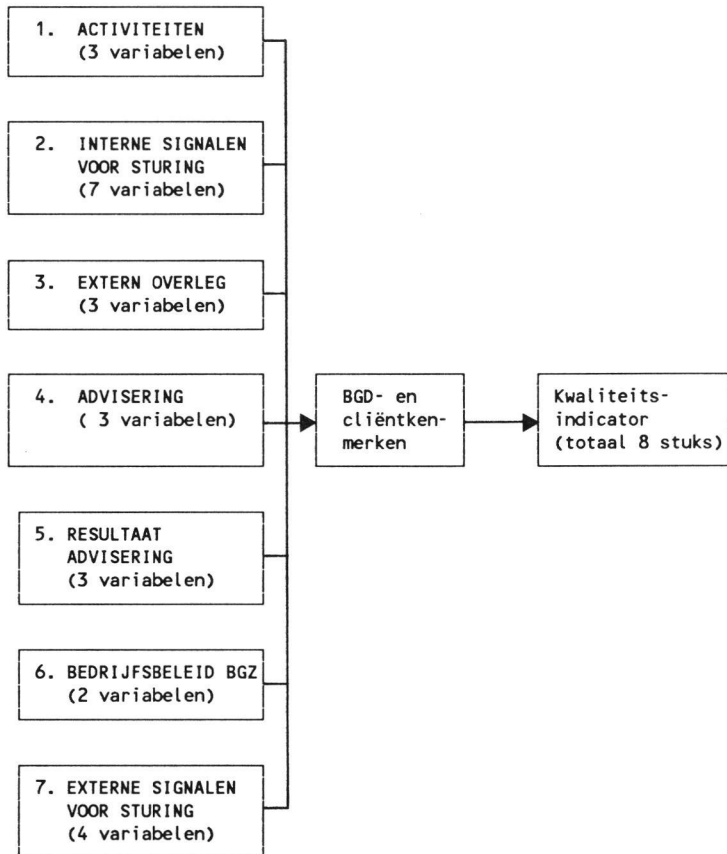
- 6.1 betrokkenheid bedrijf bij BGZ
- 6.2 invloedsverschil BGD-directie
oplossing BGZ-problemen

7. EXTERNE SIGNALEN VOOR STURING

- 7.1 voorwaarden voor sturing
- 7.2 aanwezigheid van sturing
- 7.3 richting sturing verzuimbeheersing
- 7.4 richting sturing beheersing van
werkomstandigheden

Schema 6.2

Schema betreffende de analyses van de acht kwaliteitsindicatoren met de proces- en outputvariabelen en de BGD- en cliëntkenmerken



Tabel 6.1 De significante gestandaardiseerde beta-coëfficiënten uit de multiële regressie-analyses van de proces- en outputvariabelen en de BGD- en cliëntkenmerken op de acht kwaliteitsindicatoren

proces- of output variabele van de geleverde B&Z	kwaliteitsindicator							
	(2.4) voldoende aandacht aan de ac- tivities	(2.5) nieuwe kneelpun- ten gevon- den	(2.6) gem. % van de doelpopu- latie be-	(2.7) tevreden- heid met de tijdsbest.	(5.1) effecten van adv. aan de client-org	(5.2) effect van adviesing aan indivi- dualen	(5.3) globaal oordeel doeltref- fendh.	(6.2) invl. verschil BGD-dir. m&t. opl. B&Z-prob.
1.1 werk- en groepsgerichtheid P.O.	.	.	.	+53	+27	.	.	.
1.2 mate van werkgerichtheid act.	.	.	.	-70	.	.	.	.
1.3 % tijd besteed aan werkger. act.	+36	.	-28	n.v.t.	.	.	.	+32
2.1 som meer gewenste tijd	-48	.	.	.	.	.	.	-46
2.2 totaal meer gewenste tijd	.	.	.	.	.	.	.	.
2.3 juiste categ. werknemers bereikt	.	.	.	.	.	.	.	.
2.4 voldoende aandacht activiteiten	n.v.t.	.	.	.	.	.	.	.
2.5 nieuwe kneelpunten ontdek	.	n.v.t.	.	.	.	.	.	.
2.6 gem. bereikte % van de doelgroep	.	.	n.v.t.	.	.	+28	.	+49
2.7 tevredenheid met de tijdsbesteding	.	.	+26	n.v.t.	.	.	.	-49
3.1 overleg lijn	.	.	.	-29	.	-38	.	.
3.2 overleg OR/VGW-cie	.	.	.	.	.	.	.	.
3.3 overleg specialisten	.	.	+23	.	.	.	.	.
4.1 advisering lijn	.	.	.	.	.	.	-32	.
4.2 advisering OR/VGW-cie	+26	.	.	.	.	.	.	.
4.3 advisering PZ	.	.	-20	.	.	.	.	.
5.1 effecten advisering bedrijf	-26	.	.	.	n.v.t.	.	.	.
5.2 effecten advisering individuen	.	+33	.	.	.	n.v.t.	.	.
5.3 globaal oordeel doeltreffendheid	.	.	.	.	.	.	n.v.t.	.
6.1 betrokkenheid client-org.	.	.	.	+31	.	.	+40	.
6.2 invloedsverschil BGD-dir.opl.probl.	.	.	+34	.	.	.	.	n.v.t.
7.1 voorwaarden voor sturing	.	.	.	.	.	.	.	.
7.2 aanwezigheid van sturing	.	.	+24	.	.	.	.	.
7.3 richting sturing verzuinbeheersing	.	.	.	-45	.	.	-35	.
7.4 richting sturing beh. werkomst.	.	+30	.	.	.	-32	.	.

Vervolg tabel 6.1

proces- of output variabele van de geleverde BGZ	kwaliteitsindicator							
(2.4) voldoende aandacht aan de ac- tiviteiten	(2.5) nieuwe knelpun- ten gevon- den	(2.6) gem. % van de doelpopu- latie be-	(2.7) tevredeh. met de tijdsbest.	(5.1) effecten van adv. aan de client-org	(5.2) effect van advisering aan indivi- dividen	(5.3) globaal oordeel doeltref- treffendh.	(6.2) invl. verschil BGD-dir. mdt. opl. BGZ-prob.	
1 a gezamenlijke BGD b overheids BGD c enkelvoudige BGD	. (-.25) .	. . .	. +.27 .	. . .	. . .	(-.31) . .	. . .	
2 a BA alleen b BA + BVK c BA+AH	. . .	. . .	. . .	(+.25) . .	. . .	. . .	. . .	
3 a VG buiten BGD b VG binnen BGD c VG is BA	. . .	-.30 . .	-.44 -.39 .	. . .	. . .	. . .	. +.34 .	
4 produktie (vs. dienstverlening)	. .	. .	. .	-.35 .	. .	-.31 .	. .	
5 a kleine client-organisatie b middelgrote client-organisatie c grote client-organisatie	. . .	. . .	. .	-.47 .	-.44 . .	-.27 . .	. . .	
6 Matige financieel-econ. positie (rs. goede)	. .	. .	. .	. .	-.25 .	. .	. .	
Mult. R ²	.59	.51	.79	.75	.57	.58	.55	
Sign. F	.35 <.01	.26 <.01	.63 <.01	.56 <.01	.33 <.01	.46 <.01	.30 <.01	

Toelichting: de methode "backward" in SPSS is gevolgd, met als criterium $pout = .05$;
Tussen haakjes de waarde van de β met een significantie van $F < .05$, die in de regressievergelijking zou zijn opgenomen in de eerstvolgende stap.

6.4 De resultaten per kwaliteitsindicator

6.4.1 Voldoende aandacht voor de activiteiten

Het oordeel van de respondenten dat zichzelf voldoende aandacht besteden aan de BGZ-activiteiten blijkt samen te gaan met:

- een hoger percentage van de tijd besteed aan werkgerichte activiteiten;
- een intensievere adviesrelatie met de OR/VGW-commissie;
- de wens om in totaal evenveel tijd aan de activiteiten te besteden;
- minder effect van adviezen aan de cliëntorganisatie.

Er is verder nog een zwak negatief verband met de overheids-BGD-en dat in de afzonderlijke analyses met de BGD- en cliëntkenmerken sterker naar voren kwam (zie bijlage j). Dit betekent dat BGZ-teams in overheids-BGD-en vaker vinden dat ze onvoldoende aandacht aan de activiteiten kunnen besteden, ook als rekening gehouden wordt met de andere samenhangen.

Het lijkt merkwaardig dat het oordeel 'voldoende aandacht besteed aan de activiteiten' samengaat met minder goede effecten van adviezen aan de cliëntorganisatie. Hierbij moet bedacht worden dat de inspanning geen garantie is voor een resultaat of omgekeerd dat effect van de adviezen niet automatisch afhangt van een voldoende tijdsbesteding.

6.4.2 Nieuwe knelpunten in werk en gezondheid

De kwaliteitsindicator 'de mate waarin eerder onbekende knelpunten in de relatie werk en gezondheid worden gevonden' gaat samen met:

- gunstiger effecten van adviezen aan individuen;
- meer sturing door de cliëntorganisatie in de richting van beheersing van de werkomstandigheden;
- de VG-taak binnen de BGD of door de BA zelf.

Het lijkt erop dat in een aantal van dergelijke situaties de cliëntorganisaties de aandacht van het BGZ-team meer op werkgerichte activiteiten willen vestigen. In het volgende deelonderzoek kan dit idee getoetst worden.

6.4.3 Bereikt deel van de doelgroepen

Het gemiddelde percentage werknemers dat in de doelgroepen wordt bereikt wordt, zoals eerder is vermeld, vooral bepaald door de verzuimbegeleiding en het spreekuurbezoek. Tegen deze achtergrond moeten de samenhangen dan ook bekeken worden. Het blijkt dat er samenhang is met:

- een lager percentage van de tijd besteed aan werkgerichte activiteiten;
- meer tevredenheid over de tijdsbesteding;
- meer overleg met specialisten (PZ, BMW, de curatieve sector enz.);
- minder advisering aan PZ;
- een grotere invloed van de BGD vergeleken met de directie van de cliëntorganisatie op het oplossen van BGZ-problemen;
- meer sturing van de activiteiten van de BGD door de cliëntorganisatie, echter niet in een bepaalde richting;
- de VG-taak uitgevoerd door de BA zelf.

De betekenis van deze samenhangen is niet duidelijk, of ze zouden moeten wijzen op een op zichzelf gericht activiteitenpatroon.

6.4.4 Tevredenheid met de tijdsbesteding

De tevredenheid met de tijdsbesteding blijkt samen te hangen met:

- werk- en groepsgerichtheid van het periodieke onderzoek;
- de mate van individugerichtheid van de activiteiten;
- minder overleg met de lijn in de cliëntorganisatie;
- een grotere betrokkenheid van de cliëntorganisatie bij BGZ-problemen;

- de afwezigheid van sturing door de cliëntorganisatie in de richting van verzuimbeheersing;
- BGD-en in de overheidssector;
- industriële cliëntorganisaties;
- de middelgrote en grote cliëntorganisaties.

Dit vrij grote aantal verbanden is niet eenvoudig te interpreteren. Waarschijnlijk zijn ze het best te verklaren vanuit een goede (overeengekomen) acceptatie van de verleende zorg, althans naar het oordeel van de professionals.

6.4.5 Effecten van de advisering aan de cliëntorganisatie

De kwaliteitsindicator 'gunstiger effecten van de advisering aan de cliëntorganisatie' gaat samen met:

- een grotere mate van werk- en groepsgerichtheid van het periodieke onderzoek onder werknemers;
- de middelgrote en grote cliëntorganisatie;
- een betere financieel-economische positie van de cliëntorganisatie.

Deze samenhangen duiden op het belang van een goede financieel-economische positie van het bedrijf voor het succes van een werkgerichte aanpak van de BGZ door het BGZ-team.

6.4.6 Effecten van de advisering aan individuele werknemers

De kwaliteitsindicator 'gunstiger effecten van de advisering aan individuele werknemers' hangt volgens de analyses samen met:

- het ontdekken van meer knelpunten die eerder nog onbekend waren;
- een minder intensieve overlegrelatie met de OR/VGW-commissie;
- de afwezigheid van sturing door de cliëntorganisatie in de richting van beheersing van de werkomstandigheden.

Deze verbanden karakteriseren de situaties waarin het BGZ-team vooral gericht is op individuele werknemers en waarin de cliëntorganisatie weinig behoefte heeft, hierin verandering aan te brengen. In het tweede deel van het onderzoek zal dit vermoeden getoetst worden.

6.4.7 Globaal oordeel over doeltreffendheid geleverde BGZ

De kwaliteitsindicator 'positief globaal oordeel over de doeltreffendheid van de geleverde BGZ' hangt samen met:

- een minder intensieve adviesrelatie met de lijn in de cliëntorganisatie;
- een grotere betrokkenheid bij BGZ-problematiek van de cliëntorganisatie als geheel;
- een minder sterke sturing door de cliëntorganisatie van de activiteiten in de richting van verzuimbeheersing;
- industriële cliëntorganisaties;
- middelgrote en grote cliëntorganisaties.

De professionals vinden de zorg effectiever in de relatief grote industriële bedrijven, mits die a) wel betrokken zijn bij de BGZ, maar b) toch de BGD betrekkelijk autonoom laten.

6.4.8 Invloed BGD op oplossing BGZ-problemen

De kwaliteitsindicator 'grotere invloed van de BGD dan de directie van de cliëntorganisatie op de oplossing van BGZ-problemen' vertoont samenhang met:

- een groter percentage van de tijd besteed aan werkgerichte activiteiten;
- de wens om evenveel tijd aan de activiteiten te besteden;
- een groter percentage van de doelgroepen die worden bereikt;
- minder tevredenheid met de tijdsbesteding;
- de VG binnen de BGD.

De uitgevoerde regressie-analyses leiden niet tot homogene resultaten. Ondanks dat leek het de moeite waard te zoeken naar een beperkt aantal abstractere dimensies die ten grondslag liggen aan de uiteenlopende waargenomen proces- en outputvariabelen (zie paragraaf 6.5).

6.5 **Verdere analyses op de BGD- en cliëntkenmerken en de proces- en outputvariabelen**

In deze paragraaf worden enkele analyses weergegeven die tot doel hebben, na te gaan wat de belangrijkste lijnen binnen de thema's (beschreven in hoofdstuk 4) zijn en wat de samenhangen tussen de BGD- en cliëntkenmerken en proces- en outputvariabelen zijn. De toegepaste techniek is principale componenten-analyse, waarmee gestreefd wordt naar een beperkt aantal samenvattende factoren. Binnen het thema worden de variabelen weergegeven door slechts enkele factoren (bij de proces- en outputvariabelen door drie factoren, de BGD- en cliëntkenmerken lieten zich niet goed samenvatten). Een toelichting op de aard van de bewerkingen wordt gegeven in bijlage I.

Zulke analyses zijn toegepast op de BGD- en cliëntkenmerken afzonderlijk, en op de proces- en outputvariabelen afzonderlijk. Deze laatste zijn op grond van de componentenanalyse samengenomen tot drie samenvattende variabelen, die staan voor bedrijfs- en werkgerichtheid, voor gerichtheid op communicatie met de cliëntorganisatie en voor individugerichtheid (zie bijlage I). De structuurvariabelen bleken niet goed in enkele dimensies samen te vatten te zijn en worden daarom alle veertien gebruikt. Om de samenhangen van de proces- en outputvariabelen met de structuurvariabelen te laten zien is gebruik gemaakt van simpele correlaties, vooral omdat multivariate analyse m.b.v. dummy-variabelen problematisch is vanwege de interacties tussen de dummies.

6.5.1 Factoren in de proces- en outputvariabelen

Er zijn vijftientig proces- en outputvariabelen onderscheiden. Twee variabelen, nl. 'som over de activiteiten van de meer gewenste tijd' en 'totaal meer

gewenste tijd' bleken zo sterk samen te hangen, dat de betekenis van de factoroplossing problematisch was. Om die reden is verder alleen met de laatstgenoemde variabele gerekend; de som over alle activiteiten van de meer gewenste tijd is achterwege gelaten. Een aantal van drie factoren bleek optimaal te zijn. Het resultaat wordt vermeld tabel 6.2.

Tabel 6.2 Factoranalyse van de proces- en outputvariabelen*

variabele	factor 1	factor 2	factor 3
relatieve werkgerichtheid van de activiteiten	.63	.08	-.35
% tijd, besteed aan werkgerichte activiteiten	-.07	.10	-.76
werk- en groepsgerichtheid v.d. activiteiten	.44	.11	-.31
tevredenheid met de tijd besteed aan activiteiten	-.37	.43	.01
totaal meer gewenste tijd	.18	-.25	-.08
invloedsverschil tussen BGD en directie			
in oplossen BGZ-problematiek	-.08	.42	.07
juiste categorieën werknemers bereikt	.02	.49	-.18
voldoende aandacht besteed aan activiteiten	-.26	.49	-.22
nieuwe knelpunten ontdekt	.17	-.04	.42
gemiddeld % doelgroepen bereikt	-.05	.32	.65
overleg met de lijn	.22	-.18	.38
overleg met de werknemers (OR/VGW-commissie)	.40	.56	.08
overleg met specialisten	.33	.08	.30
advisering aan de lijn	.53	-.23	.18
advisering aan OR/VGW-commissie	.36	.33	.34
advisering aan PZ	.20	.12	-.39
effecten van adviezen aan bedrijf	.48	.06	.03
effecten van adviezen aan individuen	-.46	-.01	-.06
oordeel over globale doeltreffendheid	-.20	.67	-.04
betrokkenheid van de cliëntorganisatie	.08	.63	-.27
voorwaarden voor sturing	.30	.47	.02
aanwezigheid van sturing	.37	.51	.05
sturing richting verzuimbeheersing	.72	-.20	.17
sturing richting beheersing werkomstandigheden	.73	-.16	.13

* Cumulatieve variantie 35.6%

Ruim een derde van de variantie wordt verklaard door drie factoren. Het grootste deel van de aanwezige informatie blijft dus buiten beschouwing, een prijs die blijkbaar betaald moet worden voor de nagestreefde vereenvoudiging in de gegevens. Met deze beperking kan de betekenis van de drie factoren de volgende zijn.

- Factor 1 betreft veel werkgerichte activiteiten, advisering aan de lijn en OR en VGW-commissie en sturing, zowel in de richting van verzuimbeheersing als van beheersing van de werkomstandigheden. Voor de interpretatie van deze factor is van betekenis dat het oordeel over de adviezen aan het bedrijf relatief gunstig is, maar over adviezen aan individuele werknemers daarentegen ongunstig.
- Factor 2 wordt gekenmerkt door overleg met de werknemers, het oordeel dat de BGZ globaal doeltreffend is, betrokkenheid van de cliëntorganisatie en de aanwezigheid van sturing (waarbij de richting van de sturing onbepaald is). Voor de betekenis van factor 2 is verder nog van belang dat de oordelen 'tevredenheid met de tijd, besteed aan de activiteiten', 'de juiste categorieën werknemers bereikt' en 'voldoende aandacht besteed aan de activiteiten' ook nog tamelijk sterk meespelen.
- Factor 3 is gekenmerkt door een laag percentage van de tijd besteed aan werkgerichte activiteiten, tegelijk met een hoog percentage bereikte werknemers in de doelgroepen. Zoals eerder vermeld, heeft het laatste percentage vooral betrekking op de verzuimbegeleiding en het spreekuur.

We zouden deze drie factoren in de proces- en outputvariabelen als volgt kunnen benoemen:

- factor 1 bedrijfs- en werkgerichtheid;
- factor 2 wederzijdse afstemming BGD-cliëntorganisatie;
- factor 3 individugerichtheid.

Deze drie vormen de belangrijkste onderling onafhankelijke dimensies in de proces- en outputvariabelen, ze kunnen gebruikt worden om de zorgsituatie mee te beschrijven, met het voorbehoud dat er nog andere, zij het minder belangrijke kenmerken zijn.

De conclusie is dat deze drie onafhankelijke factoren de werkwijze van het BGZ-team kunnen karakteriseren. Inhoudelijk betekent dit dat ze los staan van elkaar, met andere woorden: allerlei combinaties komen voor. Dit biedt een belangrijk aanknopingspunt voor de discussie in hoofdstuk 8. Het is verder van belang na te gaan in hoeverre de drie factoren samenhangen met de BGD- en cliëntkenmerken. Dit gebeurt in paragraaf 6.5.2.

6.5.2 Samenhangen tussen de BGD- en cliëntkenmerken en de proces- en outputvariabelen

Om de samenhangen binnen het geheel van de BGD- en cliëntkenmerken en de proces- en outputvariabelen te laten zien is aanvankelijk ook (net als in het voorafgaande) een principale componenten-analyse uitgevoerd. Dit leidde tot problemen, want hierbij moest (om het aantal variabelen ten opzichte van het aantal BGD-en te verkleinen, zie ook bijlage m) het aantal variabelen sterk verminderd worden; er werden daarom acht proces- en outputvariabelen achterwege gelaten. Dit laatste leidde tot een weinig bevredigende oplossing en om deze reden zijn de bewerkingen op een andere leest geschoeid. In de eerste plaats zijn uit de proces- en outputvariabelen op grond van de uitkomsten van paragraaf 6.5.1 drie variabelen geconstrueerd die de informatie samenvatten; de drie nieuw aangemaakte variabelen zijn Bedrijfs- en werkgerichtheid, Afstemming op de cliëntorganisatie en Individu gerichtheid (zie voor de details bijlage l). In de tweede plaats is gebruik gemaakt van eenvoudige correlaties tussen BGD- en cliëntkenmerken enerzijds en deze nieuwe variabelen anderzijds in verband met de interacties tussen de dummy-variabelen (zie inleiding 6.5). Door het samenvatten van de proces- en outputvariabelen in de drie nieuwe variabelen hoeft er niet veel informatie te worden verwaarloosd en bij de correlaties geldt de eis van 'veel meer BGD-en dan variabelen vereist' (zie bijlage m) niet zo sterk, zodat de bovengenoemde problemen werden opgelost.

Deze bewerkingen leiden tot het volgende resultaat (tabel 6.3).

Tabel 6.3 Correlaties tussen BGD- en cliëntkenmerken en drie samenvattende proces- en outputvariabelen

BGD- en cliëntkenmerken	samenvattende proces- en outputvariabelen		
	bedrijfs- en werk- gerichtheid	wederzijdse afstemming BGD-clientor- ganisatie	individu- gerichtheid
financieel-econ. positie cliëntorganisatie	.19	-.24	.14
gezamenlijke BGD	-.23	.07	-.51
overheids-BGD	.03	-.18	.34
enkelvoudige BGD	.20	.10	.19
bedrijfsarts (BA) zonder hulppersoneel	-.02	-.25	.12
BA en bedrijfsverpleegkundige (BVK)	.13	.06	.02
BA en arbeidshygiënist*	-.13	.18	-.14
VG** buiten BGD	-.20	-.01	-.44
VG binnen BGD, niet door eigen BA	.14	.34	.17
VG binnen BGD, door eigen BA	.07	-.28	.28
type cliëntorganisatie (CO)***	-.19	-.17	-.03
kleine CO (35 - 99 werknemers)	-.47	.06	-.20
middelgrote CO (10 - 499 werknemers)	.03	.18	-.17
grote CO (500+ werknemers)	.36	-.22	.33

* al dan niet met BVK

** verzekeringsgeneeskundige

*** cliëntorganisatie

De belangrijkste samenhangen in de tabel hierboven kunnen als volgt worden weergegeven.

- De bedrijfs- en werkgerichtheid van de BGD hangt zwak samen met een goede financieel-economische positie van de cliëntorganisatie. De bedrijfs- en werkgerichtheid is bij de enkelvoudige diensten groter dan bij de gezamenlijke, terwijl de overheids-BGD-en wat dit betreft neutraal zijn. De bedrijfs- en werkgerichtheid heeft weinig met de personele bezetting van de BGD te maken, maar wel enigszins met de plaats waar de verzekeringsgeneeskunde (VG) wordt uitgevoerd; zij is het laagst in situaties waarin de VG buiten de BGD wordt uitgevoerd. De bedrijfs- en werkgerichtheid blijkt met het type cliëntorganisatie samen te hangen: deze is in de industrie groter dan in de dienstverlening.
- De wederzijdse afstemming tussen de BGD en de cliëntorganisatie neemt toe met stijgende financieel-economische positie van die organisatie en is relatief laag in de overheids-BGD-en; zij is verder relatief laag bij bedrijfsartsen die

alleen werken en relatief hoog in situaties waarbij een arbeidshygiënist aanwezig is. De VG-taak binnen de BGD, maar niet door de eigen bedrijfsarts gaat samen met een betere afstemming tussen de BGD en de cliëntorganisatie dan de VG-taak binnen de BGD, maar wel door de eigen bedrijfsarts (VG-werkzaamheden buiten de BGD is in deze neutraal). Wat betreft de invloed van de cliëntorganisatie zelf: bij industriële organisaties is de gerichtheid op communicatie hoger dan bij dienstverlenende organisaties en deze gerichtheid is geringer bij de grotere organisaties.

- De individugerichtheid is relatief laag bij de gezamenlijke BGD-en, relatief hoog bij de overheids-BGD-en. De equipering van de BGD heeft hier weinig mee te maken, dat is wel zo wat betreft de VG-taak. De individugerichtheid is het geringste in situaties waar de VG-taak buiten de BGD wordt uitgevoerd, en relatief het hoogst waar de bedrijfsarts zelf de VG-taak uitvoert (hetgeen het meest bij de overheid het geval is). Het type cliënt (dienstverlening of industrie) staat los van de graad van individugerichtheid van de BGD. Wel heeft de grootte van de organisatie daarmee te maken, want de individugerichtheid is sterker bij de grote cliëntorganisaties.

6.6 Kwaliteitscriteria: conclusies en discussie

Er zijn acht criteria voor de kwaliteit van de BGZ onderscheiden en hiermee is een aantal statistische bewerkingen uitgevoerd om de relaties in het gegevensmateriaal na te gaan.

Allereerst is de vraag daarbij, wat de relatie van de kwaliteitsoordelen met de kenmerken van de BGD en de cliëntorganisatie is. Uit de betreffende paragrafen wordt de conclusie getrokken, dat de kwaliteitsindicatoren elk met andere variabelen samenhangen. Daardoor komt er geen duidelijke lijn in deze samenhangen. Nu is ook niet te verwachten dat de onderling zo uiteenlopende kwaliteitsindicatoren samen zullen hangen met telkens dezelfde variabelen. Daarom werd de volgende interpretatie geleverd. De verleende zorg is veelal situatiegebonden en afgestemd op de cliëntorganisatie. Dit kan betekenen dat het BGZ-team behalve met de eigen criteria voor de zorg tegelijk rekening moet houden met de criteria van de cliëntorganisatie. De belangrijkste doorkruisende factoren

zijn daarom vermoedelijk het oordeel over en de acceptatie van de geleverde zorg door de partijen in de cliëntorganisatie. Dit moet dan ook een belangrijk thema voor de analyses in het tweede deelonderzoek zijn.

In een volgende stap werd gezocht naar dimensies die aan de BGD- en cliëntkenmerken ten grondslag liggen. De BGD- en cliëntkenmerken bleken niet goed in enkele dimensies samen te vatten te zijn en worden dan ook alle zes gebruikt.

In de proces- en outputvariabelen werden wel duidelijke en interpreteerbare factoren gevonden. Deze laten zich als volgt benoemen:

- factor 1 bedrijfs- en werkgerichtheid;
- factor 2 wederzijdse afstemming BGD-cliëntorganisatie;
- factor 3 individugerichtheid.

Dit zijn de belangrijkste onderling onafhankelijke dimensies in de proces- en outputvariabelen; ze kunnen gebruikt worden om de zorgsituatie mee te beschrijven, zij het dat er nog andere, minder belangrijke kenmerken zijn. Aan de hand van deze drie factoren kunnen de diensten worden gedifferentieerd. Dit zegt nog niets over de waarde in termen van betere of slechtere BGZ. Immers: de BGD moet tegelijk rekening houden met de eigen criteria en die van de cliëntorganisatie. Gegeven de zorgsituatie, kan misschien binnen zekere grenzen een tekort in één dimensie goedge maakt wordt door een surplus op een andere dimensie. Of dit in de praktijk inderdaad zo werkt is nagegaan aan de hand van de relaties tussen deze drie factoren en de context- en structuurvariabelen.

De belangrijkste samenhangen hierbij bleken de volgende te zijn:

- De bedrijfs- en werkgerichtheid van de BGD houdt slechts weinig verband met de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie. De bedrijfs- en werkgerichtheid is bij de enkelvoudige diensten groter dan bij de gezamenlijke, (de overheids-BGD-en zijn hierin neutraal). De bedrijfs- en werkgerichtheid heeft minder met de personele bezetting van de BGD te maken dan met de plaats waar de verzekeringsgeneeskunde (VG) wordt uitgevoerd; zij is het laagst in situaties waarin de VG buiten de BGD wordt

uitgevoerd. De bedrijfs- en werkgerichtheid blijkt met het type cliëntorganisatie samen te hangen: deze is in de industrie groter dan in de dienstverlening.

- De afstemming met de cliëntorganisatie neemt toe met stijgende financieel-economische positie van die organisatie en is relatief laag in de overheids-BGD-en; zij is relatief laag bij bedrijfsartsen die zonder hulppersoneel werken en relatief hoog in situaties waarbij een arbeidshygiënist aanwezig is. De VG-taak binnen de BGD, maar niet door de eigen bedrijfsarts gaat samen met een betere afstemming op communicatie dan de VG-taak binnen de BGD, maar wel door de eigen bedrijfsarts (VG-werkzaamheden buiten de BGD is in deze neutraal). Bij industriële organisaties is de afstemming beter dan bij dienstverlenende organisaties en geringer bij de grotere organisaties.
- De individugerichtheid is relatief laag bij de gezamenlijke BGD-en, relatief hoog bij de overheids-BGD-en. De personele samenstelling van de BGD heeft hier weinig mee te maken. De individugerichtheid is het laagst waar de VG-taak buiten de BGD ligt, en het hoogst waar de bedrijfsarts zelf de VG-taak uitvoert (het meest bij de overheid). Het type cliënt (dienstverlening of industrie) staat los van de individugerichtheid van de BGD. Wel is de individugerichtheid sterker bij de grote cliëntorganisaties.

Er blijkt dus dat, zoals vermoed, de drie factoren in de proces- en outputvariabelen in verschillende verhoudingen aanwezig zijn in zorgsituaties met uiteenlopende BGD- en cliëntkenmerken. Dit geeft steun aan het compensatorisch model en we kunnen daar de conclusie aan verbinden, dat het niet alleen riskant is, BGD-en ongeacht hun situering op één factor te beoordelen op hun effectiviteit, maar dat ook bij beoordeling volgens drie factoren rekening moet gehouden worden met de BGD- en cliëntkenmerken. Met nadruk moet erop gewezen worden dat de hier gevonden verbanden tussen de BGD- en cliëntkenmerken en de factoren zwak zijn. Er mag dan ook absoluut geen etikettering aan ontleend worden voor typering van de kwaliteit van de zorg met een bepaald BGD- of cliëntkenmerk.

7. **KNELPUNTEN, PLUSPUNTEN EN SUGGESTIES TER VERBETERING VAN DE BGZ**

7.1 **Knelpunten en pluspunten bij het verlenen van BGZ**

Tegen het eind van het vraaggesprek werden twee open vragen gesteld over de meest gunstige en de meest ongunstige factoren voor de effectiviteit van de verleende BGZ. De antwoorden op deze vragen zijn vermeld in bijlage f. Hieronder worden de meest voorkomende antwoorden besproken. Globaal samengevat hebben de volgende percentages respondenten antwoord op deze open vragen gegeven:

- knelpunten in de werkwijze in brede zin	55%
- knelpunten in de vaardigheden binnen de BGD	40%
- pluspunten in de werkwijze in brede zin	80%
- pluspunten in de vaardigheden binnen de BGD	60%

De positieve kant van de verleende BGZ wordt vaker belicht dan de negatieve. Hoewel pluspunten ongeveer anderhalf maal zoveel genoemd worden als knelpunten, is de bereidheid tot het naar buiten brengen van kritiek toch aanzienlijk. In hoeverre dit zelfkritiek is, blijkt bij de meer gedetailleerde gegevens verderop.

Knelpunten in de werkwijze in brede zin en in de vaardigheden

Hierboven werd onderscheid gemaakt naar werkwijzen en vaardigheden binnen de BGD. Verderop worden de knelpunten niet gescheiden behandeld, omdat deze gezichtspunten door elkaar blijken te lopen. De onderwerpen zijn gegroepeerd naar de aard van de zorg, de personeelscapaciteit en de beschikbare middelen, en naar proces-aspecten van de zorg en aspecten van de cliëntorganisatie. De volgende aantallen knelpunten werden in de verschillende categorieën aangetroffen.

aard van de zorg:

- meer preventiegericht werken i.p.v. gericht op de algemene gezondheid 3 X

personeelscapaciteit:

- algemene onderbezetting 7 X
- tekort aan BVK capaciteit 2 X
- BVK ontbreekt 5 X
- tekort aan arbeidshygiënische deskundigheid 9 X
- tekort aan administratieve capaciteit 2 X
- tekort aan psychosociale deskundigheid 2 X

middelen:

- ontoereikende onderzoeksapparatuur 2 X
- tekort in automatisering 4 X

procesaspecten:

- tekort aan deskundigheid in het omgaan met organisaties 2 X

cliëntorganisatie:

- te ambtelijke cultuur 2 X

In het algemeen betreffen de knelpunten vooral de structurele- of de voorzieningenkant van de zorg en daarbinnen voornamelijk de personeelscapaciteit. Het vaakst wordt daarbij een tekort aan arbeidshygiënische inbreng genoemd. Verder valt op dat procesaspecten van de zorgverlening, zoals overleg, advisering en relaties met de betrokken partijen weinig genoemd worden.

Pluspunten in de werkwijze in brede zin en in de vaardigheden

De genoemde pluspunten zijn zoveel mogelijk op dezelfde wijze gegroepeerd als hierboven. Dit leidt tot het volgende overzicht van de aantallen antwoorden.

aard van de zorg:

- gerichtheid op het individu 3 X

personeelscapaciteit:

- veel opleiding/ervaring personeel 9 X
- aanwezigheid arbeidshygiënische deskundigheid 5 X
- aanwezigheid meerdere disciplines 11 X
- goede samenwerking disciplines 6 X
- veel kennis over het bedrijf aanwezig 4 X

middelen:

- goede onderzoeksapparatuur 3 X
- goed geautomatiseerd 2 X

activiteiten:

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| - PBGO werkt positief | 3 X |
| - combinatie VG- en BA-taak gunstig | 5 X |

procesaspecten:

- | | |
|---------------------------------|-----|
| - direct contact met werknemers | 7 X |
| - goede acceptatie door leiding | 4 X |

cliëntorganisatie:

- | | |
|----------------------------------|-----|
| - goed preventief beleid | 2 X |
| - overzichtelijkheid van bedrijf | 3 X |

Eerder bij de knelpunten scoorden de antwoorden binnen het onderwerp 'personeelscapaciteit' het hoogst. Nu, bij de pluspunten is dat weer het geval. De aanwezigheid in de BGD van verschillende disciplines en het samenwerken daarmee blijkt vaak een pluspunt; in het bijzonder de aanwezigheid van een arbeidshygiënist wordt in dit verband vaak apart genoemd. Ook een goed opleidingsniveau en ervaren personeel in de dienst scoren hoog. Met betrekking tot de aard van de zorg wordt een aanpak op individueel niveau driemaal als pluspunt genoemd, de combinatietask (VG en BA) vijfmaal. Aspecten van het BGZ-proces worden vaker als pluspunt dan als knelpunt genoemd, met name veel contacten en acceptatie door de leiding van het bedrijf. Een als gunstig ervaren bedrijfsbeleid wordt slechts enkele malen genoemd.

Conclusies over de knelpunten en pluspunten

Uit alle negatieve en positieve punten bij elkaar zijn de volgende conclusies te trekken. De personeelscapaciteit is het meest genoemde onderwerp, zowel in gunstige als in ongunstige zin. In het bijzonder de arbeidshygiënische deskundigheid/capaciteit valt op, maar in het algemeen wordt de aanwezigheid van meer disciplines in de BGD zeer belangrijk gevonden en de samenwerking hiertussen eveneens. In ongunstige zin is sprake van gebrek aan BVK-capaciteit, waarbij uiteraard een aantal solistisch werkende BA-en de inbreng van een BVK ontberen. Ook wordt wel een tekort aan psychosociale expertise genoemd. Wat betreft de aard of stijl van de zorg is als sterk punt genoemd het individueel gericht werken, en als zwak punt een weinig preventieve benadering.

Betreffende de outillage van de BGD worden onderzoeksapparatuur en automatisering zowel bij de belangrijke tekorten als bij de pluspunten genoemd. Procesaspecten worden weinig als belangrijk knelpunt genoemd; slechts enkele

keren gaat het om de kunst van het omgaan met organisaties. Pluspunten zijn: goed contact met werknemers en acceptatie door de leiding van de cliëntorganisatie. Ook kenmerken van de cliëntorganisatie zijn relatief weinig genoemd; een enkele keer als pluspunt een goed preventief beleid en als knelpunt een te ambtelijke cultuur.

7.2 Suggesties ter verbetering van de activiteiten

Bijlage f geeft de verzamelde suggesties per activiteit. Hieronder worden de belangrijkste conclusies uit de verzameling suggesties getrokken.

Aanstellingskeuringen en -onderzoek

Voor verbetering van de aanstellingskeuring werden door zestig procent van de respondenten suggesties geleverd. Afgezien van opmerkingen die slechts één keer voorkomen, zijn de uitkomsten:

- functie- of risicogericht keuren	11 X
- alleen anamnese is voor bepaalde groepen voldoende	5 X
- standaardisatie, protocol is nodig	4 X
- sommige biometrische bepalingen weglaten	3 X
- voor bepaalde groepen een psychologisch onderzoek toevoegen	3 X

De meest gemaakte opmerkingen gaan in op de ongerichtheid (naar functie en risico) en op het feit dat te veel categorieën personeel gekeurd moeten worden. Verder zou, afhankelijk van het doel van de aanstellingskeuring, een deel van de biometrie weggelaten kunnen worden. Sommigen vinden standaardisatie van de methode van de aanstellingskeuring door middel van protocollen noodzakelijk. Ook willen enkelen psychologisch onderzoek toevoegen of inbouwen in de procedure.

EHBO

De EHBO heeft de respondenten geen aanleiding gegeven tot algemene inhoudelijke of methodische suggesties. De opmerkingen hebben alleen betrekking op het handhaven van de voorzieningen bij de cliëntorganisatie; het belang van deze opmerkingen gaat niet boven het lokale niveau uit.

Begeleiding bij langdurig verzuim

Over de begeleiding bij langdurig verzuim zijn door ruim 50% van de respondenten opmerkingen gemaakt. Deze opmerkingen lopen echter sterk uiteen en er is weinig structuur in het totaalbeeld aanwezig. De volgende suggesties zijn twee of meer keer genoemd:

- beter inzicht in en toegang tot geregistreerde verzuimgegevens	3 X
- meer aandacht van werkgever voor Arbozaken en VG-taak	3 X
- betere afstemming met de bedrijfsvereniging en de VG	3 X
- VG-taak los van BA-taak vanwege nadelen van de combinatietaak	2 X
- bij combinatietaak rollen van VG en BA verhelderen voor cliënten	2 X
- bedrijf moet gestructureerde contacten met zieken onderhouden	2 X
- verbetering van contact met en binnen de behandelende sector	2 X

De meest voorkomende toelichting gaat over bezwaren tegen de gecombineerde VG en BA-taak die sommigen hebben. In totaal zijn vier keer naar aanleiding van deze combinatietaak opmerkingen gemaakt die duiden op problematisch functioneren en nadelen die de combinatietaak meebrengt.

Reïntegratie van blijvend gedeeltelijk arbeidsongeschikten

Over de reïntegratie van blijvend gedeeltelijk arbeidsongeschikten zijn door twintig procent van de respondenten opmerkingen gemaakt. De meest genoemde onderwerpen zijn geringe inzet en gering begrip voor reïntegratie in het bedrijf of de afdeling (5 keer). Enkele verbijzonderingen hierbij: iemand wijt dit aan de financieel-economische positie van het bedrijf en wil voor zulke gevallen een verplicht percentage te integreren werknemers zien ingesteld, een ander meent dat de oplossing is, steeds opnieuw aandacht van het bedrijf voor het probleem te vragen. Verder zijn twee keer genoemd: het inventariseren van functies waarin gehandicapten eventueel zouden kunnen werken en betere communicatie met de GMD. De strekking van de meeste toelichtingen is toch een tekort aan inzet voor reïntegratie van de cliëntorganisatie.

Begeleiding bij frequent kort verzuim

Ruim zestig procent van de respondenten heeft opmerkingen gemaakt over de begeleiding bij frequent kort verzuim (FKV). Vaker dan twee keer werd daarbij genoemd:

- | | |
|--|-----|
| - de rol van het bedrijf (management en kader) bij het FKV versterken en die van de BGD verzwakken | 7 X |
| - betere registratie | 4 X |
| - de rol van de BGD, in het bijzonder bij het FKV verduidelijken | 2 X |
| - overleg met PZ beter structureren | 2 X |

Bij het onderwerp 'begeleiding bij frequent kort verzuim' (FKV) worden geen bezwaren tegen de combinatiefunctie bedrijfsarts-VG genoemd. Wel vinden velen dat bij de begeleiding van het kortdurend verzuim de activiteiten meer naar het bedrijf zouden moeten verschuiven (het bedrijf stelt zich te passief op); anderen willen hun rol verduidelijken.

Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur

Bijna dertig procent van de zorgverleners heeft suggesties ten aanzien van het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur gegeven. Zeven maal werd de opmerking gehoord dat de werknemers te weinig gebruik maken van het spreekuur; vijfmaal werd een oplossing hiervoor gesuggereerd, maar deze oplossingen lopen onderling uiteen:

- de vrijheid tot spreekuurbezoek vergroten;
- meer bekendheid geven aan het spreekuur;
- verduidelijken wat de rol van de BA is;
- opvoeren van de spreekuurfrequentie;
- andere taken dan de VG-taak propageren, vooral taken m.b.t. arbeidsomstandigheden

Afgezien van de suggesties die slechts één keer voorkomen werd verder tweemaal een oplossing genoemd voor een te groot tijdsbeslag van het spreekuur.

Gericht Periodiek Onderzoek

Over het Gericht Periodiek Onderzoek (GPO) zijn door 25% van de gebruikers opmerkingen gemaakt. Het meest (4 keer) werd gesteld dat het GPO meer op de risico's in het werk gericht zou moeten worden. Daarnaast werd 2 keer gesteld dat het GPO gekoppeld zou moeten worden aan werkplekonderzoek.

Periodiek Bedrijfsgezondheidkundig Onderzoek

Door ruim veertig procent van de respondenten werden opmerkingen gemaakt over het functioneren van het Periodiek Bedrijfsgezondheidkundig Onderzoek (PBGO). De meeste van die opmerkingen hebben te maken met de procedure zoals men die zelf toepast, er worden aspecten genoemd zoals een lagere gewenste frequentie van het PBGO, werknemers groepsgewijs in plaats van gespreid in de tijd onderzoeken, en afdelingsgewijs in plaats van bedrijfsgewijs onderzoeken. Inhoudelijke opmerkingen over het PBGO zijn er weinig gemaakt. Twee opmerkingen hadden betrekking op de follow-up van het onderzoek; het bedrijf zou meer met de uitkomsten van het PBGO moeten doen, en de maatregelen zouden jaarlijks geëvalueerd moeten worden.

Algemeen Periodiek Onderzoek

Bijna vijftig procent van de gebruikers heeft suggesties over het algemeen periodiek onderzoek (APO). Deze hebben vrijwel zonder uitzondering te maken met de ontwikkeling van het APO in de richting van een PBGO. Dit geeft de indruk dat het zuivere APO in vele BGD-en niet meer zinvol wordt gevonden en dat het aangevuld moet worden met, dan wel vervangen moet worden door arbeidsgericht en preventief periodiek onderzoek.

Arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek

Over het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek werden door ruim veertig procent van de betrokkenen opmerkingen gemaakt. Er zijn acht opmerkingen gemaakt die te maken hebben met de capaciteit die voor dit type onderzoek beschikbaar is, namelijk viermaal dat de tijd ervoor ontbreekt en viermaal dat de benodigde deskundigheid niet in de BGD aanwezig is. Daarnaast zijn er vier toelichtingen over de noodzaak tot systematiseren van de werkwijze bij het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek. Gesuggereerd werd, eerst een inventariserend werkplekonderzoek te doen in het bedrijf, teneinde concentraties van

risico's vast te stellen, daaruit een beleidskeuze te doen, en vervolgens de problemen projectmatig (in plaats van ad hoc) aan te pakken. Tenslotte werd viermaal een opmerking gemaakt over de wenselijkheid, het bedrijf meer in de arbeids-hygiënische en ergonomische procedures te betrekken, bijvoorbeeld door een VGW-commissie in te stellen.

Werkplekbezoek

Ongeveer vijftientig procent van de respondenten is ingegaan op het werkplekbezoek. Zevenmaal werd de noodzaak om meer systematisch te werk te gaan bij het werkplekbezoek genoemd. Daarnaast werd viermaal de wens geuit om vaker werkplekbezoek te doen.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Over de Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) zijn door veertig procent van de betrokkenen toelichtingen gegeven. Hierin zijn twee groepen opmerkingen te onderkennen: de meeste opmerkingen (namelijk negen) gaan in de richting van meer systematisch werken met betere middelen, meer gericht op doelgroepen, problemen en risico's. In een kleiner aantal toelichtingen (vier) werd gewezen op de noodzaak van capaciteitsuitbreiding van de BGD om meer tijd vrij te maken voor GVO.

Conclusies

Als men de aantallen toelichtingen per bedrijfsgezondheidskundige activiteit telt, blijken de percentages respondenten dat opmerkingen en suggesties heeft over de activiteiten die zij zelf uitvoeren uiteen te lopen (zie tabel 7.1).

Tabel 7.1 Percentages respondentent met opmerkingen en suggesties over de activiteiten die zij uitvoeren

activiteit	percentage respondentent met opmerkingen/suggesties
aanstellingskeuring	60%
begeleiding langdurig verzuim	50%
reïntegratie	20%
begeleiding frequent kort verzuim	60%
spreekuur	30%
GPO	25%
PBGO	40%
APO	50%
arb.hygiëne/erg. onderzoek	40%
werkplekbezoek	25%
GVO	40%

Het laagste percentage toelichtingen (namelijk 20%) betreft de reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikten, het hoogste (60%) de aanstellingskeuring, we kunnen uit tabel 7.1 minstens concluderen dat de aantallen opmerkingen en toelichtingen per BGZ-activiteit sterk uiteenlopen. Dat kan op zichzelf verschillende betekenissen hebben: misschien spreekt de ene activiteit meer tot de verbeelding dan de andere, misschien is de ene activiteit problematischer dan de andere. Een voorbeeld; het relatief geringe aantal opmerkingen over reïntegratie betekent vermoedelijk niet dat dit de minst problematische activiteit is, maar dat het onderscheid tussen reïntegratie en begeleiding van lang verzuim niet scherp gemaakt wordt. De opmerkingen die de reïntegratie betreffen, zijn al bij de begeleiding van lang verzuim gemaakt.

Behalve bij reïntegratie zijn ook de aantallen opmerkingen ten aanzien van GPO, werkplekbezoek en spreekuur laag. Waarschijnlijk betekent dit dat het alle drie onomstreden onderdelen van het BGZ-pakket zijn, die weinig bezwaren van de kant van de professionals ontmoeten en waar weinig over op te merken of te suggereren is.

Een middengroep van activiteiten met een middelmatig aantal opmerkingen (40 - 50%) wordt gevormd door PBGO, arbeidshygiëne en ergonomie, GVO, begeleiding van lang verzuim en APO. Eerder werd al de inhoud van de opmerkingen weergegeven; enkele belangrijke punten bleken te zijn: de gewenste verschuiving van APO naar PBGO, te weinig capaciteit voor arbeidshygiëne en ergonomie, te weinig tijd voor GVO en rolproblemen van de bedrijfsarts bij het begeleiden

van langdurig verzuim. Deze groep activiteiten kent misschien zijn problemen, maar is toch aanvaard als deel van het takenpakket; voor een deel van de problemen worden bovendien door de BGD-en zelf oplossingen aangedragen.

De activiteiten met de meeste opmerkingen zijn het tweetal Begeleiding van kort verzuim en Aanstellingskeuring. De inhoud van de opmerkingen (zie eerder in deze paragraaf) wijzen op grote problemen, daarom de volgende toelichting. Bij de begeleiding van kortdurend verzuim bleek het voor sommigen de vraag te zijn, of dit eigenlijk wel een bedrijfsgezondheidskundige activiteit is. Anders geformuleerd: in de BGZ komt de opvatting voor dat kort verzuim geen gezondheidsprobleem is en dat het daarom niet in het takenpakket van de BGD thuishoort; het is meer een organisatie- en motivatieprobleem en het zou door het bedrijf zelf moeten worden behandeld. Nog korter: begeleiding van kort verzuim zou een oneigenlijke taak van de BGD zijn.

De aanstellingskeuring krijgt ook veel opmerkingen, die wijzen op twijfel aan de zin van de gangbare keuringsprocedure. De strekking van de opmerkingen is (zie eerder) dat men selectiever en meer gestandaardiseerd te werk wil gaan, d.w.z. meer gericht op bepaalde functies en risico's en meer via protocollen. Als we ervan mogen uitgaan dat de aanstellingskeuring een belangrijk deel van het takenpakket is, kan uit het grote aantal opmerkingen worden opgemaakt, dat er veel onvrede met deze keuring leeft en dat er behoefte is aan herziening van de bestaande keuringspraktijk. De vraag naar standaardisatie daarbij betekent dat die herziening centraal geïnitieerd en gecoördineerd dient te worden.

Nogmaals kort samengevat zijn de voornaamste suggesties m.b.t. de verschillende activiteiten van de volgende aard.

aanstellingskeuring:	inhoudelijk ter discussie;
begeleiding lang en frequent kort verzuim:	rolonduidelijkheid oplossen;
reïntegratie gedeelt. arbeidsongeschikten:	meer inzet cliëntorganisatie;
bedrijfsgezondheidskundig spreekuur:	opkomst verhogen;
gericht periodiek onderzoek (GPO):	meer gerichte methodiek;
algemeen periodiek onderzoek (APO):	ombouwen tot PBGO;
periodiek bedrijfsgezondheidskundig	

onderzoek (PBGO):	geen principiële problemen;
werkplekonderzoek:	tijd en deskundigheid uitbreiden;
werkplekbezoek:	meer tijd inzetten, systematischer werken;
gezondh. voorl. en -opvoeding (GVO):	capaciteit uitbreiden.

7.3 Samenvatting van de resultaten

Er wordt bij de vragen naar knel- en pluspunten meer op positieve dan op negatieve punten ingegaan; daarbij gaat het vaker over de werkwijzen dan over de op de BGD aanwezige vaardigheden. De twee extremen zijn knelpunten in de vaardigheden (40%) en pluspunten in de werkwijzen op de BGD (80%). De meestgenoemde knelpunten betreffen structurele zaken, in het bijzonder personeelsgebrek. Daarbij is relatief het vaakst behoefte aan bedrijfsverpleegkundigen en arbeidshygiënist. Ook bij de pluspunten is de personele bezetting nummer één; daarbij is vooral sprake van de multidisciplinaire benadering van de BGZ naast samenwerking, deskundigheid en ervaring van het aanwezige personeel. Procesaspecten en kenmerken van de cliëntorganisatie worden bij de knelpunten en pluspunten weinig genoemd.

De belangrijkste suggesties voor het verbeteren van de BGZ-activiteiten zijn de volgende. De aanstellingskeuring moet inhoudelijk ter discussie worden gesteld (de vraag is of alle werknemers wel gekeurd moeten worden en verder of er niet meer gerichte methoden en protocollen moeten komen); bij de begeleiding lang en frequent kort verzuim treedt rolonduidelijkheid op die opgelost moet worden; bij de reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten dient de cliëntorganisatie zich meer in te zetten; van het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur kan de opkomst verhoogd worden; voor het gericht periodiek onderzoek (GPO) wordt een specifiekere methodiek gewenst; het algemeen periodiek onderzoek (APO) zou omgevormd kunnen worden tot een periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek (PBGO), en met dit laatste zijn er geen principiële problemen. Voor het werkplekonderzoek zou meer tijd en deskundigheid ter beschikking moeten komen; ook het werkplekbezoek vereist meer tijd en men wil vaak systematischer te werk gaan. De capaciteit van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

(GVO) tot slot zou uitgebreid mogen worden. Misschien is het geheel van de suggesties te verwoorden als: rolduidelijkheid - werkplekgerichtheid - preventie.

8. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

8.1 De opzet van het onderzoek

8.1.1 Doel van het onderzoek, vraagstelling

Dit rapport betreft het eerste deel van een onderzoek naar de kwaliteit en de effectiviteit van de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ). Dat eerste deel behandelt de visie van de betrokken beroepsbeoefenaren in bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD-en) op de zorg die zij zelf leveren. In het tweede deel van het onderzoek zullen de oordelen van de ontvangers van de zorg, namelijk werknemers en werkgevers, aan de orde komen. Het onderzoek als geheel vindt plaats in opdracht van het Directoraat-Generaal van de Arbeid; doel van het onderzoek is informatie te leveren voor de lopende maatschappelijke discussie over de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidskundige zorg.

Voor de kwaliteit en de effectiviteit van de BGZ bestaan geen heldere normen; evenmin is er consensus tussen de betrokken partijen over de maatstaven die voor BGZ aangelegd moeten worden. Daarom is gekeken naar de toepassing van de begrippen kwaliteit en effectiviteit in de industrie, de dienstverlening, de zorgverlening in ziekenhuizen en het overheidsbeleid. Naar analogie hiervan zijn vier onderzoeksvragen uitgewerkt:

1. Welke activiteiten worden in de BGZ door beroepsbeoefenaren verricht?
2. Hoe oordelen de beroepsbeoefenaren zelf over hun activiteiten?
3. Welke positieve en negatieve punten ervaren zij in hun werk?
4. Welke suggesties hebben zij zelf ter verbetering van de zorg?

De onderzoeksvragen worden in deze samenvatting behandeld in paragraaf 8.2.1 tot en met 8.2.5.

Om een veelheid van redenen moet de eenheid van onderzoek voor beide deelonderzoeken de concrete zorgsituatie zijn, bestaande uit één cliëntorganisatie met in het eerste deelonderzoek als respondenten de beroepsbeoefenaren die daar

de BGZ verlenen, en in het tweede deelonderzoek de betreffende werkgever, werknemers en hun vertegenwoordigers.

De gegevens zijn verkregen door beroepsbeoefenaren te interviewen met behulp van een uitgebreide vragenlijst. Een deel van de gegevens betrof feitelijke gegevens over de verrichtingen en de tijdsbesteding. Deze gegevens zijn verzameld door voorafgaande aan het interview een schriftelijke vragenlijst te sturen. Dit had tot doel, de interviewduur te beperken en de respondenten de gelegenheid te geven één en ander voor te bereiden.

8.1.2 De onderzochte activiteiten

Aan de beroepsbeoefenaren zijn vragen gesteld over zeven thema's betreffende de BGZ die zij aan een bepaalde, dus concrete cliëntorganisatie verlenen.

De thema's zijn:

- het al of niet uitvoeren van elf min of meer standaard-BGZ-activiteiten in verband met de eerste onderzoeksvraag: aanstellingskeuringen of -onderzoek, EHBO, spreekuur, verzuimbegeleiding (lang en kort verzuim), Gericht Periodiek Onderzoek (GPO), Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek (PBG O), Algemeen Periodiek onderzoek (APO), werkplekonderzoek, werkplekbezoek en gezondheidsvoorlichting en -onderricht (GVO);
- het rapporteren en adviseren aan de cliëntorganisatie;
de vragen gaan over de wijze waarop en aan wie men adviseert en rapporteert;
- de betrokkenheid van de cliëntorganisatie bij het BGZ-beleid;
de vragen gaan over de mate waarin de partijen in de cliëntorganisatie op dit gebied actief zijn;
- de effecten van advisering;
het betreft hier vragen als, in hoeverre adviezen van de BGD zijn opgevolgd en in hoeverre de maatregelen tegemoet komen aan zijn doeleinden;
- het bijsturen van het beleid in twee vormen:
 - * interne sturing; dit houdt in dat de BGZ-activiteiten door de BGZ-verleners zelf worden bijgestuurd, omdat zijzelf conclusies trekken naar aanleiding van de ervaringen met het beleid;

- * externe sturing; de andere partijen in de cliëntorganisatie beïnvloeden de BGD bv. om zijn tijd anders te gebruiken;
- overleg dat bij bijna alle activiteiten van de zorgverleners voor komt; de vragen gaan over de mate waarin en de partners met wie men overlegt.

Behalve over deze onderwerpen is ook gevraagd naar:

- de doeleinden die men met de uitgevoerde activiteiten nastreeft;
- de knelpunten en pluspunten die men in de eigen werkwijzen ervaart;
- de suggesties die men heeft om dergelijke knelpunten op te lossen.

8.1.3 De oordelen van de beroepsbeoefenaren

De vorige paragraaf betrof de eerste onderzoeksvraag, namelijk welke activiteiten worden uitgevoerd in de BGZ. De tweede onderzoeksvraag gaat over de oordelen van de beroepsbeoefenaren over hun eigen activiteiten. Daarom zijn hun over elk van hun activiteiten het volgende type evaluatievragen voorgelegd:

- Welk percentage van de in aanmerking komende individuen wordt bereikt (onderzocht, begeleid en dergelijke)?
- Worden de juiste categorieën personeel bereikt gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf?
- Zijn er nieuwe knelpunten in werk en gezondheid via deze activiteit ontdekt?
- Kan er voldoende tijd besteed worden aan de activiteiten?
- Moet er meer/evenveel/minder tijd aan de activiteiten besteed worden?

8.1.4 De benadering van de beroepsbeoefenaren

Bij de benadering van de beroepsbeoefenaren in de BGD-en is allereerst een voorlichtings- en overlegronde met een aantal organisaties binnen de BGZ gehouden. Dit waren het Landelijk Overleg van Directeuren van Gezamenlijke Diensten (binnen de Federatie van Gezamenlijke BGD-en), de Vereniging van Enkelvoudige Diensten in oprichting, de hoofden van diensten van banken, verzekeringsmaatschappijen en administratiekantoren (uit de 'Club 25') en de

Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten. Deze voorbereiding had tot resultaat dat de genoemde organisaties hun aangesloten diensten opriepen, aan het onderzoek deel te nemen. Verder bleken velen op voorhand positief te staan tegenover de mogelijkheid het complementaire onderzoek (fase 2 in het gehele project) onder de verzorgde bedrijven of instellingen te houden.

Bij de BGD-en die wilden meewerken kozen de onderzoekers op basis van een lijst van de cliëntorganisaties volgens toeval en met inachtneming van de steekproefcriteria, het bedrijf of de instelling waarop het onderzoek betrekking zou hebben; vervolgens werden er afspraken gemaakt voor de interviews met de leden van het betreffende BGZ-team.

8.1.5 Deelname door de BGD-en en de beroepsbeoefenaren

De benadering van de BGD-en voor de interviews met de beroepsbeoefenaren nam veel tijd in beslag, in het meest trage geval twintig weken, in het snelste geval drie weken.

De bereidheid om mee te werken was over het algemeen groot. Om tot de gewenste samenstelling van de steekproef van tweeënveertig diensten te kunnen komen, hoefden slechts zevenenveertig diensten te worden benaderd, afgezien van enkele Basisgezondheidsdiensten (BaGD-en) waarvan niet van te voren bekend was of er een afdeling BGZ aanwezig was. Uit deze 42 diensten zijn de 51 zorgsituaties gekozen die verderop worden gespecificeerd. Van de vijf weigeringen zijn er bij elk van de drie typen BGD één of twee voorgekomen. Enkele redenen om niet deel te nemen waren overbelasting en reorganisatie (beide eenmaal); driemaal werd geen reden gegeven.

De keuze van de bedrijven of instellingen waarover het interview zou moeten gaan, verliep over het geheel genomen zonder problemen. Alleen in sommige enkelvoudige diensten bestond de neiging, de keuze van de onderzoekers te sturen in de richting van een bedrijfsonderdeel dat bedrijfsgezondheidskundig interessanter zou zijn dan het oorspronkelijk gevraagde. In deze gevallen is uiteindelijk vastgehouden aan de steekproefcriteria. Belangrijker is, dat bij dit type

dienst de keus soms werd bemoeilijkt, doordat in de zorgverlening bepaalde bedrijfssonderdelen niet werden onderscheiden die op grond van de steekproefcriteria voor het onderzoek in aanmerking kwamen. Daarnaast bleken soms bij deze diensten kleine bedrijfsvestigingen niet te bestaan. Dit heeft er toe geleid dat in de categorie 'enkelvoudige diensten' de kleine zorgsituaties (35 à 99 werknemers) ondervertegenwoordigd zijn.

De vragenlijst is afgenomen aan de beroepsbeoefenaren in een steekproef van 51 zorgsituaties, dat wil zeggen de zorg die aan 51 bedrijven of instellingen wordt verleend, vanuit 42 BGD-en. De 51 zorgsituaties zijn over de steekproefcriteria verdeeld zoals aangegeven in tabel 8.1.

Tabel 8.1 De verdeling van de zorgsituaties over de 4 steekproefcriteria

type cliëntorganisatie:

- industrie	26 situaties
- dienstverlening	25 situaties

grootteklasse:

- 35-99 werknemers	11 situaties
- 100-499 werknemers	19 situaties
- 500 + werknemers	21 situaties

type BGD:

- gezamenlijk	18 situaties
- overheid	15 situaties
- enkelvoudig	18 situaties

VG-taak i.v.m. ziekteverzuim:

- ja	34 situaties (waarvan 15 bij de overheid)
- nee	17 situaties

8.1.6 Wijze van beschrijven van de resultaten

In deze samenvatting worden allen de belangrijkste resultaten beschreven; daarbij worden steeds zes kenmerken van de BGD-en en de cliëntorganisaties onderscheiden:

a) wat betreft de BGD en het BGZ-team:

- het type BGD: gezamenlijk - overheid - enkelvoudig;
- het type BGZ-team: bedrijfsarts (BA) alleen - BA en bedrijfsverpleegkundige (BVK) - BA en arbeidshygiënist (al of niet met BVK);
- de verzekeringsgeneeskundige taak (VG-taak): buiten BGD - binnen BGD door ander dan de BA zelf - door de BA zelf.

b) wat betreft de cliëntorganisatie:

- het type organisatie: industrie - dienstverlening;
- de grootteklasse: 35-99 werknemers - 100-499 - 500+;
- de financieel-economische positie: goed - matig - slecht.

Verder wordt steeds een indeling in zeven thema's gevolgd (zie paragraaf 8.1.2):

1. de bedrijfsgezondheidskundige activiteiten;
2. de interne sturing van de BGD;
3. het externe overleg van de BGD;
4. de advisering door de BGD aan de cliëntorganisatie;
5. de resultaten van de advisering;
6. het BGZ-beleid van de cliëntorganisatie;
7. de externe sturing van de BGD.

Het onderzoek gaat over de opvattingen van de zorgverleners. Bij de weergave van de resultaten ligt de nadruk daarom op de meningen van de zorgverleners. Het commentaar van de onderzoekers komt vooral in paragraaf 8.3 tot uitdrukking.

8.2 Samenvatting van de onderzoeksresultaten

8.2.1 Globale resultaten

Ten eerste volgt hier een overzicht van het globale voorkomen van de elf BGZ-activiteiten die zijn onderscheiden.

De BGD-activiteiten komen, zoals te verwachten is, in verschillende mate voor. In vrijwel alle onderzochte zorgsituaties worden aanstellingskeuringen of -onderzoek, spreekuur, werkplekbezoek en begeleiding van lang verzuim gedaan. Iets minder vaak komt begeleiding van kort verzuim en arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek voor. In ongeveer één- tot tweederde van de situaties doet men de overige activiteiten EHBO, GPO, PBGO, APO en GVO. Een precieze tijdsbesteding per activiteit is hierbij niet aan te geven omdat de meeste BGD-en geen tijdverantwoording kennen. De wel beschikbare gegevens laten globaal het volgende zien:

- de begeleiding van ziekteverzuim (van lang en frequent verzuim samen) kost de meeste tijd, namelijk in de orde van 30% - 35% van het totaal;
- het werkplekonderzoek en -bezoek nemen samen ongeveer 25%;
- het PBGO of het APO (die bijna nooit tegelijkertijd voorkomen) nemen elk rond 15%;
- het spreekuur en het GPO komen ieder op ongeveer 10%;
- de aanstellingskeuringen en -onderzoek, de EHBO en de GVO nemen elk ongeveer 5%;
- het overleg, dat overigens vaak onderduikt in andere activiteiten, kost zo'n 10% van de tijd.

Deze percentages gelden lang niet voor elke dienst, want het zijn gemiddelden; de opgaven van de bestede tijd lopen per BGD sterk uiteen.

Wat betreft de interne sturing van de BGZ-activiteiten vinden velen, dat activiteiten, gericht op primaire preventie (namelijk PBGO, werkplekonderzoek en -bezoek, en GVO) meer aandacht nodig hebben, ook als ze deze activiteiten feitelijk wel uitvoeren. Het zijn tevens activiteiten die direct op de risicogroepen onder de werknemers gericht zijn en die nieuwe inzichten kunnen geven in de

knelpunten in werk en gezondheid. Aan andere activiteiten die op grote schaal worden gepraktiseerd, maar die lang niet voor iedereen goede signaleringsinstrumenten zijn, zou volgens ongeveer een kwart van de BGD-en minder tijd besteed mogen worden; het gaat hierbij om aanstellingskeuringen en -onderzoek en APO. Begeleiding van frequent-kortverzuimers wordt eveneens een minder goed signaleringsinstrument gevonden, maar het mag toch slechts volgens weinigen minder tijd krijgen. Het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur lijkt boven alle kritiek verheven, hoewel de opgegeven percentages werknemers die het spreekuur bezoeken, sterk uiteen lopen. Tweederde van de respondenten ziet belemmeringen bij reïntegratie van werknemers, een kwart noemt reïntegratie zelfs nauwelijks mogelijk. Veruit de meeste respondenten vinden verder het begeleiden van lang verzuim geen probleem wat betreft de vertrouwensrelatie met de werknemers; het begeleiden van frequent kort verzuim kan volgens een meerderheid (60%) de vertrouwenspositie van de BGD wel schaden. Het wel of niet doen van een VG-taak maakt wat dit betreft geen verschil.

De belangrijkste conclusies wat betreft het externe overleg van de BGD zijn de volgende: er bestaan zeer uiteenlopende overlegpatronen; de meestgenoemde overlegpartner daarbij is Personeelszaken. Vaak is er overleg in de vorm van een Sociaal-Medisch Team; dit overleg gaat vooral over het verzuim, maar daarnaast ook over BGZ-beleidszaken. De samenwerking met verzekeringsgeneeskundigen wordt overwegend goed gevonden, de informatievoorziening uit de curatieve sector (weliswaar op initiatief van de BGD) wordt ook gunstig beoordeeld.

Als het gaat om wenselijke verbeteringen in de contacten, wordt de directie en het kader (de leidinggevendenden tot het directieniveau, zonder onderscheid naar lager- of middenkader) door ongeveer 10% genoemd; het contact met Ondernemingsraad (OR) of Veiligheids-, Gezondheids- en Welzijnscommissie (VGW-commissie) wordt veel vaker voor verbetering vatbaar gevonden (25%).

Rapporten en adviezen worden vooral aan de directie van de cliëntorganisatie uitgebracht: de andere geadresseerden zijn achtereenvolgens, Personeelszaken, de OR/VGW-commissie en het kader. Adviezen worden minder vaak in conceptvorm besproken dan in hun definitieve vorm. Als ze besproken worden, gebeurt dit vooral met de directie, Personeelszaken en het kader, en nauwelijks met de

OR of de VGW-commissie. Verreweg de meeste BGZ-teams houden rekening met de haalbaarheid van hun adviezen, bijna de helft in sterke mate of geheel. In driekwart of meer van de gevallen wordt overeenstemming gemeld met directie en OR of VGW-commissie over het doel van adviezen en over de inzichten wat betreft risicogroepen.

De conclusies wat betreft het resultaat van de advisering zijn de volgende. De vragen over dit onderwerp zijn voor nogal wat beroepsbeoefenaren moeilijk te beantwoorden. De oordelen over het opvolgen van de adviezen en het doorvoeren van maatregelen zijn echter overwegend positief; variërend met de vraag oordeelt slechts 10 à 20% hierover negatief.

Wat betreft het beleid van de cliëntorganisatie geldt als overheersende conclusie dat de respondenten in ongeveer de helft van de gevallen negatief oordelen over de betrokkenheid bij het BGZ-beleid. Dit is des te belangrijker omdat dat de oplossing van de BGZ-problematiek in een groot deel van de gevallen afhankelijk is van één of enkele sleutelpersonen. Deze zijn bovendien nog bijna altijd te vinden in één van de betrokken partijen binnen de cliëntorganisatie, namelijk de directie, het kader of de OR/VGW-commissie.

Over één specifiek punt van beleid waarnaar is gevraagd, namelijk de aandacht voor reïntegratie van gedeeltelijk blijvend arbeidsongeschikten, is men aanzienlijk positiever.

De conclusies wat betreft de externe sturing van de BGD zijn de volgende. De meeste bedrijfsartsen worden door het bedrijf ingeschakeld als dit onterecht lang verzuim of te frequent verzuim vermoedt. Twee derde van de respondenten meent dat de BGD bij belangrijke veranderingen in de organisatie niet voldoende ingeschakeld wordt. Ongeveer de helft van de adviezen aan het bedrijf zou op of boven de mogelijkheden van het bedrijf liggen; overigens heeft een kwart tot een derde van de zorgverleners geen inzicht in die grenzen.

Als maatstaf voor het bereiken van de doelstellingen van het BGZ-beleid wordt voor de directie en het kader meer het verzuim dan de werkomstandigheden genoemd; voor werknemers en OR/VGW-commissie wordt nooit het verzuim maar wel de werkomstandigheden als maatstaf genoemd; Personeelszaken neemt

hierbij een tussenpositie in. In bijna de helft van de gevallen zou het bedrijf geen wensen over de tijdsbesteding van de BGD hebben; waar wel wensen zijn, gaan die bij directie en kader over verzuimbeheersing en bij de werknemers en OR/VGW-commissie over beheersing van de werkomstandigheden.

De doeleinden die de respondenten met hun activiteiten willen bereiken, variëren weliswaar van globaal tot concreet, maar opvallend is dat slechts een enkele keer, namelijk op het gebied van de arbeidshygiëne, een getalsmatig doel (MAC-waarde) wordt gesteld. Wat betreft de andere activiteiten zijn de doeleinden vrij algemeen en in termen van het resultaat voor de individuele werknemer geformuleerd.

De maatstaven die de respondenten aanleggen voor het beoordelen van de doeltreffendheid van het BGZ-beleid, zijn onderverdeeld in maatstaven t.a.v. het proces, de output en het effect van de BGZ. De effectmaatstaven overheersen daarbij duidelijk; procesmaatstaven worden minder en outputmaatstaven weinig genoemd. Men is dus in sterke mate geneigd het beleid te beoordelen in termen van resultaten. Dit past bij de gedachte dat het tot de rol van de beroepsbeoefenaren hoort de resultaten van het gezondheidsbeleid in de cliëntorganisatie te bewaken. De gebruikte maatstaven zijn echter bijna allemaal globaal, behalve wat betreft de werkomstandigheden. Het is kennelijk een probleem de andere maatstaven te concretiseren. Dat enkele respondenten verzuchten dat maatstaven ten enen male ontbreken, kan als illustratie van deze gedachte worden gezien.

Maatstaven met betrekking tot het proces van zorgverlening liggen vooral op het gebied van externe sturing; zij verwijzen er naar dat de zorgverleners hun bijdrage aan het beleid toetsen aan het oordeel van de zorgontvangers. De mate waarin die toetsing plaats vindt, kan daarom als een (proces-) criterium gezien worden. In het tweede deelonderzoek kan duidelijk worden wat de andere betrokkenen van deze afstemming vinden.

Dat binnen de procesmaatstaven betrekkelijk weinig in termen van BGZ-activiteiten worden gedacht, zou er op kunnen duiden dat men de eigen activiteiten veelal niet als criterium ziet. Maatstaven op het gebied van rapportage of advisering zijn in het geheel niet genoemd. Blijkbaar zijn ook deze bij de beroepsbeoefenaren zelf geen criterium dat op grote schaal gehanteerd wordt.

Het blijkt dat de beroepsbeoefenaren wat betreft de maatstaven voor de doeltreffendheid van het beleid, het sterkst gericht zijn op effectcriteria; daarnaast noemt men criteria die te maken hebben met de afstemming van de eigen bijdrage aan het beleid op het oordeel van de zorgontvangers, maar aan de eigen rapportage of advisering wordt niet gedacht als factor die de kwaliteit van de BGZ mede bepaalt.

8.2.2 Resultaten per BGD- en cliëntkenmerk

De globale resultaten zijn ook bekeken op verschillen wat betreft het type BGD, het type samenstelling van het BGZ-team, de plaats waar de verzekeringsgeneeskundige taak wordt uitgeoefend, het type cliëntorganisatie, de grootte van de cliëntorganisatie en de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie (zie paragraaf 8.1.6 voor de indeling per type). De gevonden verschillen zijn gebruikt om contrasten in het materiaal aan te brengen en zo karakterisering van elk van deze typen te geven. Daarbij wordt gesproken over: minder, minder vaak, vaker enz. De lezer moet daarbij in gedachten houden dat dan bedoeld is, minder vaak of vaker dan gemiddeld over alle typen waar het steeds om gaat.

Type BGD

De gezamenlijke diensten doen minder vaak dan de andere zelf de EHBO en vaker PBGO; ze maken meer gebruik van groepsgegevens dan de andere typen BGD. Zij vinden vaker dat ze voldoende aandacht aan werkplekonderzoek (arbeidshygiënisch en ergonomisch) en -bezoek besteden en problemen kunnen signaleren. Bij de begeleiding van lang verzuim worden hier minder nieuwe knelpunten ontdekt in werk en gezondheid.

Als ingang voor rapportage en overleg gebruiken de gezamenlijke diensten vooral Personeelszaken, minder de directie en het kader. Adviezen worden minder dan in andere typen BGD in conceptvorm besproken en men is het met de directie minder vaak eens over het doel van het meest ingrijpende advies. Bij de werknemers bestaan volgens de BGZ-teams minder wensen met betrekking tot de tijdsbesteding; voorzover ze bestaan, is het dat de BGD evenveel tijd moet besteden aan werkomstandigheden en aan verzuimbegeleiding als in feite

gebeurt. Bij het oordeel over de vraag of het BGZ-beleid in de cliëntorganisatie zijn doeleinden bereikt, gebruikt het kader minder vaak het verzuim als maatstaf, en Personeelszaken minder vaak de werkomstandigheden. De invloed van individuele werknemers op het oplossen van BGZ-problemen zou in het geval van gezamenlijke diensten kleiner zijn: het kader heeft een gemiddelde invloed.

Uit de overheidsdiensten komen uiteenlopende meningen: er wordt minder vaak dan elders zelf aan eerste hulp gedaan en het minst vaak aan PBGO, maar toch vindt men de aandacht, besteed aan PBGO hier vaker voldoende; echter, de aandacht voor werkplekonderzoek en -bezoek vindt men vaker niet voldoende. Bij deze diensten hoort men vaker dan elders de mening dat begeleiding van langdurig verzuim ten koste gaat van het vertrouwen van werknemers in de BGD.

Net als bij de gezamenlijke diensten is de ingang bij rapportage en overleg vaker Personeelszaken en minder vaak de directie en het kader. Wel bespreekt men adviezen vaker in conceptvorm en er is vaker overeenstemming met de directie over de meest ingrijpende adviezen. De personeelsvertegenwoordiging (bij de overheid de Dienstcommissie) wenst vrij vaak dat de BGD evenveel tijd blijft besteden aan de werkomstandigheden. Individuele werknemers wensen vaker meer tijd voor verzuimbegeleiding.

De enkelvoudige diensten verlenen betrekkelijk vaak zelf de eerste hulp; een gemiddeld aantal doet PBGO, waaraan vaker onvoldoende aandacht gegeven kan worden. Ook kan men vaak onvoldoende aandacht geven aan werkplekbezoek en -onderzoek. Begeleiding van langdurig verzuim levert hier minder nieuwe inzichten op over knelpunten in de werksituatie. Voor overleg en advisering onderhouden enkelvoudige diensten op uitgebreider schaal contacten, in het bijzonder met de directie en het kader. Aan Personeelszaken wordt minder gerapporteerd, maar er is wel vaker overleg mee.

Adviezen worden in de enkelvoudige diensten vaker in conceptvorm besproken en over het meest ingrijpende advies is vaker overeenstemming met de directie dan in andere typen dienst. In het bedrijf worden als maatstaven voor het BGZ-beleid vooral verzuim gehanteerd door het kader, en werkomstandigheden door Personeelszaken. De OR/VGW-commissie zou vaker willen dat de enkelvoudige

BGD meer tijd aan werkomstandigheden besteedt. De tijd, besteed aan verzuimbegeleiding mag voor de individuele werknemers dezelfde blijven.

Samenstelling BGZ-team

Voor de variabele 'samenstelling van het BGZ-team' is een indeling aangehouden, waarin alle BGD-en onder te brengen zijn, namelijk een bedrijfsarts alleen, een bedrijfsarts met een BVK en een bedrijfsarts met (naast andere functies) een arbeidshygiënist.

Bedrijfsartsen alleen doen overwegend APO en GPO, en minder PBGO. Zij zijn niet over hun hele activiteitenpakket tevreden. Hun overleg met de directie van de cliëntorganisatie gaat vaak over het functioneren van individuen. De advisering is vaak mondeling; er wordt in gemiddelde mate rekening gehouden met de haalbaarheid. Van het meest belangrijke BGZ-advies blijkt hier een relatief groot deel gerealiseerd te zijn.

De OR zou bij bedrijfsartsen alleen minder vaak de werkomstandigheden als maatstaf voor het bgz-beleid hebben, net als Personeelszaken. De directie heeft uitgesproken opvattingen (òf meer òf minder) over de tijd die aan werkomstandigheden moet worden besteed. Haar invloed op het onderzoek door de BGD is echter kleiner en die van de BGD groter. Het beleid (bij bedrijfsartsen alleen) is niet zozeer gebaseerd op een schriftelijk jaarplan of een contract.

Bedrijfsartsen die samen met een BVK de BGZ uitvoeren, doen alle soorten periodiek onderzoek, en relatief vaak PBGO. Over enkele onderdelen van hun zorgpakket zijn zij ontevreden; ze willen minder aanstellingskeuringen en meer tijd voor spreekuur. Ze wijzen minder op factoren die het vertrouwen van de werknemers in de BGD belemmeren.

De OR zou hier vaker de werkomstandigheden als maatstaf voor het beleid hanteren. Het overleg met de directie is minder op individuen gericht. Bij de advisering houden zij het vaakst rekening met haalbaarheid, hoewel zij vaak niet weten of de adviezen de grenzen van de mogelijkheden in het bedrijf raken. Het beleid wordt hier veelal gevoerd op basis van een contract; schriftelijke jaarplannen komen in gemiddelde mate voor.

Als het BGZ-team ook een arbeidshygiënist omvat, wordt vaker PBGO gedaan, soms gecombineerd met GPO. Men is hier op minder punten dan elders ontevreden over de eigen activiteiten. De relatie met de directie lijkt formeler te zijn, net als de werkwijze bij de advisering (schriftelijk, weinig rekening houdend met haalbaarheid); ook is er het vaakst sprake van schriftelijke jaarplannen. De directie heeft vaak een grote invloed op de activiteiten van de BGD. Het resultaat van de advisering wijkt globaal niet af van de andere typen teams, behalve wat betreft het belangrijkste BGZ-advies, dat in mindere mate zijn doel zou bereiken.

Plaats van de verzekeringsgeneeskundige taak

De plaats van de verzekeringsgeneeskundige taak (VG-taak) is in drieën ingedeeld: de VG-taak buiten de BGD, binnen de BGD maar niet bij de bedrijfsarts zelf, en binnen de BGD bij de bedrijfsarts van de cliëntorganisatie. Het activiteitenpatroon en het resultaat van de advisering verschilt niet sterk met de organisatorische plaats waar de VG-taak wordt verricht. Wel zijn er verschillen in de appreciatie van de eigen activiteiten.

Als de VG-taak buiten de BGD ligt, uit men minder klachten over het periodiek onderzoek onder werknemers; PBGO omvat vaker de juiste categorieën personeel en de aandacht voor GPO acht men vaker voldoende. Men heeft met minder potentiële overlegpartners te maken, want Sociaal-Medisch Team en Bedrijfsmaatschappelijk Werk ontbreken vaker. Men acht vaker een beter contact nodig met het kader, dat ook vaker wordt gezien als sleutelinstantie voor BGZ. Conceptadviezen worden echter minder vaak met het kader besproken. Men denkt, dat het kader minder vaak het ziekteverzuim als maatstaf voor de BGZ hanteert. Wat betreft de relatie met het kader worden er vanuit de BGD kortom enkele gebreken gesignaleerd.

Over de OR als overlegpartner bestaat hier een gunstig beeld, want de BGD wordt er vaak genoeg uitgenodigd, en bovendien vindt men de OR vaker voldoende betrokken. OR noch individuele werknemers hebben hier veel wensen over de tijd die de BGD aan de werkomstandigheden of verzuimbegeleiding besteedt. De invloed van de werknemers op het onderzoek van de BGD wordt naar verhouding groot gevonden.

Met de directie van de cliëntorganisatie zijn minder vaak contacten over beleidszaken, maar worden adviezen juist vaker besproken. De directie zou hier vaak het verzuim als maatstaf voor de BGZ hanteren. Personeelszaken daarentegen zou vaker de werkomstandigheden als maatstaf aanhouden, maar Personeelszaken wordt hier minder vaak genoemd als sleutelinstantie voor het beleid.

Waar de VG-taak binnen de BGD ligt, maar niet bij de bedrijfsarts zelf, is men vaker tevreden over het bereik van risicogroepen werknemers door het PBGO en de aandacht die aan GPO kan worden gegeven. Een Bedrijfsmaatschappelijk Werk ontbreekt hier veelal maar er is wel vaker een Sociaal-Medisch Team. Over de relatie met de OR of VGW-commissie is men vrij goed te spreken; men wordt vaak genoeg uitgenodigd en vindt de OR of VGW-commissie vaker voldoende betrokken.

Er is wel vaker contact met de directie over beleidszaken, maar minder vaak over uitgebrachte adviezen, zowel in concept- als in definitieve vorm. Daarbij zou het verzuim minder vaak de maatstaf van de directie zijn. Personeelszaken is minder een sleutelfunctie voor BGZ; het kader meer. Ook met het kader worden concept-adviezen vaker besproken. Al met al lijkt de relatie met het kader verhoudingsgewijs beter ontwikkeld te zijn.

In de situatie met de VG-taak in handen van de bedrijfsarts zelf, zijn weer meer problemen met de eigen activiteiten (het PBGO bereikt niet de juiste werknemers, GPO krijgt te weinig aandacht). Beter contact met het kader wordt hier minder vaak nodig geacht. Het kader is minder vaak sleutelinstantie; het hanteert als maatstaf vaak het verzuim. Concept-adviezen worden echter vaker met hen besproken.

De relatie met de OR is minder ontwikkeld dan in de twee andere situaties: de BGD wordt niet vaak genoeg uitgenodigd, en er is te weinig betrokkenheid van de OR. Aan werknemerskant ziet men vaak geen wensen wat betreft de tijdsbesteding van de BGD. Met de directie is vaak contact, zowel over BGZ-beleidszaken als uitgebrachte adviezen. Verzuim is vaak de maatstaf van de directie voor haar oordeel over het BGZ-beleid. Het beleid lijkt hier vaker vooral op verzuimbestrijding gericht en minder op de werksituatie.

Industrie versus dienstverlening

In de industriële bedrijven wordt relatief veel aan arbeidshygiënisch onderzoek gedaan en de beroepsbeoefenaren zijn vrij tevreden over hun eigen activiteiten; alleen aan GPO zouden ze meer tijd willen besteden. In de sociaal-medische teams is het functioneren van individuen minder vaak het onderwerp van gesprek.

Wat betreft de relaties van het BGZ-team met de andere betrokkenen zijn er verschillen; in de (hier vaak aanwezige) VGW-commissie wordt men voldoende uitgenodigd, en met zowel de bedrijfsdirecties als met de OR en VGW-commissie heeft men sterk ontwikkelde relatie, wat betreft rapportage en het bespreken van adviezen. In conceptvorm bespreekt men de adviezen alleen met de directie vaker.

Zowel de directie als de OR/VGW-commissie ziet men vaker als sleutelinstantie voor het oplossen van BGZ-problematiek.

De verschillen tussen directie, BGD en OR in invloed op de onderzoeksactiviteiten van de BGD zijn relatief klein. Adviezen aan individuen worden in de industriële bedrijven in mindere mate opgevolgd, maar het belangrijkste BGZ-advies bereikt in grotere mate de doeleinden van de BGD.

Bij de BGZ verleend aan dienstverlenende bedrijven wordt relatief weinig aan arbeidshygiënisch onderzoek gedaan. De beroepsbeoefenaren hebben vaker wensen wat betreft de eigen activiteiten (minder aanstellingskeuringen, meer werkplekbezoek, andere of meer groepen werknemers in het GPO en meer aandacht voor PBGO en GVO).

In de sociaal-medische teams is het functioneren van individuen minder vaak het onderwerp van gesprek. In de (hier minder vaak aanwezige) VGW-commissie wordt men niet vaak genoeg uitgenodigd. Met zowel de OR/VGW-commissie als met de bedrijfsdirecties heeft men een minder ontwikkelde relatie in het adviseringsproces; men rapporteert namelijk minder vaak aan deze partijen en bespreekt adviezen minder vaak met hen.

De verschillen in invloed op de onderzoeksactiviteiten van de BGD tussen de directie, de BGD en de OR zijn groter dan in de industrie; BGD en directie verschillen onderling niet veel, maar de invloed van de OR is betrekkelijk gering. Adviezen aan individuen worden in grotere mate opgevolgd, maar het belangrijkste BGZ-advies aan de cliëntorganisatie bereikt in mindere mate het gestelde doel.

Eén en ander lijkt erop te wijzen dat het beleid in industriële cliëntorganisaties meer op de werksituatie is gericht en in nauwer samenspel met directies en werknemersvertegenwoordigingen plaats vindt dan in dienstverlenende cliëntorganisaties.

Grootteklasse van de cliëntorganisatie

De grootteklassen van de cliëntorganisatie kunnen in grote trekken als volgt worden gekarakteriseerd.

In kleine bedrijven wordt minder aan EHBO, GPO, werkplekbezoek en GVO gedaan; toch zijn de zorgverleners minder vaak ontevreden over deze activiteiten en ook over de aandacht voor het werkplekonderzoek. De begeleiding van langdurig verzuimers is hier een minder belangrijk instrument, hoewel de bedrijfsdirectie hier vaker contactpersoon is bij de begeleiding van langdurig verzuim.

Over de verhouding met de directie worden minder klachten gehoord, in het bijzonder over de behoefte aan beter contact en een te geringe betrokkenheid. De directies van de kleine bedrijven hebben wellicht een centrale rol in het BGZ-beleid, ook al omdat daar een Bedrijfsmaatschappelijk Werk, Sociaal-Medisch Team, VGW-commissie en soms Personeelszaken ontbreken. Daartegenover deelt de directie hier minder vaak de inzichten van de BGD met betrekking tot de risicogroepen.

De rol van het kader bij de kleinere bedrijven is minder centraal (te weinig betrokkenheid en de relatief kleinste invloed bij het oplossen van BGZ-problematiek). De advisering heeft een minder gunstig resultaat dan in grotere organisaties. De BGZ-teams vinden de aandacht in het bedrijf voor reïntegratie vaker onvoldoende.

Al met al ontstaat de volgende indruk van het werk dat de BGZ-teams in kleine bedrijven doen. De beslissingen die de bedrijfsdirecties over de BGZ-problematiek nemen, gebeuren in goed overleg met het BGZ-team en zijn voor de laatsten kennelijk acceptabel. De BGZ-teams in kleine bedrijven zijn verder relatief tevreden over het werk dat zij daar doen, hoewel er minder van hun adviezen gerealiseerd wordt. Dit kan betekenen dat de BGD weinig terugkoppeling over de eigen activiteiten krijgt, of dat de interesse in BGZ van de cliëntorganisatie niet groot is.

In de middelgrote bedrijven wordt de EHSO vaker door het BGZ-team zelf uitgevoerd. Verder doen de zorgverleners relatief vaak aan GPO, werkplekbezoek en GVO, en hebben zijzelf weinig klachten over deze activiteiten. Ook hier staat, net als bij kleine bedrijven, de langdurig verzuimbegeleiding niet zo centraal voor signalering van knelpunten in het werk. Er zijn vrij veel overlegpartners, ook een VGW-commissie maakt daar vaak deel van uit, en bij advisering en rapportage heeft men meer contacten met het kader dan in de kleine bedrijven. Het laatste wil meer tijd aan werkomstandigheden besteed zien.

Er zijn hier minder klachten over te geringe betrokkenheid van het kader en de directie; ook wat betreft de directie is beter contact hier vaker niet nodig. De directie deelt vaak het inzicht van de BGD over wat de risicogroepen zijn. De zorgverleners in de middelgrote bedrijven hebben een vrij gunstig beeld van de mate waarin hun adviezen worden opgevolgd en van de aandacht die in de cliëntorganisatie voor reïntegratie bestaat.

In de grote bedrijven is het beeld wat minder gunstig. Wel is hier een breed activiteitenpakket (vaker GPO, werkplekbezoek en GVO), maar men is er zelf wat negatief over. Men vindt ook vaker dat er onvoldoende aandacht aan werkplekonderzoek kan worden gedaan.

Over de relatie met de directie van de cliëntorganisatie is men naar verhouding negatiever. Het contact met de directie laat wel eens te wensen over, de betrokkenheid van de directie bij de BGZ-problematiek vindt men vaker onvoldoende en men oordeelt negatiever over de aandacht van het bedrijf voor de reïntegratie van arbeidsongeschikten. Overeenstemming over de risicogroepen is er met de directie minder vaak.

Het kader van de grote bedrijven staat vrij centraal bij rapportage en advisering, terwijl hun invloed op de prioriteiten bij het oplossen van BGZ-problemen het grootst is, vergeleken met de andere grootteklassen. Toch vindt men het kader vaak te weinig bij de BGZ-problematiek betrokken. De wensen van het kader over de tijd die de BGD besteedt aan werkomstandigheden is extremer, dus meestal òf meer òf minder.

De opvattingen over de invloed van de OR op de oplossing van BGZ-problemen lopen nogal uiteen; deze wordt soms groot en soms klein genoemd. De invloed van de OR op het onderzoek door de BGD is relatief klein. De verhouding tussen BGD en cliëntorganisatie is in de grote bedrijven minder vaak bij contract geregeld, doordat de BGD geen zelfstandige partij is, maar een onderdeel van de organisatie.

Al met al komt wat betreft de zorg aan de grote bedrijven het volgende beeld op. Over het brede pakket van activiteiten zijn de beroepsbeoefenaren zelf niet zo tevreden. Dit gaat samen met een meer negatieve waardering voor de relatie met, en de inzet van de bedrijfsdirectie, en een minder gunstig resultaat van de advisering. Door dit alles wordt de indruk gevestigd dat, in de ogen van de beroepsbeoefenaren, de mogelijkheden van een goed beleid in deze bedrijven vaker dan elders onvoldoende benut worden.

Financieel-economische positie van de cliëntorganisatie

Van de geleverde BGZ is naar gelang de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie het volgende beeld te schetsen.

Bij een matige financieel-economische positie wordt minder vaak aan werkplekbezoek gedaan dan bij een goede, maar men ervaart dit niet als een tekort. Personeelszaken en de individuele werknemers willen hier meer tijd aan de verzuimbegeleiding besteed zien, maar feitelijk wordt de BA hier vaker ingeschakeld als in het bedrijf te lang verzuim vermoed. Het BGZ-team zelf wil in totaal meer tijd aan de zorg kunnen besteden. Verder is noch het overleg noch het BGZ-beleid in de cliëntorganisatie hier aanleiding tot negatieve of positieve oordelen. De advisering is niet zozeer op Personeelszaken gericht; men houdt minder met de haalbaarheid van de adviezen rekening, en wat het laatste betreft

zijn de grenzen van het bedrijf minder vaak bekend. Het resultaat van de advisering wordt hier vaak negatief beoordeeld.

Bij cliëntorganisaties met een goede financieel-economische positie wordt vaker aan werkplekbezoek gedaan dan bij die met een matige positie. De verzuimbegeleiding loopt hier volgens de beroepsbeoefenaren vaak bevredigend, waarbij de BA ook minder bij te lang geacht verzuim wordt ingeschakeld. De BGD is niet tevreden over de met APO en GVO bereikte groep werknemers.

In het bedrijf (bij Personeelszaken en individuele werknemers) worden niet vaak veranderingen gewenst in de tijd besteed aan verzuimbegeleiding. Over het overleg en het BGZ-beleid denkt men gemiddeld niet anders dan in financieel-economisch matig lopende cliëntorganisaties. De adviezen lopen vaker via Personeelszaken, waarbij het BGZ-team meer rekening houdt met haalbaarheid. De grenzen aan het bedrijf in verband met de ingrijpendheid van de adviezen aan het bedrijf zijn hier vaker bekend en het resultaat van de advisering in het bedrijf wordt gunstiger beoordeeld. Bij een goede financieel-economische positie heeft Personeelszaken vrij veel invloed op de oplossing van de problemen; de invloed op dit punt van BGD en OR/VGW-commissie is meer gelijk verdeeld. De verschillen in invloed tussen de bedrijfsdirectie en de BGD lopen van groot tot klein.

Al met al lijkt het er op dat het BGZ-beleid in cliëntorganisaties met een matige financieel-economische positie, een zaak is die zich vooral in direct contact tussen de BGD en bedrijfsdirectie afspeelt, met Personeelszaken en de OR op afstand. Opvallend is dat er over de relatie met de betrokkenen in de bedrijven en hun inzet voor het BGZ-beleid niet anders wordt gedacht dan elders. Ook is men niet negatiever of positiever over de mate waarin adviezen worden opgevolgd, hoewel men de globale doeltreffendheid van de zorg wel kleiner vindt. De indruk ontstaat dat het rekening houden met haalbaarheid en het grotere directe contact met de directie leidt tot beleidsbeslissingen die voor de beroepsbeoefenaren even acceptabel zijn als in andere situaties.

8.2.3 Verkennde analyses met acht kwaliteitsindicatoren

Er zijn verder een aantal verkennende analyses met acht kwaliteitsindicatoren gedaan: vijf daarvan op grond van de vijf evaluatievragen van paragraaf 8.1.3 plus drie andere. Dit zijn tezamen de kenmerken van de geleverde zorg die misschien als maatstaf voor de kwaliteit zouden kunnen gaan gelden, mits hierover voldoende consensus in de BGZ-wereld kan worden bereikt. Het gaat om de volgende kenmerken:

- voldoende tijd voor BGZ-activiteiten;
- tevredenheid over tijdsbesteding;
- de mogelijkheid om nieuwe knelpunten in werk en gezondheid te vinden;
- het percentage bereikte werknemers;
- de resultaten van de advisering aan de cliëntorganisatie;
- de resultaten van de advisering aan de individuele werknemers;
- een globaal oordeel over de doeltreffendheid van de BGZ;
- de invloed van de BGD op het oplossen van BGZ-problemen, vergeleken met de invloed van de directie van de cliëntorganisatie.

Deze kwaliteitsindicatoren werden onder andere met de kenmerken van de BGD-en en cliëntorganisaties in verband gebracht. De ene kwaliteitsindicator bleek met andere zaken samen te hangen dan de andere; dit leidde dus tot uiteenlopende verbanden, niet tot één duidelijke lijn. Er werd daarom een andere weg bewandeld. Binnen de gegevens werd gezocht naar een beperkt aantal onderliggende factoren. Er werden drie factoren gevonden: 1) bedrijfs- en werkgerichtheid versus individugerichtheid van de BGZ die de teams verlenen, 2) de wederzijdse afstemming tussen de BGD en de cliëntorganisatie en 3) de individugerichtheid van de geleverde BGZ.

Verder is nagegaan in hoeverre deze drie factoren samenhangen met de BGD- en cliëntkenmerken van paragraaf 8.1.5. De belangrijkste samenhangen zijn de volgende.

Opvallend is dat de bedrijfs- en werkgerichtheid van de BGD slechts weinig te maken heeft met de financieel-economische situatie van de cliëntorganisatie.

Verder is opmerkelijk dat de bedrijfs- en werkgerichtheid bij de enkelvoudige diensten groter is dan bij de gezamenlijke (de overheids-BGD-en zijn hierin neutraal). Zij heeft minder met de samenstelling van het BGZ-team te maken dan met de organisatorische plaats van de VG-taak; zij is het laagst in situaties waarin de VG buiten de BGD wordt uitgevoerd. De bedrijfs- en werkgerichtheid hangt verder met het type cliëntorganisatie samen; deze is in de industrie groter dan in de dienstverlening.

De afstemming met de cliëntorganisatie neemt toe met stijgende financieel-economische positie; deze afstemming is betrekkelijk gering in de overheids-BGD-en en bij bedrijfsartsen die alleen werken; maar relatief hoog in situaties met een arbeidshygiënist. Als de VG-taak binnen de BGD valt, maar niet door de eigen bedrijfsarts wordt uitgevoerd, is deze afstemming het best. Bij industriële organisaties is de afstemming in het algemeen beter dan bij dienstverlenende organisaties en ze is geringer bij de grotere organisaties.

De individugerichtheid is relatief laag bij de gezamenlijke BGD-en en hoog bij de overheids-BGD-en; de personele samenstelling van de BGD heeft hier weinig mee te maken. De individugerichtheid is het laagst waar de VG-taak buiten de BGD ligt, en het hoogst waar de bedrijfsarts zelf de VG-taak uitvoert (het meest bij de overheid). Het type cliënt (dienstverlening of industrie) staat los van de individugerichtheid van de BGD. Wel is de individugerichtheid sterker bij de grote cliëntorganisaties. De conclusie hieruit is dat er vele factoren meespelen en dat het daarom riskant is, BGD-en ongeacht hun situering op één factor te beoordelen wat betreft hun effectiviteit, en verder dat bij beoordeling volgens zelfs maar drie factoren in beginsel rekening moet gehouden worden met de BGD- en cliëntkenmerken. De hier gevonden verbanden met de BGD- en cliëntkenmerken zijn niet sterk genoeg voor etikettering van BGD-en of voor typering van de kwaliteit van de zorg bij een bepaald BGD- en cliëntkenmerk.

8.2.4 Knelpunten, pluspunten en suggesties

Bij de knelpunten en pluspunten wordt de personeelscapaciteit het meest genoemd. De materiële uitrusting van de BGD wordt zowel bij de tekorten als bij

de pluspunten genoemd. Procesaspecten worden weinig genoemd; een enkele keer gaat het om de kunst van het omgaan met organisaties.

In het algemeen wordt als pluspunt de aanwezigheid van en de samenwerking tussen meer disciplines in de BGD belangrijk gevonden. Verdere pluspunten zijn vaak: goed contact met werknemers, acceptatie door de leiding van de cliëntorganisatie en soms individugericht werken.

Aan de ongunstige kant missen veel solistisch werkende bedrijfsartsen een bedrijfsverpleegkundige. Ook wordt wel een tekort aan psychosociale expertise genoemd en een te weinig preventieve benadering.

Over alle activiteiten werden suggesties ter verbetering gegeven; de belangrijkste zijn de volgende. De aanstellingskeuring wordt inhoudelijk ter discussie gesteld: teveel keuringen? te ongericht? teveel biometrie? te weinig protocollen? Bij de begeleiding van lang en frequent kort verzuim wordt rolonduidelijkheid van de BGD gesignaleerd (een conflict tussen een machts- en een vertrouwensrelatie met de werknemer) en deze zou opgelost moeten worden. De reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsgeschikten zou beter lopen bij een grotere betrokkenheid van de cliëntorganisatie. Van het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur zou de opkomst verhoogd kunnen worden; verschillende wegen daartoe worden genoemd, maar zonder een duidelijke lijn. Het gericht periodiek onderzoek (GPO) zou meer op werk en werkomstandigheden gericht moeten worden; het algemeen periodiek onderzoek (APO) zou men willen ombouwen tot PBGO; het periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek (PBGO) ontmoet geen principiële problemen; het werkplekonderzoek eist uitbreiding van tijd en deskundigheid; voor het werkplekbezoek zou meer tijd ter beschikking moeten zijn en er zou systematischer bij gewerkt moeten worden; de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) vraagt om capaciteitsuitbreiding.

8.2.5 Terugblik op de vraagstelling

De resultaten overziende kan vastgesteld worden dat de vier onderzoeksvragen in voldoende mate beantwoord zijn.

Wat betreft de eerste vraag naar de activiteiten die de beroepsbeoefenaren verrichten in het kader van de BGZ die zij leveren, heeft de beschrijving tot een duidelijk inzicht geleid in de BGZ die in verschillende situaties wordt geleverd.

De tweede vraag naar de oordelen van de beroepsbeoefenaren over hun eigen activiteiten, heeft geleid tot een veelheid aan bevindingen over velerlei aspecten van de wijze waarop de zorg wordt verleend en over de maatstaven die zij bij het beoordelen van de resultaten van de zorg aanleggen.

Ook de derde en vierde vraag, betreffende de knelpunten en pluspunten die de beroepsbeoefenaren ondervinden bij het verrichten van hun activiteiten, en naar de suggesties die ze hebben om de knelpunten op te heffen, heeft tot duidelijke uitkomsten geleid.

Met deze constatering kan worden overgegaan tot de discussie over de resultaten.

8.3 Discussie

In deze paragraaf worden, de resultaten van het eerste deelonderzoek geplaatst in het kader van de maatschappelijke discussie over de kwaliteit van de BGZ. Omdat in dit deelonderzoek de BGZ-activiteiten in het middelpunt staan, zullen deze ook in deze discussie voorop staan. Er zijn naast de activiteiten echter een aantal andere belangrijke thema's die betrekking hebben op de evaluatie van de activiteiten door de beroepsbeoefenaren en, althans in de perceptie van de beroepsbeoefenaren, door de andere partijen (zie hoofdstuk 4). Behalve de activiteiten zelf worden daarom steeds ook de thema's Interne sturing (de eigen oordelen over de activiteiten), de pluspunten en knelpunten, de suggesties voor verbetering en de (door de beroepsbeoefenaren gepercipieerde) externe sturing van de zorg door de andere partijen mee in de beschouwingen betrokken. Al deze aspecten komen in paragraaf 8.3.1 aan de orde waar achtereenvolgens worden besproken: de aanstellingskeuringen en -onderzoek, de EHBO, het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur, het periodiek onderzoek van werknemers, GVO, verzuimbegeleiding, werkplekonderzoek en -bezoek.

In paragraaf 8.3.2 gaat het over de relaties van de beroepsbeoefenaren met de andere betrokkenen, althans voorzover dat op grond van dit deelonderzoek zinvol is. Daarom komen de thema's Overleg, Advisering, Resultaat van de advisering,

en het oordeel van de beroepsbeoefenaren over het BGZ-beleid in de cliëntorganisatie, aan bod.

In paragraaf 8.3.3 worden meer algemene punten aan de orde gesteld, zoals de aandacht die de BGD voor het verzuim zou moeten hebben, de verdere tijdsbesteding van de BGD en de verschillen in wensen van werkgevers en vakbeweging ten aanzien van de BGZ-activiteiten. Paragraaf 8.3.4 besluit de discussie met het onderwerp 'doeleinden, maatstaven en effectiviteit van BGZ'.

8.3.1 Discussie over de BGZ-activiteiten en de evaluatie door de beroepsbeoefenaren

Aanstellingskeuringen en -onderzoek worden in principe in alle zorgsituaties gedaan. Er gaat omstreeks 5% van de tijd in zitten met uitschieters tot in de orde van 15%. De kritiek van de beroepsbeoefenaren zelf op de aanstellingskeuring is vrij groot; deze kritiek houdt globaal in: a) dat de keuring/het onderzoek meer op de functie of op het risico gericht moet worden, b) dat alleen een anamnese voor bepaalde groepen nieuwe werknemers voldoende is, c) dat standaardisatie door middel van protocollen nodig is, d) dat sommige biometrische bepalingen weggelaten kunnen worden, en e) dat voor bepaalde groepen een psychologisch onderzoek toegevoegd moet worden. Deze bevindingen vormen een aanvulling op de bestaande onderzoeksliteratuur waarin (Lourijsen, Hoolboom & De Kort, 1989; Lourijsen & Dam, 1990) tot nu toe de kritiek over dit onderwerp door de beroepsbeoefenaren zelf niet aan de orde is geweest.

Over de EHBO valt weinig te melden. Kennelijk functioneert deze activiteit zonder noemenswaardige problemen.

Het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur wordt in vrijwel alle zorgsituaties gehouden. Het kost gemiddeld omstreeks 10% van de totaal beschikbare tijd, maar de spreiding in de opgegeven tijd is groot. Misschien heeft dit te maken met het feit dat de tijd, besteed aan het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur moeilijk is af te grenzen van de tijd, besteed aan het verzuimspreekuur. Ook de gemelde bezoekpercentages lopen sterk uiteen. Sommige respondenten menen dat er te weinig werknemers van het spreekuur gebruik maken en wensen een grotere opkomst. Aangezien Plomp(1985) constateert dat een duidelijk verschil

van opvatting tussen de bedrijfsarts en werknemers over de relatie tussen klachten en de werkomstandigheden aan een beperkte belangstelling voor het spreekuur ten grondslag kan liggen, moet dit onderwerp in het tweede deelonderzoek zeker belicht worden.

Van de drie vormen van periodiek onderzoek van werknemers (APO, GPO en PBGO) komen PBGO (dat zich tot alle werknemers uitstrekt) en APO (dat een leeftijdsgrens kent) bijna nooit tegelijk voor. PBGO of APO wordt in ongeveer 40% van de gevallen toegepast en het neemt rond 15% van de beschikbare tijd in beslag. GPO wordt ongeveer in tweederde van de gevallen uitgevoerd en neemt iets minder dan 10% van de tijd. PBGO komt het meest voor bij de gezamenlijke BGD-en, het minst in de overheidssector. In veel zorgsituaties is de wens geuit, het APO om te zetten in PBGO, vandaar dat geconcludeerd is dat het APO op zijn retour is.

Het gebruik van groepsgegevens is niet sterk verbreid; bij PBGO komt het in ongeveer een derde en bij GPO in een vijfde van de gevallen voor. Vergeleken met een vroegere situatie (zie Van Putten & Oversloot, 1984) kan gesproken worden van een vooruitgang, maar op het gebied van PBGO zijn ontwikkelingsprojecten (zie bv. Van Putten & Marcelissen, 1989; Broersen, Weel & Van Dijk, 1989) ongetwijfeld nog nodig. Wat betreft GPO leeft de wens naar nog meer gerichte methoden.

Er is sprake van een ambivalentie. Het PBGO als algemeen screeningsinstrument verhoudt zich slecht met de wens, meer probleemgericht te willen werken. Het GPO is daarvoor geschikter. Daarentegen kan het PBGO de BGD of het team op het spoor zetten van problemen. Het PBGO is dan echter niet het enige instrument. Om deze redenen mag men er niet automatisch van uitgaan dat PBGO een graadmeter is voor goede BGZ.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) wordt in ongeveer tweederde deel van de gevallen als zelfstandige activiteit gedaan. Dit lijkt veel, hoewel de vergelijking met de literatuur niet precies kan worden gemaakt. Enerzijds is onderzoek gedaan naar de aard van GVO-activiteiten in de arbeidssituatie (Dekkers, 1986), maar dit gaat niet in op de mate waarin BGD-en dat doen;

anderzijds bestaat inventariserend onderzoek naar de mate waarin specifiek GVO gericht op de rugproblematiek, wordt gedaan door BGD-en. De GVO neemt overigens gemiddeld enkele procenten van de totaal beschikbare tijd in beslag. Er bestaat over de hele linie een duidelijke wens, deze activiteit uit te breiden.

Gemeten naar het voorkomen en de bestede tijd van ongeveer een derde van het totaal, is de begeleiding van verzuim, in het bijzonder van langdurig verzuim, de belangrijkste BGZ-activiteit. Ook bedrijfsartsen die geen VG-taak hebben doen vrijwel allemaal aan deze vorm van begeleiding. Deze bevinding kan opvallend genoemd worden in het licht van de kritiek van werkgeverszijde (Fraterman, 1986; Van de Veerdonk, 1988) die erop neerkomt dat bedrijfsartsen de neiging hebben, zich afzijdig te houden van de begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers. Er is daarbij zelfs gesproken van passiviteit.

Op grond van deze kritische geluiden zou men geen verzuimbegeleiding op zo grote schaal verwacht hebben en ook niet dat meer dan 80% van de BGZ-teams wordt ingeschakeld als de cliëntorganisatie te lang of te frequent verzuim vermoedt. Mogelijk is er sinds de publikaties van 1986 en 1988 veel veranderd in het patroon van de bedrijfsgezondheidskundige zorg. Het kan ook zijn dat Fraterman eigenlijk doelde op bestrijding van verzuim zoals Scheurer (1988) één van de doelstellingen van BGZ formuleerde. Daartegenover staat de visie van de vakbewegingszijde (Levie, 1988) die inhoudt dat het terugdringen van het ziekteverzuim een gevolg is van adequaat handelen van de BA en niet een doel op zichzelf. Dat de aard van de verzuimbegeleiding voor de bedrijfsartsen nog geen uitgemaakte zaak is, laat zich aflezen uit het feit dat de Bedrijfsgeneeskundige dagen 1990 geheel aan dit onderwerp waren gewijd.

De doeleinden die de beroepsbeoefenaren zelf geformuleerd hebben in dit onderzoek (zie paragraaf 4.2) lijken dichter bij de wens van de vakbeweging dan bij die van de werkgevers te liggen. Er is hier echter misschien sprake van een schijntegenstelling. Immers, de werkgevers spreken van een doelstelling van BGZ, maar de visie van de vakbeweging en de doelstellingen die de bedrijfsartsen noemen gaan over het handelen van het BGZ-team. Het eerste, een onderdeel van het BGZ-beleid, moet als een aangelegenheid van de cliëntorganisatie gezien worden en het tweede als de bijdrage van de BGD aan het beleid. Een

dergelijke opvatting over de bijdragen van de verschillende partijen aan het beleid kan meehelpen de rolonduidelijkheid die hier eerder is gesignaleerd, op te lossen. Hierbij sluit de tendens aan dat de organisatie zelf, en speciaal de lijn, een eigen verantwoordelijkheid heeft voor de beperking van het verzuim (De Winter, Buijs & Verhagen, 1990). Dat de rolonduidelijkheid een ongunstige invloed heeft, blijkt ook uit het gegeven dat de beroepsbeoefenaren bij overheidsdiensten (dus met de gecombineerde taak BA en VG) vaker vindt dat het vertrouwen van de werknemers in de BGD door de verzuimbegeleiding geschaad wordt.

In de tweede fase van het onderzoek zal moeten blijken in hoeverre de verzuimbegeleiding die de BGZ-teams praktiseren door de betrokkenen in de cliëntorganisaties geaccepteerd wordt. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen een individuele en een collectieve benadering van de verzuimbeheersing.

Werkplekonderzoek en -bezoek wordt door veel BGD-en gedaan (werkplekbezoek door 96% en -onderzoek door 86% van alle gevallen). De tijd die gemiddeld hieraan wordt besteed, ligt in de orde van 20 à 25% van de totaal beschikbare tijd, zij het dat ook in deze opgaven een grote spreiding voorkomt. Werkplekonderzoek komt het meest in industriële cliëntorganisaties voor. Er bestaat nogal wat ontevredenheid over deze werkplekactiviteiten bij de beroepsbeoefenaren; de wens om meer hieraan te doen is vrij vaak gehoord, het vaakst in de enkelvoudige en overheids-BGD-en. Ook als in het algemeen wordt gevraagd naar de negatieve en positieve punten in de verleende zorg blijkt de capaciteit om werkplekonderzoek en -bezoek te doen (naast het samenwerken met meerdere disciplines) vaak naar voren gebracht. Overigens valt op, dat bij een matige financieel-economische situatie van de cliëntorganisatie weliswaar minder aan werkplekbezoek wordt gedaan, maar de zorgverleners ervaren dit niet als een tekort.

Opgemerkt werd al dat bij de BGD-en in de overheids sfeer altijd de taak van BA en VG gecombineerd wordt. Het is duidelijk dat de verzuimbegeleiding die hieruit voortspuit en de werkplekactiviteiten met elkaar concurreren om beschikbare tijd (zie ook De Winter & Dijkstra, 1984). Daar spelen verschillende factoren bij mee, zoals de in de BGD aanwezige expertise, de aard van de

zorgsituatie en ook concurrentie met andere BGZ-activiteiten dan alleen verzuimbegeleiding. De vraag voor de tweede fase van het onderzoek op dit punt is, hoe de andere betrokkenen in de cliëntorganisatie de feitelijke aandacht van de beroepsbeoefenaren voor de werksituatie waarderen. Het algemene werkgeversstandpunt is op dit gebied nogal terughoudend; Van de Veerdonk (1988) stelt dat werkplekonderzoek geruisloos tot het standaardpakket van taken is gaan behoren zonder dat de prioriteiten zijn afgewogen (waarvan hij overigens de moeilijkheid erkent). De wens van de beroepsbeoefenaren sluit, lijkt het, meer aan bij het standpunt van werknemerskant over de werkplekactiviteiten. Van deze kant wordt bij herhaling aandacht voor dit onderwerp gevraagd (Industriebond FNV, 1986; Vermeulen, 1987; Levie, 1988).

8.3.2 Discussie over de relaties met de andere betrokken partijen

Uit het bovenstaande komt naar voren dat in de discussie over de BGZ de wensen van werkgevers en van werknemers met betrekking tot verzuimbegeleiding en werkplekactiviteiten met elkaar op gespannen voet staan. Daarom is het zinvol te beginnen met de percepties van de beroepsbeoefenaren wat betreft de opvattingen van de andere betrokken partijen over de aandacht die aan verzuim en aan werkomstandigheden besteed zou moeten worden. Binnen het thema 'externe sturing' is hier specifiek naar gevraagd. Aansluitend zal een beschouwing worden gewijd aan de relaties van de beroepsbeoefenaren met de andere betrokkenen, aan de hand van de thema's omtrent Overleg, Advisering, BGZ-beleid in de cliëntorganisatie en Externe sturing.

In bijna de helft van de gevallen dachten de respondenten dat er geen wensen in de cliëntorganisatie bestaan wat betreft de tijd, besteed aan werkomstandigheden (vooral als de VG-taak buiten de BGD ligt of in handen is van de BA zelf). Wat betreft verzuimbegeleiding liggen de percentages bijna op hetzelfde niveau. Waar wensen genoemd worden van de kant van de directies en het kader, zijn deze overwegend gericht op meer tijd voor verzuimbegeleiding. Werknemers en hun vertegenwoordigingen zouden overwegend meer tijd voor werkomstandigheden wensen.

Als deze percepties de werkelijke wensen juist weergeven, ontstaat een gedifferentieerder beeld dan de hierboven aangehaalde discussie zou doen vermoeden. De achtergrond hiervan kan door het tweede deelonderzoek worden verhelderd. Nu, na het eerste deelonderzoek, is bijvoorbeeld nog niet duidelijk of de genoemde wensen voortkomen uit een diepgaand meningsverschil tussen cliëntorganisatie en BGD over de aandacht voor de onderwerpen in kwestie of dat er juist consensus is over een koerswijziging, maar dat die nog niet is gerealiseerd. Dat er geen sprake is van consensus op grote schaal valt op te maken uit de mening van de respondenten over het BGZ-beleid van de cliëntorganisatie, want die is in een derde tot de helft van de gevallen negatief. Directie, kader noch OR of VGW-commissie blijven wat dat betreft gespaard. Alleen Personeelszaken komt er gunstiger af. Als de bedrijfsarts alleen werkt en in het geval van de combinatietask BA/VG komt de betrokkenheid van de OR of de VGW-commissie er nog iets ongunstiger vanaf. Vooral in grote bedrijven is het oordeel over directie en kader ongunstig. Aan de andere kant vindt men vaak dat de relatie van de BGD met de OR of VGW-commissie op het gebied van overleg verbeterd moet worden.

Op dit punt valt commentaar te leveren naar aanleiding van standpunten in algemene zin van werkgevers- en werknemerskant. Fraterman (1986) spreekt over een kwetsbaar krachtenveld in de onderneming tussen directie, individuele werknemer en OR en hij meent dat de BGD ten opzichte van de OR behoedzaam moet manoeuvreren. Aan de andere kant wil de vakbeweging opening van zaken tussen BGD en OR over de arbeidsomstandigheden (bv. Freeman, 1986). Verder wordt er in de literatuur op gewezen dat BGD-en ook nog met andere betrokkenen in het bedrijf te maken hebben (Plomp, 1987; Reubsat et al., 1988). Bijvoorbeeld het kader moet meestal zijn medewerking aan de uitvoering van adviezen geven, terwijl aan de relatie tussen BGD en kader nogal eens iets schort. Ook dit onderzoek geeft hier blijk van; vooral in die gevallen waarin de VG-taak buiten de BGD ligt, vinden respondenten dat de overlegrelatie met het kader verbeterd moet worden.

Het zou kunnen zijn dat in de BGZ soms de werknemers en de OR met elkaar worden vereenzelvigd. Dat kan leiden tot de opvatting dat, als er maar voldoende aandacht aan de individuele werknemers wordt gegeven, automatisch aan de

wensen van de OR zou zijn voldaan. De individuele werknemer is object van zorg, en de OR levert een bijdrage aan het BGZ-beleid en het stellen van prioriteiten. Ze hebben duidelijk verschillende rollen en de individuele werknemer is geen partij in het vormen van het beleid. Daarom moeten werknemers en OR niet op één lijn worden gesteld. In het tweede deelonderzoek kan worden nagegaan in hoeverre deze opvatting bij de andere partijen (werknemers en werkgevers) voorkomt.

Een verdere beschouwing van de relatiepatronen bij de advisering blijkt weliswaar enkele opvallende zaken op te leveren, maar deze moeten niet te veel gewicht krijgen voordat ze in het tweede deelonderzoek nader getoetst zijn. Dit geldt onder andere voor het resultaat dat gezamenlijke diensten als ingang voor de advisering vaker Personeelszaken gebruiken, concept-adviezen minder vaak bespreken en over het meest ingrijpende advies voor het bedrijf minder vaak consensus hebben dan enkelvoudige diensten met de diensten in de overheidssector in een soort middenpositie. Daarmee lijken de gezamenlijke diensten gemiddeld een wat meer afstandelijke opstelling ten opzichte van de cliëntorganisatie te hebben. Dit lijkt op zichzelf misschien een juiste typering, maar de verschillen zijn niet erg groot en er zijn meer kenmerken van de zorgverleners en de cliëntorganisaties in het spel, die ook met verschillen in relatiepatronen samenhangen. Dit geldt voor de bedrijfsgrootte, de samenstelling van het BGZ-team en de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie. Deze laatste moet afzonderlijk genoemd worden omdat naast het relatiepatroon ook het resultaat van de advisering afhangt van de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie. Bij een goede positie namelijk wordt vaker aan de OR en aan Personeelszaken geadviseerd en hebben de adviezen aan de cliëntorganisatie een gunstiger resultaat. De draagkracht van de cliëntorganisatie blijkt dus een belangrijke rol te spelen (vergelijk Reubsat et al., 1988).

8.3.3 Discussie over enkele meer algemene punten

Er is geconcludeerd dat de wens om meer preventief te werken (meer werkplekactiviteiten en meer GVO) op vrij grote schaal naar voren komt. Als in de toekomst inderdaad werkplekonderzoek en GVO in toenemende mate van de

BGZ-activiteiten gaan deel uitmaken, dan is de kans groot dat er op grotere schaal dan nu verschillende disciplines bij de BGZ betrokken worden. Dit geldt vermoedelijk tenminste voor arbeidshygiënist en voor bedrijfsverpleegkundigen; voor de laatsten voorzien ook Haesen & Nijhuis (1990) een groeiende inzet betreffende GVO en werkplekonderzoek. Het belang van samenwerking zowel tussen de disciplines in de BGD-en als tussen de beroepsgroepen zal dan ook toenemen.

Naast de wens om meer preventief op te treden kwam uit het onderzoek ook de wens vaak naar voren dat de BGZ-problematiek in de cliëntorganisatie serieuzer genomen moet worden, althans veel beroepsbeoefenaren vinden dat de betrokkenheid van de andere partijen in veel gevallen te wensen overlaat. Naar aanleiding hiervan zou verwacht kunnen worden dat zij verbetering van deze situatie zouden willen bereiken via intensivering van de relaties met de andere partijen. Nu zijn er feitelijk wel wensen op het gebied van verbetering van de relaties genoemd (rond 10% met betrekking tot de directies en het kader, en rond 25% met de OR), maar bij de belangrijkste knelpunten zijn de relaties niet vaak naar voren gebracht, en bij de suggesties ter verbetering van de werkwijzen slechts zelden genoemd.

De meest genoemde suggesties waren (zie hiervoor), het verrichten van meer preventieve activiteiten en het inzetten van meer capaciteit op dit gebied. Naar aanleiding van deze resultaten komen vragen op zoals: Denkt men dat meer aandacht van de BGD voor preventieve activiteiten vanzelf tot meer betrokkenheid van de andere partijen zal leiden? Vindt men de relationele aspecten zoveel minder belangrijk? Ziet men verbetering in de relaties als onrealistisch? Is men bang, vragen op te roepen die niet te beantwoorden zijn? Dringen werkgevers inderdaad (zie de vorige paragraaf) aan op terughoudendheid en behoedzaamheid in het kwetsbare krachtenveld in de onderneming? Ook dit zijn vragen voor het tweede deelonderzoek.

In de literatuur over de BGD en zijn relaties zijn voorbeelden te vinden waarbij toenemende afstemming heeft geleid tot een negatiever oordeel van de OR over de BGD (Jacobs & Van Poucke, 1989). Als een dergelijk oordeel blijvend negatiever is, dan is een conclusie dat men blijkbaar in het afstemmen ook zijn doel voorbij kan streven. Men zou dit kunnen opvatten als een gevolg van

overvraging, dat wil zeggen de poging tot betere afstemming kan leiden tot te hoge verwachtingen, die niet beantwoord kunnen worden. Dit is een belangrijk thema voor het tweede deelonderzoek.

Er is eerder geconcludeerd dat er uiteenlopende activiteiten- en relatiepatronen zijn in uiteenlopende situaties. Er is dus in elk geval geen sprake van uniforme BGZ. Mogelijkerwijs is er meer sprake van maatwerk in de BGZ dan de werkgevers in hun kritiek stellen. De in dit deelonderzoek gevonden dimensie 'afstemming op de cliëntorganisatie' is echter niet in alle situaties even sterk terug te vinden, dus er is ook niet over de hele linie sprake van maatwerk in de BGZ in de zin van een expliciete overeenkomst tussen de partijen over de aard van de zorg. Ook hierin kan het tweede deelonderzoek meer inzicht verschaffen.

Als er sprake is van maatwerk, kan er dan tegelijk sprake zijn van universele criteria voor goede BGZ? Er zouden twee redenen kunnen zijn om hieraan te twijfelen. In de eerste plaats hoeft een BGD misschien niet op alle criteria tegelijk goed te zijn; als één criterium wat zwak is, kan dat misschien gecompenseerd worden door sterkte op een ander criteria. Ten tweede, zelfs als dit in het algemeen opgaat (maar dat staat ter discussie) is nog de vraag of de criteria die aan een concrete BGD moeten worden aangelegd, niet af moeten hangen van de eisen die de specifieke zorgsituatie stelt. Als dit laatste juist is, is het zeer de vraag of algemeen geldende maatstaven voor de BGZ wel kunnen bestaan. De gedachte dat BGZ bijvoorbeeld per bedrijfstak op basis van de aanwezige gezondheidsrisico's zou moeten worden vormgegeven, strookt niet met het bovenstaande. De mogelijkheid van algemeen geldende criteria is in elk geval een onderwerp voor nadere discussie.

Nu is deze abstracte discussie op dit moment wellicht voorbarig omdat maatwerk uitgaat van de notie dat de maat genomen kan worden en hierin nu juist het grootste probleem van BGZ ligt. Dit leidt tot de discussie over maatstaven en doeleinden die bij het oordeel over effectiviteit een hoofdrol spelen.

8.3.4 Discussie over doeleinden, maatstaven en effectiviteit

Wat betreft de concrete arbeidsomstandigheden zijn de maatstaven onder andere vastgelegd in grenswaarden, zoals de MAC; daarover is veel minder discussie mogelijk dan over andere aspecten van werk en gezondheid. In paragraaf 4.2 werd onder meer geconcludeerd dat de doeleinden en maatstaven die de zorgverleners in het beleid hanteren voor die andere aspecten, overwegend globaal van aard zijn. Het is bij voorbaat duidelijk dat met behulp van zulke globale normen de doeltreffendheid van het BGZ-beleid niet nauwkeurig kan worden geëvalueerd. Toch noemen de zorgverleners vooral globale effectmaatstaven voor de evaluatie. Het hanteren van dergelijke globale maatstaven kan tot onduidelijkheden en misschien zelfs tot spanningen leiden in het gesprek tussen de betrokkenen over de sturing van de BGZ-activiteiten. Daarom kan het wenselijk zijn, de doeleinden en maatstaven concreter, dus in termen van normen te formuleren. Bij het beoordelen van deze wenselijkheid rijzen er drie vragen:

- allereerst de vraag of de doeleinden en maatstaven concreter geformuleerd kunnen worden;
- voor zover dat niet kan, althans niet gebeurt, is daarna de vraag wat de gevolgen zijn van het hanteren van globale doeleinden en maatstaven voor het BGZ-beleid in de cliëntorganisatie;
- tenslotte de vraag waarom functionarissen binnen de BGD zelf zulke globale maatstaven aanhouden.

Wat betreft de eerste vraag: het moet principieel mogelijk worden geacht, de doeleinden en maatstaven meer dan tot nu toe in concrete termen te formuleren. Soms wordt een bepaald niveau van het ziekteverzuim als concreet doel gesteld, maar dat is niet zonder problemen (zie verderop). Ook bij stressklachten kan men zich dit voorstellen. Verder kan gewezen worden op het gebruik van PBGO-groepsgegevens, waarbij klachtniveaus van groepen werknemers vergeleken worden. Als norm wordt hierbij het scoreniveau van één of meer vergelijkbare groepen gebruikt.

Tegen een dergelijke werkwijze bestaat wellicht weerstand. Vertrouwdheid met de huidige werkwijzen en scepsis jegens nieuwe methodieken kunnen daar debet

aan zijn. Het gebruik van nieuwe methodieken stelt bovendien eisen aan de vaardigheden en de aanwezige middelen, waaraan nog niet alle BGD-en kunnen voldoen. Voorts valt te signaleren dat normen, zoals bijvoorbeeld voor verzuim niet onomstreden zijn. Duidelijk is dus dat er in principe oplossingen zijn om maatstaven concreet te maken, ofschoon de invoering van dergelijke maatstaven nog nadere studie vereist.

De tweede vraag, naar de gevolgen van het al dan niet hanteren van globale criteria voor het gezondheidsbeleid in de cliëntorganisatie, is daarom des te belangrijker. Eén van de gevolgen is, dat het hanteren van globale criteria het belang van overleg tussen de verschillende partijen vergroot. Dit overleg is nodig om de volgende redenen. Zonder concrete doeleinden en maatstaven zijn de partijen niet in staat, op eenvoudige wijze, na te gaan of het gevoerde beleid aan de verwachtingen voldoet. Men is nog minder in staat, zich een beeld te vormen van het oordeel van de andere partijen over de uitkomsten van het BGZ-beleid. Ondanks dat zullen de partijen hun oordeel over de vraag of het beoogde resultaat is bereikt, op elkaar moeten afstemmen, als ze althans gezamenlijk beleid willen voeren. Het is dan nodig, over deze moeilijke vraag overleg te voeren. Juist omdat deze vraag meestal niet rechtstreeks te beantwoorden is, zullen ook achterliggende vragen aan de orde komen zoals: of er een eigenlijk wel sprake van een resultaat is en, of het resultaat toe te schrijven is aan het beleid.

Ook op zulke vragen is doorgaans geen eenvoudig antwoord te geven, want de invloed op de gezondheid van werknemers van een bedrijfsgezondheidskundige interventie is moeilijk te onderscheiden van de andere invloeden die tegelijkertijd spelen. Het ligt dan voor de hand dat uitgeweken wordt naar de procedures in plaats van het resultaat, met vragen als: is er voldoende aandacht aan het beleidsonderwerp in kwestie besteed of: is er op de juiste wijze aandacht aan besteed? Het gevolg kan dan ook zijn dat de andere partijen in het beleid de neiging zullen hebben de activiteiten van de BGD te willen sturen en dit bij intensivering van hun bemoeienissen met het gezondheidsbeleid in toenemende mate zullen willen doen. Enerzijds beperkt dit de autonomie van de BGD, maar anderzijds kan dit het voordeel hebben dat de betrokkenheid van de andere partijen bij de activiteiten en hun instemming met de adviezen van de BGD vergroot

wordt. Dit benadrukt het belang van allerlei procesaspecten die in dit onderzoek in ruime mate aan de orde zijn geweest.

De derde vraag is, waarom de beroepsbeoefenaren binnen de BGZ zulke globale in plaats van specifieke maatstaven aanhouden. Operationalisaties van begrippen zijn vrijwel altijd beperkter dan de begrippen die ze moeten vertegenwoordigen. Een gecompliceerd begrip wordt zo gerepresenteerd door een overgesimplificeerde indicator. Men zou bijvoorbeeld voor de effectiviteit van de algemene gezondheidszorg de gemiddelde levensverwachting als operationalisatie kunnen nemen. De levensverwachting op zichzelf is daarvoor echter een gebrekkige indicator. Er moet namelijk ook een maat voor de kwaliteit van het bestaan in beschouwing genomen worden, opdat de gezondheid afgemeten kan worden aan het produkt van levensverwachting en kwaliteit. Laat men in zijn streven naar objectiviteit één van de twee factoren (namelijk kwaliteit van het bestaan) achterwege, dan heeft het produkt niet meer de betekenis die oorspronkelijk nagestreefd werd. Bij een zo vergaande operationalisatie wordt de zin van het oorspronkelijke begrip 'effectiviteit van de gezondheidszorg' opgeofferd aan de duidelijkheid, de objectiviteit.

Naar analogie van dit voorbeeld zou men in de BGZ het aantal arbeidsongeschikten als indicator kunnen nemen; net als in het voorgaande voorbeeld speelt hierin een tweede factor mee, namelijk de aanstellingskeuring. Het is voorstelbaar dat bij een ruim aanbod van werkkrachten, door een drastische selectie alleen de allersterkste kandidaten worden goedgekeurd, hetgeen ethisch bedenkelijk kan zijn. Dit kan ertoe leiden dat het aantal arbeidsongeschikten laag is. Neemt men dan alleen arbeidsongeschiktheid als criterium voor de effectiviteit van het bedrijfsgezondheidsbeleid, zonder te letten op de praktijk bij de aanstellingskeuring, dan is de kans groot dat dit beleid positief gewaardeerd wordt, terwijl een negatieve evaluatie meer op zijn plaats zou zijn.

Een ander voorbeeld uit de BGZ ligt op het gebied van het ziekteverzuim. Men zou ervan uit kunnen gaan dat een laag verzuim zonder meer indicatief is voor goede BGZ. Een laag verzuimniveau kan echter ook door heel andere factoren tot stand komen. Stel het extreme geval van een bedrijf met een zeer hoge werkdruk, die veel stressklachten veroorzaakt. De werknemers hoeden zich hier voor

verzuim en nemen eventueel liever ontslag als de werkdruk en hun klachten te veel toenemen, omdat door het bedrijf verzuimende werknemers onder druk gezet worden om te vertrekken. Zou men in zulke gevallen op grond van het lage verzuimniveau zonder meer concluderen dat het bedrijfsgezondheidsbeleid effectief is, dan is men duidelijk op de verkeerde weg.

Dit zijn maar enkele voorbeelden, maar waarschijnlijk speelt de vrees voor verkeerd gekozen of weinig effectieve normen mee in het gebruik van globale criteria binnen de BGZ. Het is in te denken dat men daarom de voorkeur geeft aan het voortgaan met globale criteria boven het zich moeten voegen naar heldere, maar (naar misschien gevreesd wordt) karikaturale normen.

Een andere factor die mogelijk meespeelt in de voorkeur voor globale criteria is dat de BGD net als iedere organisatie, de neiging heeft zichzelf te willen sturen. Te worden beoordeeld op concrete doeleinden en maatstaven vermindert de mogelijkheden van zelfsturing. Aan de andere kant echter zullen werkgever en OR ieder voor zich de BGD in hun eigen voorkeursrichting sturen, en bij voorkeur niet letten op procedures (die kunnen ze niet beoordelen), maar op concrete resultaten. De werkgever en de OR zijn dus, op hun eigen terrein, geïnteresseerd in concrete maatstaven: de werkgevers vaker op het gebied van het ziekteverzuim, de OR vaker op het gebied van de werkomstandigheden (zie de argumenten daarvoor in paragraaf 4.1). Het is duidelijk dat hier potentieel veel conflictstof ligt. Overigens zijn hiermee en passant de verwachtingen voor het volgende deelonderzoek geformuleerd.

Er kwamen hier vooral vragen op het gebied van de procesaspecten van het beleid aan de orde, waarvan er in dit onderzoek vele zijn onderscheiden. Meer in het algemeen betekent dit, dat in het overleg tussen de partijen over de vormgeving en de evaluatie van het beleid, tevens het procesaspect van het beleid ter discussie staat. Dit omvat ook de inbreng van de zorgverleners, dat wil zeggen zowel hun werkwijze als hun 'output' in de vorm van rapporten en adviezen. Deze inbreng zal in het algemeen acceptabeler zijn voor de andere partijen, naarmate duidelijk is dat de zorgverleners zich houden aan erkende kwaliteitscriteria op het gebied van het zorgproces. Hiermee is de wenselijkheid van kwa-

liteitscriteria op het gebied van het zorgproces voor de beroepspraktijk voldoende beargumenteerd.

Uit het voorafgaande kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- het is wenselijk, de doeleinden van de BGZ meer concreet (dat wil zeggen meer in effectmaten) te formuleren;
- dit is in principe mogelijk op meer deelgebieden dan thans het geval is;
- daarbij zal het desondanks (deels, voorlopig, door praktische, niet-principiële oorzaken) bij globale doeleinden en maatstaven blijven;
- dit leidt tot de noodzaak van intensief overleg tussen de partijen over de evaluatie van het gevoerde beleid en over de aandachtsverdeling van de BGD;
- kwaliteitscriteria op het gebied van het proces van zorgverlening zijn wenselijk en zullen dat voorlopig blijven.

Dit onderzoek biedt allerlei aanknopingspunten voor de uitwerking van zowel dergelijke procescriteria als criteria met betrekking tot de structuur en de output van de geleverde BGZ. Er valt te verwijzen naar enkele belangrijke uitkomsten uit het onderzoek, met gezichtspunten zoals:

- de capaciteit om werkplekonderzoek te doen (paragraaf 4.1.2);
- de overeenstemming tussen de tijdsbesteding en de prioriteiten (paragraaf 4.1.2);
- al dan niet aanwezigheid van gebreken in het externe overleg (paragraaf 4.1.3);
- voldoende inzet van de cliëntorganisatie voor de BGZ (paragraaf 4.1.6).

De informatie omvat nu alleen nog de visie van de kant van de verleners van de bedrijfsgezondheidskundige zorg. Na het tweede deelonderzoek, onder de ontvangers van de zorg, moet het mogelijk zijn, een aanzet voor een evenwichtig stelsel van kwaliteitscriteria te geven (waarbij overigens niet moet worden vergeten dat de Arbwet al een ruim aantal criteria kent). De zorgverleners, de cliënten en de overheid kunnen dan, al of niet op basis van consensus, hun keuzen maken.

LITERATUUR

- ANDRIESSEN, J.H.T.H., P.J.D. DRENTH & C.J. LAMMERS. Medezeggenschap in Nederlandse bedrijven; verslag van een onderzoek naar participatie en invloedsverhoudingen. Amsterdam, Vrije Universiteit, 1980
- BEER, P.H.M. DE. Onafhankelijkheid van de bedrijfsarts; visie van de beroepsorganisatie. T. Soc. Gezondheidszorg 64 (1986) 693-6
- BROERSEN, J.P.J., A.H.M. WEEL & VAN F.J.M. VAN DIJK. Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek - middel en maatstaf. Bedrijfsgezondheidsdienst Oost-Gelderland en Coronel Laboratorium/ Studiecentrum Arbeid en Gezondheid, Universiteit van Amsterdam, 1989
- BOONSTRA, J.J. & J.T. ALLEGRO. Theoretische achtergronden integrale organisatie-ontwikkeling. In: A. Verburg (red.). Reader Organisatie-ontwerp. Heerlen, Open Universiteit, 1989
- BUMA, S. Naar een nieuw functieprofiel van de bedrijfsarts. Lezing Bedrijfs-geneeskundig Gezelschap Rijnmond, 18-2-1987. Voorburg, Directoraat-Generaal van de Arbeid, 1987
- BUNT, P.A.E. De organisatie-adviseur, begeleider of expert? Een vergelijkend onderzoek naar de effecten van twee organisatie-adviesmethoden. Alphen a/d Rijn, Samsom, 1978
- BUYS, P.C. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, Amsterdam, Stichting CCOZ, 1985
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Enquête Beroepsbevolking 1987; voornaamste uitkomsten. Voorburg/Heerlen, CBS, 1988
- DEKKERS, H. Gezondheidsvoorlichting in de arbeidssituatie. Tilburg, IVA, 1986
- DONABEDIAN, A. Exploration in quality assessment and monitoring. Vol.I: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980
- DONABEDIAN, A. Exploration in quality assessment and monitoring. Vol.II: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, Health Administration Press, 1982
- DOORN, J.A.A. VAN. Overvraging van beleid; over oorzaken en gevolgen van groeiende bestuurlijke onmacht. Beleid & Maatschappij 7 (1980) 39-40
- DRAAISMA, D. A conceptual approach to the evaluation of quality and effectiveness of occupational health care. In: Proceedings of the International Symposium on New Trends and Developments in Occupational Health Services. Amsterdam etc., Elsevier, ter perse.
- DRAAISMA, D. Effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg; een discussienota over mogelijk onderzoek. Leiden, NIPG/TNO, 1987a.

- DRAAISMA, D. Effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg; een voorstel voor onderzoek onder beroepsbeoefenaren in de BGZ. Leiden, NIPG/TNO, 1987b.
- DRAAISMA, D., H. DAM & F.H.G. MARCELISSEN. Van ivoren toren naar glazen huis? (1); recente kritiek op bedrijfsgezondheidszorg door werkgevers en werknemers. Leiden, NIPG/TNO, 1989a (ter publikatie aangeboden aan het T. Soc. Gezondheidszorg)
- DRAAISMA, D., H. DAM & F.H.G. MARCELISSEN. Van ivoren toren naar glazen huis? (2); standpunten uit kringen van BGD-en en overheid in verband met de kritiek van werkgevers en werknemers. Leiden, NIPG/TNO, 1989b (ter publicatie aangeboden aan het T. Soc. Gezondheidszorg)
- FRATERMAN, A. Bedrijfsgezondheidszorg en bedrijfsarts; een werkgeversvisie. T. Soc. Gezondheidszorg 64 (1986) 700-3
- GOODMAN, P. & J.M. PENNING (eds) New perspectives on organizational effectiveness. London etc., Jossey-Bass, 1977
- GRINTEN, M.P. VAN DER, I.J.H. URLINGS & V.H. HILDEBRANDT. Preventie beroepsgebonden rugproblematiek; inventarisatie van methoden van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) in de arbeidssituatie. Voorburg, Directoraat-Generaal van de Arbeid, 1988. (publicatie S 35-1)
- GRÖNROOS, CHR. Designing a long range marketing strategy for services. Long Range Planning, 13 (1980) 36-42
- GRÜNWARD-SCHINDL, C.A. & A. KRAAN-JETTEN. Evaluatie van en voor overheidsbeleid: Een overzicht van vormen en benaderingen. Beleid en Maatschappij, 12 (1985) 128-136
- HART, H.W.C. VAN DER. Leveren zonder prijsspiraal. Dissertatie TH Eindhoven, 1983
- INDUSTRIEBOND FNV, Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg; naar een goede verhouding, ondernemingsraad en bedrijfsgezondheidszorg. Amsterdam, Industriebond FNV, 1986
- JACOBS, J.J. & A.B.M. VAN POUCKE. Een Arbodienst aan de arbeid; evaluatierapport BGD Oost-Gelderland. 's-Gravenhage, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1989
- JONKERS, A.H. & P.E.M. LINDEMAN-CLOQUET. Het bestand van en de vacatures voor artsen en verpleegkundigen bij bedrijfsgeneeskundige diensten op 1-08-1988; verslag van een enquête. Leiden, NIPG/TNO, 1989
- JURAN, J.M., F.M. GRYMA JR & R. BINGHAM JR (eds.). Quality control handbook. New York etc., McGraw-Hill, 1974
- KASTELEIN, J. Modulair organiseren doorgelicht. Groningen, Wolter-Noordhoff, 1985

- LAMMERS, C.J. Organisaties vergelijkenderwijs; ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties. Utrecht, Het Spectrum, 1987
- LEVIE, H., Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg. Arbeidsomstandigheden 64 (1988) 257-258
- LOURIJSEN, E.C.M.P., H.HOOLBOOM & W.L.A.M. DE KORT. De medische aanstellingskeuring; een inventarisatie van de mate waarin en de wijze waarop Nederlandse bedrijven en artsen medische aanstellingskeuringen (laten) verrichten. Voorburg, DGA, 1989
- LOURIJSEN, E.C.M.P. & J. DAM. Het keurings- en besluitvormingsproces bij aanstellingskeuring; een voorstudie onder tien artsen. Leiden, NIPG/TNO, 1990
- NEN-ISO. Kwaliteitszorg en normen voor kwaliteitsbevordering; richtlijnen voor de keuze en de toepassing. Delft, NNI, 1988
- PHILIPSEN, H. Steekproeven. Oratie RU Leiden, 1969
- PLOMP, H.N. Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg; een studie naar de afstemming van vraag en aanbod in de bedrijfsgezondheidszorg. Amsterdam, VU Uitgeverij, 1985
- PLOMP, H.N. Bedrijven en bedrijfsgezondheidsdiensten; een studie naar het verloop en de determinanten van professionaliseringsprocessen in organisaties. Amsterdam, VU Uitgeverij, 1987 (eerder verschenen als proefschrift VU)
- PREVENTIEBELEID IN DE ARBEIDSGENEESKUNDE. Verslag van de 23e Vlaamse Universitaire Studiedagen voor Arbeidsgeneeskunde te Leuven, 18 en 19 mei 1989. Leuven, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde, 1989
- PUTTEN, D.J. VAN, & F.H.G. MARCELISSEN. Periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek in Nederland als middel bij preventief beleid. In: Preventiebeleid in de arbeidsgeneeskunde (1989)
- PUTTEN, D.J. VAN, & J.S. OVERSLOOT. Model Bedrijfsgezondheidszorg; standaardformulieren voor het vastleggen van gezondheidsgegevens: werkwijzen en problemen in de praktijk. Leiden, NIPG/TNO, 1984
- PUTTEN, D.J. VAN, & J.S. OVERSLOOT. Periodiek onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg; opzet en inhoud van het APO en PBGO op een 50-tal BGD'en. T. Soc. Gezondheidszorg, 64 (1986) 676-680.
- RAAD VOOR GEZONDHEIDSONDERZOEK (RGO). Advies kwaliteit van zorg; terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek, Den Haag, RGO, 1990
- RAPPORT van de Commissie van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde inzake de voor de toekomst gewenste structuur van de BGZ. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken, 1979

- REUBSAET, T.J.M., P.A.M. DEN BOER, P.C.J. SWEERE & H.J.M. VAN DEN TILLAART: De ARBO-wet in uitvoering; een onderzoek naar ervaringen in de praktijk. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1988
- SCHEURER, J.G. De bedrijfsgezondheid in de onderneming van de toekomst. Arbeidsomstandigheden 64 (1988) 525-529
- SEASHORE, S.E.A. Framework for an integrated model of organizational effectiveness. In: K.S. Cameron & D.A. Whetten (eds.). Organizational effectiveness; a comparison of multiple methods. New York etc., Academic Press, 1983
- SMULDERS, P.G.W. & T.J. VEERMAN (red.). Handboek ziekteverzuim; gids voor het bedrijfsleven. Den Haag, Delwel, 1990
- STURMANS, F., M.C.J.M. VAN DONGEN & G.A. ZIELHUIS. Naar een gezonde werkomgeving; epidemiologie binnen de bedrijfsgezondheidszorg. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1982
- VEERDONK, J.J.M. VAN DE, Visie van werkgevers op arbozaken: "BGZ is eenheidsworst: aanpak bedrijfstakgewijs noodzakelijk". Arbeidsomstandigheden 64 (1988) 161-166
- VERMEULEN, W.E.J., Scholing OR/VGW-commissie uit de kinderschoenen. Arbeidsomstandigheden 63 (1987) 535-539
- VREEMAN, R.L. Artsen en arbeiders; werknemersbelangen en de bedrijfsgezondheidszorg. T. Soc. Gezondheidszorg 64 (1986) 697-700
- WALTERS, V & T. HAINES. Workers' perceptions, knowledge and responses regarding occupational health and safety: a report on a Canadian study. Social Science and Medicine 27 (1988) 1189-1196
- WALTERS, V. The politics of occupational health and safety: an interview with workers' health and safety representatives and company doctors. Canadian Review of Sociology and Anthropology 22 (1985) 57-79
- WINTER, C.R. de & A. DIJKSTRA (red.). De bedrijfsarts over zijn werk. Leiden, NIPG/TNO, 1984
- WINTER, C.R. de, P.C. BUIJS & R. VERHAGEN. De rol van de betrokkenen bij het ziekteverzuim. In: SMULDERS & VEERMAN (1990), pp 157-176

BIJLAGEN

- a. de interview-vragenlijst
- b. de schriftelijke vragenlijst naar activiteiten
- c. de verzamellijst tijdsbesteding
- d. de doeleinden die acht zorgverleners noemen betreffende hun activiteiten
- e. overzicht van de suggesties ter verbetering van de werkwijzen
- f. overzicht van knelpunten en pluspunten in de werkwijzen en de vaardigheden van de zorgverleners
- g. de uitkomsten van de kruistabellen van de zes BGD- en cliëntkenmerken tegen de zeven thema's in de proces- en outputaspecten
- h. overzicht van de significante verbanden tussen de aspecten van de zorg en de zes BGD- en cliëntkenmerken
- i. constructie van 25 samengestelde variabelen m.b.t. proces en output van BGZ
- j. significante beta-coëfficiënten uit de multiële regressie-analyses van de proces- en outputvariabelen op de acht kwaliteitsindicatoren
- k. significante beta-coëfficiënten uit de multiële regressie-analyses van de zes BGD- en cliëntkenmerken op de acht kwaliteitsindicatoren
- l. samenstelling van de variabelen 'bedrijfs- en werkgerichtheid', 'gerichtheid op communicatie met de cliëntorganisatie' en 'individuegerichtheid'
- m. factoren in de BGD-, cliënt-, proces- en outputvariabelen tegelijk
- n. legenda van afgekorte namen van variabelen
- o. groepen BGD-en naar hun activiteiten in periodiek onderzoek
- p. lijst van veelgebruikte afkortingen

biilage a.

DE INTERVIEW-VRAGENLIJST

BGD :

bedrijf/instelling :

namen/functies resp. :

EFFECTIVITEIT VAN BGZ VOLGENS

BEROEPSBEOEFENAREN

interviewlijst

INHOUDSOPGAVE

1.	KENMERKEN VAN DE BGD EN DE VERZORGDE ORGANISATIE . . .	1
1.1	Jaarverslag BGD	1
1.2	Bedrijf	1
1.3	Gezondheidsproblematiek	1
1.4	Verzekeringsvorm en Ziektewetcontrole	2
2.	INVENTARISATIE ACTIVITEITEN EN RESPONDENTEN	3
2.1	Rapportage aan het bedrijf	3
2.2	Redenen voor het <u>niet</u> doen van activiteiten	3
2.3	Opleiding en aantal jaren werkzaam	4
3.	BESCHRIJVING EN EVALUATIE BGZ-ACTIVITEITEN	5
3.1	Aanstellingskeuringen en -onderzoek	5
3.2	Eerste hulp bij ziekte of ongevallen	7
3.3	Begeleiding bij langdurig verzuim	9
3.4	Begeleiding bij reïntegratie of aanname van gehandicapte werknemers .	14
3.5	Begeleiding bij frekwent kortdurend verzuim	15
3.6	Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur	18
3.7	Gericht periodiek onderzoek	20
3.8	Periodiek Bedrijfs-Gezondheidskundig Onderzoek (PBGO)	24
3.9	Algemeen gezondheidszonderzoek (APO)	27
3.10	Arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek	30
3.11	Werkplekbezoek	33
3.12	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding of -onderricht	36
4.	OVERLEG	40
4.1	PZ	40
4.2	VGW-commissie en BGZ	40
4.3	OR en BGZ	41
4.4	Sociaal Medisch Team	42
4.5	Directie	42
4.6	Overlegvergadering directie en OR	42
4.7	Overleg met VG-en m.b.t. de Ziektewet/ABP	43
4.8	Evaluatie van het overleg	44
4.9	Arbeidsinspectie	45
5.	ADVISERING	46
5.1	Adviezen aan individuele werknemers	46
5.2	Voorgestelde maatregelen aan het bedrijf	46
5.3	Adviesrelaties BGD-bedrijf	47

5.4	Het meest ingrijpende advies voor het bedrijf	49
5.5	Het bedrijfsgezondheidskundig meest belangrijke advies	51
6.	TIJDSBESTEDING	53
7.	WERKWIJZEN EN KWALITEITSBEWAKING	55
8.	STURING BGZ-BELEID	57
8.1	Belang van BGZ voor het bedrijf	57
8.2	Evaluatie BGZ	57
8.3	Kosten versus baten	58
8.4	BGZ-beleid	59
8.5	Bijdrage van de participanten aan BGZ	61
9.	SLOTVRAGEN	64
9.1	Doeltreffendheid	64
9.2	Vertrouwen van werknemers in de BGD	65

1. KENMERKEN VAN DE BGD EN DE VERZORGDE ORGANISATIE

1.1 Jaarverslag BGD

Hebben wij dit voorafgaande aan het interview? ja/nee

(indien nee: erom vragen)

1.2 Bedrijf

Bedrijfstak:

grootte:

Bestaat er een BGD-verslag m.b.t. het bedrijf: ja/nee

Is dit door ons ontvangen: ja/nee

financieel-economische positie: groeit/krimpt/is stabiel

goed/matig/slecht

sinds wanneer bestaat de vestiging:

1.3 Gezondheidsproblematiek

Waaruit bestaat de gezondheidsproblematiek in dit bedrijf?

.....

.....

.....

De interviewer gaat na of de vraag naar de risicogroepen en -factoren is ingevuld in de schriftelijke vragenlijst en vraagt of er nog opmerkingen zijn.

1.4 Verzekeringsvorm en Ziektewetcontrole

1.4.1 Door wie gebeurt de Ziektewet-controle?

- bedrijf of Afdelingskas 52 weken zelf
- bedrijf of Afdelingskas 10 weken zelf
- door anderen, nl.

1.4.1.1 (indien door bedrijf of Afdelingskas:)

Wie is verantwoordelijk voor de medische controle?

- de bedrijfsarts zelf
- iemand anders binnen de BGD, nl.
- VG in dienst van het bedrijf
- anders, nl.:

1.4.1.2 (indien door bedrijf of Afdelingskas:)

Wie voert de niet-medische controle uit?

- medewerker van de BGD
- medewerker van bedrijf of Afdelingskas
- anders, nl.:

1.4.2 Wordt van de werknemers zelf een schriftelijke melding van zijn klachten e.d. gevraagd?

ja/nee

1.4.3 Op de hoeveelste dag van het ziektegeval vindt de eerste controle plaats?

.. dag

1.4.4 Indien eerste controle niet door VG/BA zelf: na hoeveel dagen ziet of spreekt de VG/BA de werknemer?

.. dagen

2. INVENTARISATIE ACTIVITEITEN EN RESPONDENTEN

2.1 Rapportage aan het bedrijf

activiteit	functie rapporteur aan het bedrijf
1. Aanstellingsonderzoek	
2. Eerste hulp	
3. Begeleiding langdurig verzuim	
4. Begeleiding frekwent kortd. verzuim	
5. Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur	
6. Gericht Periodiek Onderzoek	
7. Periodiek Bedrijfsgezondheidsk. onderzoek	
8. Algemeen Periodiek Onderzoek	
9. Arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek	
10. Werkplekbezoek	
11. GVO	

2.2 Redenen voor het niet doen van activiteiten (naar aanleiding van de verzamellijst tijdsbesteding)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 Opleiding en aantal jaren werkzaam in de discipline van de betrokkenen:

naam	opleiding	aantal jaren ervaring
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		

3. BESCHRIJVING EN EVALUATIE BGZ-ACTIVITEITEN

3.1 **Aanstellingskeuringen en -onderzoek** (respondent: ,)
(hieronder keuring te noemen)

3.1.1 Wat is in het kort de gebruikelijke werkwijze?

.....

.....

.....

3.1.2 Welke categorieën personeel worden gekeurd?

.....

.....

.....

3.1.3 Worden de juiste categorieën personeel gekeurd, gezien:

- de gezondheidsrisico's in het bedrijf? ja/nee
- de formele verplichtingen (w.o. wetgeving, arbeidsvoorwaarden, CAO-afspraken)? ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

3.1.4 Is er een mogelijkheid van herkeuring? ja/nee

3.1.4.1 Zo ja: door wie?

* 3.1.5 Hoeveel personen werden vorig jaar gekeurd of onderzocht? ... personen

3.1.6 Is dat naar uw mening te weinig/voldoende/teveel?

A te weinig/voldoende/teveel

3.1.6.1 (indien te weinig of teveel:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

* 3.1.7 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst
tijdsbesteding?

ja/nee

3.1.8 Kunt u voldoende aandacht aan elke keuring besteden?

ja/nee

3.1.9 Wat zijn de concrete doeleinden bij de aanstellingskeuring?

.....

.....

.....

3.1.10 Hebt u suggesties ter verbetering van de werkwijze met
betrekking tot aanstellingsonderzoek?

.....

.....

.....

3.2 Eerste hulp bij ziekte of ongevallen (respondent: ,)

3.2.1 Welke rol heeft de BGD bij eerste hulp?

.....

.....

.....

(uitvoerend/ondersteunend/beiden/geen rol)

(indien geen rol: door naar vraag 3.3)

- * 3.2.2 Aan hoeveel werknemers werd vorig jaar eerste hulp verleend?
(niet alleen in gevallen met verzuim) ... werknemers

3.2.3 Welke categorieën personeel het meest?

.....

.....

.....

- * 3.2.4 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst
tijdsbesteding? ja/nee

- 3.2.5 Is dit naar uw mening te weinig, voldoende of teveel tijd?
A te weinig/voldoende/teveel

3.2.5.1 (indien te weinig of teveel:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

- 3.2.6 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via
de eerste hulp op het spoor gekomen? ja/nee

3.2.6.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

3.2.7 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. de EHBO aan het bedrijf
maatregelen voorgesteld?

ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

**(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGES-
TELDE MAATREGELEN BEDRIJF')**

3.2.8 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

In paragraaf 3.3 en 3.4 wordt de begeleiding bij lang- respectievelijk kortdurend ziekteverzuim behandeld. Als de VG-taak ter sprake komt, wordt alleen de controletaak t.a.v. ziekteverzuim bedoeld.

3.3 Begeleiding bij langdurig verzuim (respondent: ,)

- * 3.3.1 Waar ligt de ondergrens voor de begeleiding bij langdurig verzuim? .. weken/geen vaste grens
 Waar ligt de bovengrens voor de begeleiding bij langdurig verzuim? .. weken/geen vaste grens

3.3.2 Zijn er standaardprocedures voor de begeleiding? ja/nee

3.3.2.1 (zo ja:) Welke?

.....

3.3.2.2 Met wie, behalve de verzuimer, hebt u doorgaans contacten bij begeleiding van lang verzuim?

.....

3.3.3 Schakelt het bedrijf u in als men een verzuim onterecht lang vindt duren? ja/nee

3.3.3.1 (ja of nee:) Toelichting:

.....

3.3.4 Bestaat er een Sociaal Medisch Team (SMT)? ja/nee

3.3.4.1 Wie zitten daarin?

.....

.....

.....

3.3.4.2 Hoe vaak vergadert het?

... per jaar

3.3.4.3 Hoe is de werkwijze?

.....

.....

.....

3.3.5 Hebt u contacten met de curatieve sector?

ja/nee

(zo nee: door naar vraag 3.3.7)

3.3.6 Loopt de informatie-uitwisseling met de curatieve sector goed?

ja/nee

3.3.6.1 Is er daarbij sprake van goede informatie?
Van tijdige informatie?

ja/nee

ja/nee

3.3.6.2 Wordt de betrokken werknemer van tevoren
instemming gevraagd?

ja/nee

* 3.3.7 In welk percentage van de in aanmerking komende gevallen
(langer dan ..weken) vond vorig jaar begeleiding plaats?

... %

3.3.8 Welke categorieën personeel worden vooral begeleid?

.....

.....

.....

3.3.9 Op grond waarvan wordt besloten tot begeleiding?

.....

.....

.....

3.3.10 Worden de juiste categorieën begeleid, gezien:

- de gezondheidsrisico's in het bedrijf? ja/nee
- de formele verplichtingen (w.o. wetgeving, arbeidsvoorwaarden, CAO-afspraken)? ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

* 3.3.11 Hoeveel eerste consulten waren er vorig jaar? ... consulten

* 3.3.12 Hoeveel werknemers werden vorig jaar begeleid? werknemers

* 3.3.13 Kunt u aangeven hoeveel personen vorig jaar in de volgende categorieën vielen? (het gaat alleen om de gevallen, waarvan de begeleiding in dat jaar afgesloten is)

1. zonder blijvende beperkingen het eigen werk hervat,
zonder (tijdelijke) maatregelen of aanpassingen ..
2. zonder blijvende beperkingen het eigen werk hervat,
na tijdelijk parttime in de eigen functie te hebben gewerkt ..
3. zonder blijvende beperkingen het eigen werk hervat,
na tijdelijk in een aangepaste functie te hebben gewerkt ..
4. met blijvende beperkingen,
werkend in een andere of aangepaste functie ..
5. met blijvende beperkingen,
(nog) niet werkend ..

ad.1t/m4 In hoeverre is dit werk te vinden?

.....

.....

.....

In hoeverre werkt het bedrijf hieraan mee?

.....

.....

.....

- * 3.3.14 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding?

ja/nee

- 3.3.15 Kunt u voldoende aandacht geven aan de begeleiding van lang verzuim?

ja/nee

3.3.15.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

- 3.3.16 Wat zijn de concrete doeleinden bij begeleiding van lang verzuim?

.....

.....

.....

- 3.3.17 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via deze verzuimbegeleiding op het spoor gekomen?

ja/nee

3.3.17.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

3.3.18 Komt het voor dat n.a.v. de begeleiding van lang verzuim aan individuele werknemers adviezen worden gegeven?

ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

3.3.19 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. het langdurend verzuim maatregelen aan het bedrijf voorgesteld?

ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGESTELDE MAATREGELEN BEDRIJF')

3.3.20 In hoeverre denkt u dat verzuimbegeleiding ten koste gaat van de vertrouwenspositie van de BGD?

D niet/enigermate/vrij sterk/sterk

Toelichting:

.....

.....

.....

3.3.21 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.4 Begeleiding bij reïntegratie of aanname van gehandicapte werknemers
(respondent: ,)

Hieronder wordt verstaan de begeleiding van werknemers met een blijvende handicap in het werk, waarvoor passende arbeid moet worden gezocht. Veelal gebeurt dit in het kader van de WAGW.

3.4.1 Is de procedure anders dan bij de begeleiding van langdurig verzuim in het algemeen? ja/nee

(zo ja:) In welk opzicht?

.....
.....
.....

3.4.2 Hoeveel werknemers werden vorig jaar begeleid? ... werknemers

3.4.3 Kunt u voldoende aandacht geven aan de begeleiding bij reïntegratie? ja/nee

(zo nee:) Toelichten:

.....
.....
.....

3.4.4 Heeft het bedrijf voldoende aandacht voor de reïntegratie van gehandicapte werknemers? ja/nee

3.4.5 Hebt u suggesties ter verbetering:

.....
.....
.....

3.5 Begeleiding bij frekvent kortdurend verzuim (respondent: ,)

* 3.5.1 Bij hoeveel dagen ligt de grens voor frekvent kortdurend verzuim? ... dagen

* 3.5.2 Vanaf welke frekwentie spreekt u van frekvent verzuim? .. keer

3.5.3 Zijn er standaardprocedures voor de begeleiding? ja/nee

3.5.3.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

3.5.3.2 Met wie, behalve de verzuimer zelf hebt u contacten bij begeleiding van kort verzuim?

.....

.....

.....

3.5.4 Schakelt het bedrijf u in als men onterecht verzuim vermoedt? ja/nee

3.5.4.1 (ja of nee:) Toelichting:

.....

.....

.....

* 3.5.5 Hoeveel personen begeleidde u vorig jaar? personen

* 3.5.6 Welk percentage van de frekvent kortverzuimers werd vorig jaar begeleid? ..%

3.5.7 Op grond waarvan wordt besloten tot begeleiding?

.....

.....

.....

3.5.10 Worden de juiste categorieën personeel begeleid, gezien:

- de gezondheidsrisico's in het bedrijf? ja/nee

- gezien de formele verplichtingen (w.o. wetgeving, arbeidsvoorwaarden, CAO-afspraken)? ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

* 3.5.11 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding? ja/nee

3.5.12 Kunt u voldoende aandacht aan frekvent kortverzuimers geven? ja/nee

3.5.12.1 (indien te weinig of teveel:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

3.5.13 Wat zijn de concrete doeleinden bij begeleiding van frekvent kortdurend verzuim?

.....

.....

.....

- 3.5.14 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via de begeleiding van kort verzuim op het spoor gekomen? ja/nee

3.5.14.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

- 3.5.15 Komt het voor dat n.a.v. het kortdurend verzuim aan individuele werknemers adviezen worden gegeven? ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

- 3.5.16 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. het frekvent kortdurend verzuim maatregelen aan het bedrijf voorgesteld? ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGESTELDE MAATREGELEN BEDRIJF')

- 3.5.17 In hoeverre denkt u dat verzuimbegeleiding ten koste gaat van de vertrouwenspositie van de BGD?

D niet/enigermate/vrij sterk/sterk

Toelichting:

.....

.....

.....

- 3.5.18 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.6 **Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur** (respondent: ,)

N.B. Het gaat hier om spreekuurbezoek exclusief bezoeken in verband met verzuimbegeleiding en de VG-taak m.b.t. het ziekteverzuim

* 3.6.1 Hoe vaak wordt dit spreekuur gehouden? .. maal per week

* 3.6.2 Hoeveel personen zag u vorig jaar? ... personen

* 3.6.3 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding? ja/nee

3.6.4 Kunt u bij het spreekuur voldoende aandacht aan de werknemers besteden? ja/nee

3.6.4.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

3.6.5 Wat zijn de concrete doeleinden bij het spreekuur?

.....

.....

.....

3.6.6 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via het spreekuur op het spoor gekomen? ja/nee

3.6.6.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

- 3.6.7 Komt het voor dat n.a.v. het spreekuur aan individuele werknemers adviezen worden gegeven?

ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

- 3.6.8 Welke categorieën personeel komen er?

.....

.....

.....

- 3.6.9 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. het spreekuur maatregelen aan het bedrijf voorgesteld?

ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGESTELDE MAATREGELEN BEDRIJF')

- 3.6.10 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.7 **Gericht periodiek onderzoek** (respondent: ,)

* 3.7.1 Op welke risicogroepen is het GPO gericht?

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Toelichting:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.7.2 Op welke criteria is deze keuze gebaseerd?

.....

.....

.....

3.7.3 Is GPO gericht op de juiste categorieën personeel?

- de gezondheidsrisico's in het bedrijf ja/nee
- de formele verplichtingen (w.o. wetgeving, arbeidsvoorwaarden, CAO-afspraken)? ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

* 3.7.4 Beschrijving van de procedure bij het gericht PO per risicogroep (maximaal zes)

aspect van de procedure	antwoord categorie	1	2	risicogroep		5	6
				3	4		
Wat is de periode in jaren?	.. jr						
Is deelname verplicht?	ja/nee						
Hoeveel procent van de werknemers in de risicogroep bereikt u met het gericht periodiek onderzoek?	.. %						
Welke leeftijdsgrens geldt er?	.. jaar						
Is er routinematig een gesprek met deelnemers?	ja/nee						
(zo ja:) door wie?	BVK/BA						
Houdt het gericht PO bij ieder een lichamelijk onderzoek in?	ja/nee						
Gebruikt u vragenlijsten?	ja/nee						
(zo ja:) welke?							
Wordt biometrie gedaan?	ja/nee						
(zo ja:) Waarop gericht?							
Wordt werkplekonderzoek gedaan?	ja/nee						
(zo ja:) Standaard of ad hoc?	st/ad hoc						

* 3.7.5 Hoeveel werknemers van het bedrijf werden er vorig jaar onderzocht in het kader van GPO? werknemers

* 3.7.6 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding? ja/nee

3.7.7 Heeft u voldoende tijd voor GPO? ja/nee

3.7.7.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

3.7.8 Wat zijn de concrete doeleinden bij het GPO?

.....

.....

.....

3.7.9 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via het GPO op het spoor gekomen?

ja/nee

3.7.9.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

3.7.10 Komt het voor dat n.a.v. het GPO aan individuele werknemers adviezen worden gegeven?

ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

3.7.11 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. het GPO maatregelen aan het bedrijf voorgesteld?

ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGESTELDE MAATREGELEN BEDRIJF')

3.7.12 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.8 Periodiek Bedrijfs-Gezondheidskundig Onderzoek (PBGO)

(respondent: ,)

3.8.1 Welke categorieën werknemers worden onderzocht?

.....

.....

.....

3.8.2 Op welke criteria is deze keuze gebaseerd?

.....

.....

.....

3.8.3 Elementen van het PBGO:

3.8.3.1 Is er routinematig een gesprek met de deelnemers? ja/nee
(zo ja:) Met wie?

3.8.3.2 Houdt het PBGO routinematig lichamelijk onderzoek in? ja/nee

3.8.3.3 Houdt het PBGO routinematig biometrie in? ja/nee

3.8.3.4 Wordt een vragenlijst afgenomen? ja/nee

Indien ja:

Bevat deze vragen over de gezondheid? ja/nee

Bevat deze vragen over het werk? ja/nee

3.8.3.5 Hoe wordt men opgeroepen?
individueel/groepsgewijs/afdelingsgewijs

3.8.3.6 Wat is de periode? jaar

* 3.8.4 Hoeveel werknemers van het bedrijf werden vorig jaar onderzocht in het kader van het PBGO? werknemers

* 3.8.5 Hoeveel procent van de beoogde werknemers werden in feite in het kader van PBGO onderzocht vorig jaar? ... %

3.8.6 Is het PBGO op de juiste categorieën gericht?

- Gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf? ja/nee

- Gezien de formele verplichtingen (w.o. wetgeving, arbeidsvoorwaarden, CAO-afspraken)? ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

* 3.8.7 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding?

ja/nee

3.8.8 Kunt u voldoende tijd aan PBGO besteden?

ja/nee

3.8.8.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

3.8.9 Wat zijn de concrete doeleinden bij het PBGO?

.....

.....

.....

3.8.10 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via het PBGO op het spoor gekomen?

ja/nee

3.8.10.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

- 3.8.11 Komt het voor dat n.a.v. het PBGO aan individuele werknemers adviezen worden gegeven?

ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

- 3.8.12 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. het PBGO maatregelen aan het bedrijf voorgesteld?

ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

**(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGES-
TELDE MAATREGELEN BEDRIJF')**

- 3.8.13 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.9 Algemeen gezondheidszonderzoek (APO) (respondent: ,)

N.B. Niet verwarren met afdelingsgericht periodiek onderzoek

3.9.1 Welke categorieën werknemers worden onderzocht?

.....

.....

.....

3.9.2 Op welke criteria is deze keuze gebaseerd?

.....

.....

.....

3.9.3 Elementen van het APO:

3.9.3.1 Is er een routinematig gesprek met deelnemers? ja/nee

3.9.3.2 Houdt het APO routinematig lichamelijk onderzoek in? ja/nee

3.9.3.3 Houdt het APO routinematig biometrie in? ja/nee

3.9.3.4 Hoe wordt men opgeroepen?
individueel/groepsgewijs/afdelingsgewijs

3.9.3.5 Met welke periode? jaar

* 3.9.4 Hoeveel werknemers van het bedrijf werden vorig jaar in het kader van het APO onderzocht? werknemers

* 3.9.5 Hoeveel procent van de beoogde werknemers bereikt u met het periodiek onderzoek? ... %

3.9.6 Nemen de juiste categorieën personeel deel?

- Gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf? ja/nee

- Gezien de formele verplichtingen (w.o. wetgeving, arbeidsvoorwaarden, CAO-afspraken)?

ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

- * 3.9.7 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding?

ja/nee

- 3.9.8 Kunt u voldoende tijd aan APO besteden?

ja/nee

- 3.9.8.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

- 3.9.9 Wat zijn de concrete doeleinden bij het APO?

.....

.....

.....

- 3.9.10 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via het APO op het spoor gekomen?

ja/nee

- 3.9.10.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

- 3.9.11 Komt het voor dat n.a.v. het APO aan individuele werknemers adviezen worden gegeven?

ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

- 3.9.12 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. het APO maatregelen aan het bedrijf voorgesteld?

ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGESTELDE MAATREGELEN BEDRIJF')

- 3.9.13 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.10 **Arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek** (respondent: ,)

3.10.1 Wordt arb.hyg./erg werkplekonderzoek gedaan in het kader van PBGO? ja/nee

3.10.2 Wordt werkplekonderzoek gedaan los van periodiek onderzoek? ja/nee

3.10.3 Worden hier de fysische risico's beoordeeld? ja/nee

3.10.4 Worden hier de chemische risico's beoordeeld? ja/nee

3.10.5 Worden hier de biologische risico's beoordeeld? ja/nee

3.10.6 Worden bepaalde functies en werkplekken ergonomisch onderzocht? ja/nee

3.10.7 Worden de juiste situaties onderzocht?

- Gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf? ja/nee

- Gezien de formele verplichtingen (waaronder wetgeving, arbeidsvoorwaarden en CAO-afspraken)? ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

* 3.10.8 Hoeveel situaties werden vorig jaar onderzocht? ..

3.10.9 Kunt u kort aangeven welke situaties dat waren?

.....

.....

.....

* 3.10.10 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding? ja/nee

3.10.11 Kunt u voldoende tijd besteden aan dit onderzoek? ja/nee

3.10.11.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

3.10.12 Wat zijn de concrete doeleinden bij de bedrijfshygiëne en ergonomisch onderzoek in dit bedrijf?

.....

.....

.....

3.10.13 Welke normen hanteert u bij beoordeling van werksituaties?

.....

.....

.....

3.10.14 Komt het voor dat n.a.v. arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek aan individuele werknemers adviezen worden gegeven?

ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

3.10.15 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. het arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek maatregelen aan het bedrijf voorgesteld?

ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

**(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGES-
TELDE MAATREGELEN BEDRIJF')**

3.10.16 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.11 Werkplekbezoek (respondent: ,)

(het gaat om bezoek aan werkplekken zonder dat metingen in de arbeidshygiënische of ergonomische zin worden gedaan)

3.11.1 Waarop is het werkplekbezoek gericht?

.....

.....

.....

3.11.2 Worden bepaalde werkplekken bezocht?

ja/nee

3.11.2.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

3.11.3 Worden de juiste werkplekken bezocht?

- Gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf?

ja/nee

- Gezien de formele verplichtingen (waaronder wetgeving, arbeidsvoorwaarden en CAO-afspraken)?

ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

* 3.11.4 Hoe vaak werd vorig jaar werkplekbezoek gedaan?

... maal

* 3.11.5 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding?

ja/nee

3.11.6 Kunt u voldoende aandacht aan het werkplekbezoek geven? ja/nee

3.11.6.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

3.11.7 Wat zijn de concrete doeleinden bij het werkplekbezoek?

.....

.....

.....

3.11.8 Bent u knelpunten in werk en gezondheid die u niet kende via werkplekbezoek op het spoor gekomen? ja/nee

3.11.8.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

3.11.9 Komt het voor dat n.a.v. het werkplekbezoek aan individuele werknemers adviezen worden gegeven? ja/nee

Wat is de globale inhoud van die adviezen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE ADVIEZEN AAN INDIVIDUELE WERKNEMERS')

3.11.10 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. werkplekbezoek maatregelen aan het bedrijf voorgesteld? ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGESTELDE MAATREGELEN BEDRIJF')

3.11.11 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

3.12 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding of -onderricht
 (respondent: ,)

3.12.1 Maakt GVO deel uit van een andere activiteit? ja/nee/gedeeltelijk

(zo ja/gedeeltelijk:) Van welke activiteit(en)?

.....

.....

(indien ja, door naar hoofdstuk 4)

3.12.2 Waarover gaat de voorlichting?

.....

.....

.....

3.12.2.1 In hoeverre is de GVO gekoppeld aan de arbeids-
omstandigheden?

Toelichting:

.....

.....

.....

3.12.3 Beschikt u over gestandaardiseerd voorlichtingsmateriaal? ja/nee

3.12.3.1 (zo ja:) Welk?

.....

.....

.....

3.12.4 Beschikt u over gestandaardiseerde procedures? ja/nee

3.12.4.1 (zo ja:) Welke?

.....

.....

.....

3.12.5 Wordt de voorlichting per onderwerp herhaald?

ja/nee

(zo ja:) Toelichting:

.....

.....

.....

3.12.6 Welke categorieën personeel worden voorgelicht?

.....

.....

.....

3.12.7 Is GVO op de juiste categorieën personeel gericht?

- Gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf?
- Gezien de formele verplichtingen (waaronder wetgeving, arbeidsvoorwaarden en CAO-afspraken)?

ja/nee

ja/nee

(indien nee) Toelichting:

.....

.....

.....

3.12.8 Waarom zijn de categorieën werknemers zo gekozen?

.....

.....

.....

* 3.12.9 Hoeveel personen bereikte u daarmee vorig jaar? personen

* 3.12.10 Is het aantal werkdagen bekend in de verzamellijst tijdsbesteding? ja/nee

3.12.11 Kunt u voldoende aandacht aan de GVO geven? ja/nee

3.12.11.1 (indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

3.12.12 Wat zijn de concrete doeleinden bij de GVO?

.....

.....

.....

3.12.13 Zijn er de laatste twee jaar n.a.v. GVO maatregelen aan het bedrijf voorgesteld? ja/nee

(zo nee:) Waarom niet?

(zo ja:) Welke maatregelen?

(N.B. invullen op blauwe lijst 'INVENTARISATIE VOORGESTELDE MAATREGELEN BEDRIJF')

3.12.14 Hebt u suggesties ter verbetering?

.....

.....

.....

4. OVERLEG

4.0 Aan wie in het bedrijf wordt doorgaans gerapporteerd?

.....

4.1 PZ

4.1.1 Is er een PZ-afdeling/funktionaris? ja/nee

(Zo ja), hoeveel PZ-funktionarissen? ..

4.1.2 Ziet PZ zichzelf als deskundige op BGZ-gebied? weet niet/ja/nee

4.1.3 Is er overleg tussen de BGD en PZ? ja/nee

(zo ja), hoe vaak per jaar? .. maal

4.2 VGW-commissie en BGZ

4.2.1 Is er een VGW-commissie in het bedrijf? ja/nee

(indien nee: waarom niet?)

.....

.....

.....

4.2.1.1 Is dit een vaste commissie van de OR? ja/nee

4.2.2 Hoe actief is de VGW-cie in het BGZ-beleid? E zeer/vrij/matig/weinig

4.2.3 Is iemand van de BGD lid van de VGW-cie? ja/nee

4.2.4 Wordt de BGD t.b.v. BGZ-onderwerpen vaak genoeg uitgenodigd? ja/nee

Toelichten:

.....

.....

.....

4.2.5 Waarvoor wordt de BGD uitgenodigd?

.....

.....

.....

4.2.6 Levert dit relevante informatie op voor de BGZ-verlening? ja/nee

4.2.7 Levert dit de VGW-cie relevante informatie op voor hun
werk? ja/nee/weet niet

4.3 OR en BGZ

4.3.1 Is er een OR in het bedrijf? ja/nee

(indien nee: toelichten)

.....

.....

.....

4.3.2 Hoe actief is de OR in het BGZ-beleid? E zeer/vrij/matig/weinig

4.3.3 Wordt de BGD t.b.v. BGZ-onderwerpen vaak genoeg uitgenodigd?
F ja/niet vaak genoeg/nooit

Toelichten:

.....

.....

.....

4.3.4 Waarvoor wordt de BGD uitgenodigd?

.....

.....

.....

4.3.5 Levert dit relevante informatie op voor de BGZ-verlening?

ja/nee

4.3.6 Levert dit de OR relevante informatie op voor hun werk?

ja/nee/weet niet

4.4 Sociaal Medisch Team (let op vraag 3.3.4, pag. 9-10)

4.4.1 Is er een Sociaal Medisch Team in het bedrijf?

ja/nee

4.4.2 Waarmee houdt het zich bezig?

.....

.....

.....

4.4.3 Welke doeleinden wil het bereiken?

.....

.....

.....

4.5 Directie

4.5.1 Hoe vaak per jaar heeft u contact met de directie van het bedrijf/de instelling?

.. keer

4.5.2 (indien een of meer keren:) Waarover:

.....

.....

.....

4.6 Overlegvergadering directie en OR

4.6.1 Hoe vaak per jaar zijn BGZ-problemen onderwerp in het overleg? .. keer

4.6.2 Zijn er conflicten geweest m.b.t. BGZ-problematiek tussen directie en OR? ja/nee

(indien ja: toelichten)

.....

.....

.....

4.7 Overleg met VG-en m.b.t. de Ziektewet/ABP

4.7.1 Met welke VG of VG-en heeft u te maken? (m.b.t. ZW/ABP)

A

B

C

4.7.2 Hoe verloopt de samenwerking?

A G goed/redelijk/matig/slecht

B G goed/redelijk/matig/slecht

C G goed/redelijk/matig/slecht

Toelichting:

.....

.....

.....

4.7.3 Kunt u de samenwerking beschrijven in termen van informatie-uitwisseling en overleg, betreffende reïntegratie en taakaanpassingen?

A

.....

.....

B

.....

.....

C

.....

.....

4.8 Evaluatie van het overleg

4.8.1 Zijn er afstemmingsproblemen tussen de overlegvormen over BGZ? ja/nee
(zo ja:) toelichten:

.....

.....

.....

4.8.2 Hoeveel werkdagen nam het overleg vorig jaar in beslag? .. dagen

4.8.3 Kunt u voldoende tijd besteden aan dit overleg? ja/nee

(indien nee:) Kunt u dat toelichten?

.....

.....

.....

- 4.8.4 Welke verbeteringen zou u wensen in de contacten tussen u (uw team) en het bedrijf en zijn geledingen?

.....

.....

.....

4.9 Arbeidsinspectie

- 4.9.1 Heeft u in verband met dit bedrijf/deze instelling ooit contact gehad met de arbeidsinspectie?

ja/nee

(zo ja:) Waarover?

.....

.....

.....

5. ADVISERING

5.1 Adviezen aan individuele werknemers

- 5.1.1 Is er een schatting te geven van het deel van de adviezen dat opgevolgd wordt? ja/nee

(zo ja:) Welk deel van uw adviezen aan individuele werknemers wordt door hen opgevolgd? C niets/klein deel/groot deel/geheel

- 5.1.2 In zover de adviezen wel opgevolgd worden, waaraan is dat dan te danken?

.....

.....

.....

- 5.1.3 In zover de adviezen niet opgevolgd worden, waaraan is dat dan te wijten?

.....

.....

.....

5.2 Voorgestelde maatregelen aan het bedrijf

- 5.2.1 Welk deel van de voorgestelde maatregelen wordt uitgevoerd? C niets/klein deel/groot deel/geheel

- 5.2.2 In hoeverre komen de uitgevoerde maatregelen aan uw doeleinden tegemoet? B niet/klein deel/groot deel/geheel

- 5.2.3 In zover adviezen hun doel niet bereiken, waaraan is dat dan te wijten?

- onvoldoende bereidheid bij bedrijf ja/nee

- onvoldoende bereidheid bij werknemers ja/nee
- minder geschikte manier van uitbrengen ja/nee
- effect blijkt onvoldoende ja/nee
- onvoldoende kwaliteit advies ja/nee
- zwakke Ondernemingsraad ja/nee
- te weinig mogelijkheden, nl.:
- anders, nl.;

5.2.4 Voor zover adviezen hun doel wel bereiken, waaraan is dat dan te danken?

.....

.....

.....

5.3 Adviesrelaties BGD-bedrijf

Vragen ten aanzien van de adviezen gericht op de arbeidsomstandigheden of groepen werknemers die in de paragrafen van de activiteiten (3.1 t/m 3.12) naar voren zijn gekomen.

5.3.1 Worden adviezen altijd schriftelijk uitgebracht? ja/nee

5.3.2 Aan wie zijn deze adviezen uitgebracht?

.....

.....

.....

5.3.3 Met wie zijn deze adviezen besproken?

.....

.....

5.3.3.1 Worden adviezen ook eerst in conceptvorm besproken? ja/nee

(zo ja:) Met wie:

.....

.....

5.3.4 Van wie is voor de adviezen steun verkregen?

.....

.....

5.3.5 In hoeverre houdt u bij het uitbrengen van adviezen rekening met haalbaarheid?

.....

.....

.....

5.3.6 In adviezen aan het bedrijf kan uitgegaan worden van wat professioneel gezien minimaal noodzakelijk is tot hetgeen maximaal mogelijk moet zijn. Op welke basis formuleert u uw adviezen in het algemeen?

- M**
- het maximale
 - tussen maximaal en minimaal
 - het minimaal noodzakelijk
 - minder dan het minimaal noodzakelijke
 - geen algemeen uitgangspunt

Toelichting:

.....

.....

.....

(N.B.; dit kan uit de voorafgaande informatie al gebleken zijn)

- 5.3.7 Bent u door het bedrijf, ingeval van investeringen of van veranderingen in de organisatie van het werk, gevraagd te adviseren over gezondheidsaspecten?

F ja/niet vaak genoeg/nooit

5.4 Het meest ingrijpende advies voor het bedrijf

Nu enkele vragen over het meest ingrijpende advies dat aan het bedrijf is uitgebracht.

- 5.4.1 Wat hield het advies in?

.....

.....

.....

- 5.4.2 Wat was het doel?

.....

.....

.....

- 5.4.2.1 Was er over het doel overeenstemming met
- de directie van het bedrijf?
 - de OR/VGW-cie?

ja/nee
ja/nee

- 5.4.3 In welke zin was het advies ingrijpend?

was er veel geld mee gemoeid?	ja/nee
eiste het een lange voorbereidingstijd?	ja/nee
waren er veel personen bij betrokken?	ja/nee
was de uitvoering ingewikkeld?	ja/nee
werkte het in sterke mate als precedent?	ja/nee
andere reden(en)?	

.....

- 5.4.4 In hoeverre raakte het advies de grenzen van wat in het bedrijf mogelijk is?

duidelijk beneden de grens/op de grens/duidelijk boven de grens

Kunt u dit antwoord toelichten?

.....

.....

.....

5.4.5 Welk deel van het advies is opgevolgd?

J onvoldoende/minimaal voldoende/tussenin/maximaal

5.4.6 In hoeverre kwamen de uitgevoerde maatregelen aan uw doeleind(en) tegemoet?

B niet/klein deel/groot deel/geheel

5.4.7 In zover het advies zijn doel niet bereikte, waaraan was dat te wijten?

.....

.....

.....

5.4.8 In zover het advies zijn doel wel bereikte, waaraan was dat te danken?

.....

.....

.....

5.5 Het bedrijfsgezondheidskundig meest belangrijke advies

Nu enkele vragen over het meest belangrijke advies, bedrijfsgezondheidskundig gezien, dat aan het bedrijf is uitgebracht.

5.5.1 Wat hield het advies in?

.....

.....

.....

5.5.2 Wat was het doel?

.....

.....

.....

5.5.2.1 Was er over het doel overeenstemming met

- de directie van het bedrijf?
- de OR/VGW-cie?

ja/nee
ja/nee

5.5.3 In welke zin was het advies belangrijk?

.....

.....

.....

5.5.4 In hoeverre raakte het advies de grenzen van wat in het bedrijf mogelijk is?

duidelijk beneden de grens/op de grens/duidelijk boven de grens

Kunt u dit antwoord toelichten?

.....

.....

.....

5.5.5 Welk deel van het advies is opgevolgd?

J onvoldoende/minimaal voldoende/tussenin/maximaal

5.5.6 In hoeverre kwamen de uitgevoerde maatregelen aan uw doeleind(en) tegemoet?

B niet/klein deel/groot deel/geheel

5.5.7 In zover het advies zijn doel niet bereikte, waaraan was dat te wijten?

.....

.....

5.5.8 In zover het advies zijn doel wel bereikte, waaraan was dat te danken?

.....

.....

.....

6. TIJDSBESTEDING

6.1 Werkelijke en gewenste tijdsbesteding

De interviewer inventariseert samen met de respondent de vorig jaar bestede werkdagen en vraagt wat de gewenste tijdsbesteding is.

activiteit	werkdagen, gewenst*
1. aanstellingsonderzoek	
2. eerste hulp	
3. begeleiding langdurig verzuim	
4. begeleiding frekwent kortd. verzuim	
5. Bedrijfgezondheidskundig spreekuur	
6. Gericht Periodiek Onderzoek	
7. Periodiek Bedrijfgezondheidsk. Onderz.	
8. Algemeen Periodiek Onderzoek	
9. arbeidshyg/ergonomisch onderzoek	
10. werkplekbezoek	
11. GVO	
subtotaal	
12.	
(bijv. deelname aan overleg o.i.d.)	
totaal	

* In termen van: veel meer/meer/evenveel/minder/veel minder

- N 1 = veel minder
 2 = minder
 3 = evenveel
 4 = meer
 5 = veel meer

6.1.1 Indien verschillen: per activiteit toelichten.

.....

.....

.....

6.2 Zouden er vanuit professioneel oogpunt onderdelen van het zorgpakket achterwege kunnen blijven?

ja/nee

(zo ja:) - Welke?

.....

.....

.....

- Waarom?

.....

.....

.....

- Waarom zijn ze gehandhaafd?

.....

.....

.....

7. WERKWIJZEN EN KWALITEITSBEWAKING

- 7.1 Wat zijn de belangrijkste knelpunten wat betreft de werkwijzen in brede zin (methoden, apparatuur, procedures etc.) bij het uitvoeren van de besproken activiteiten?

.....

.....

.....

.....

- 7.2 Wat zijn de belangrijkste pluspunten wat betreft de werkwijzen in brede zin (methoden, apparatuur, procedures etc.) bij het uitvoeren van de besproken activiteiten?

.....

.....

.....

.....

- 7.3 Wat zijn de belangrijkste knelpunten betreffende de vaardigheden van het BGZ-team?

.....

.....

.....

.....

- 7.4 Wat zijn de belangrijkste pluspunten betreffende de vaardigheden van het BGZ-team?

.....

.....

.....

.....

- | | |
|---|--------|
| 1. Aanstellingsonderzoek | ja/nee |
| 2. Eerste hulp bij ziekte of ongevallen | ja/nee |
| 3. Begeleiding langdurig verzuim | ja/nee |
| 4. Begeleiding frekwent kortdurend verzuim | ja/nee |
| 5. Bedrijfgezondheidskundig spreekuur | ja/nee |
| 6. Gericht Periodiek Onderzoek | ja/nee |
| 7. Periodiek Bedrijfgezondheidskundig Onderzoek | ja/nee |
| 8. Algemeen Periodiek Onderzoek | ja/nee |
| 9. Arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek | ja/nee |
| 10. Werkplekbezoek | ja/nee |
| 11. GVO | ja/nee |

(indien ja:) Beschrijving procedures:

[illegible]

8. STURING BGZ-BELEID

8.1 Belang van BGZ voor het bedrijf

BGZ is van belang in het kader van de Arbo-wet. Daarnaast kan BGZ in bepaalde mate van belang zijn voor het bedrijf. Hierover gaan de volgende vier vragen.

8.1.1 Is BGZ van belang voor een hoge kwaliteit van de eindprodukten van het bedrijf?

nee/ja **H** van groot belang/van middelmatig belang/van vrij gering belang

8.1.2 Is BGZ van belang voor de kosten van de produktie?

nee/ja **H** van groot belang/van middelmatig belang/van vrij gering belang

8.1.3 Is BGZ van belang voor de naam van het bedrijf op sociaal gebied in de omgeving?

nee/ja **H** van groot belang/van middelmatig belang/van vrij gering belang

8.1.4 Is BGZ van belang voor het arbeidsklimaat in het bedrijf?

nee/ja **H** van groot belang/van middelmatig belang/van vrij gering belang

8.2 Evaluatie BGZ

Aan welke maatstaven wordt afgemeten of het BGZ-beleid zijn doeleinden bereikt?

8.2.1 door uzelf?

.....

.....

.....

8.2.2 door directie/bedrijfsleiding?

.....

.....

.....

8.2.3 het concern/moederbedrijf?

.....

.....

.....

8.2.4 het kader?

.....

.....

.....

8.2.5 personeelszaken?

.....

.....

.....

8.2.6 de VGW-cie/OR?

.....

.....

.....

8.2.7 de individuele werknemers?

.....

.....

.....

8.3 Kosten versus baten

- 8.3.1 Vindt u zelf dat de baten van BGZ voor het bedrijf tegen de kosten opwegen?

ja/nee

8.3.2 Wat vindt het bedrijf daarvan?

.....

.....

.....

8.4 BGZ-beleid

8.4.1 Hoe lang heeft het bedrijf een (band met de) BGD? .. jaren

8.4.2 Bestaat er een contract tussen de BGD en de directie omtrent het zorgpakket? ja/nee

(indien nee, door naar vraag 8.4.3)

8.4.2.1 liggen deze schriftelijk vast? ja/nee

8.4.2.2 hoe luiden de afspraken globaal?

.....

.....

.....

8.4.2.3 In hoeverre is in het contract ingegaan op de wensen vanuit het bedrijf?

.....

.....

.....

8.4.2.4 Zijn er plannen om het contract te heroverwegen? ja/nee

(zo ja:) In welk opzicht?

.....

.....

.....

8.4.3 Voert het bedrijf een systematisch BGZ-beleid of wordt er afhankelijk van gebeurtenissen of signalen gereageerd?

- geheel systematisch beleid
- vooral systematisch beleid, deels afhankelijk van gebeurtenissen
- systematisch beleid/afhankelijk van gebeurtenissen
- vooral afhankelijk van gebeurtenissen
- geheel afhankelijk van gebeurtenissen

8.4.3.1 Op wat voor soort gebeurtenissen wordt gereageerd?

.....

.....

.....

8.4.3.2 Is er een schriftelijk beleidsplan of intentieverklaring? ja/nee

(indien nee: toelichten)

.....

.....

.....

8.4.3.3 Is er een schriftelijk jaarplan m.b.t. BGZ? ja/nee

(indien nee: toelichten)

.....

.....

.....

8.4.3.4 Wordt er jaarlijks een verslag m.b.t. BGZ opgesteld? ja/nee

(indien nee: toelichten; indien ja: in welke vorm?)

.....

.....

.....

8.4.3.5 Worden u inzichten over de gezondheidsrisico's in het bedrijf gedeeld door:

- de directie?
- OR/VGW-cie?
- PZ?

ja/nee
ja/nee
ja/nee

8.5 Bijdrage van de participanten aan BGZ

8.5.1 Vindt u de kwaliteit van de beleidsmatige aandacht in het bedrijf voor de BGZ-problematiek

I goed/voldoende/onvoldoende/slecht

8.5.2 Zijn er personen op sleutelposities in het bedrijf die zich bijzonder inzetten voor de oplossing van de BGZ-problematiek?

ja/nee

(zo ja:) Op welke posities?

.....

.....

.....

- 8.5.3 Wat zijn de wensen van de participanten m.b.t. de tijd die u (uw team) besteedt gericht op:

	verzuim- werkomstandigheden	begeleiding
evt. concern/moederbedrijf		
directie/bedrijfsleiding		
het kader		
PZ		
VGW-commissie/OR		
individuele werknemers		

- N
- 1 = veel minder
 - 2 = minder
 - 3 = evenveel
 - 4 = meer
 - 5 = veel meer
 - 8 = geen wensen

- 8.5.3.1 Heeft u wel eens belemmeringen ondervonden voor onderzoek of bezoek van werkplekken? ja/nee

(indien ja:) Toelichten:

.....

.....

.....

- 8.5.3.2 Volgens de Arbowet mag onveilig werk worden geweigerd. Is dat hier ooit voorgekomen voorzover u weet? ja/nee

(zo ja of zo nee:) Toelichten:

.....

.....

.....

8.5.4 Hoeveel invloed hebben de participanten op de prioriteiten in:

	het onderzoek dat de BGD doet	het oplossen van BGZ-problemen in het bedrijf
evt. concern/moederbedrijf		
directie/bedrijfsleiding		
het kader		
PZ		
VGW-commissie/OR		
individuele werknemers		
de BGD		
O	1 = geen	
	2 = een beetje	
	3 = nogal wat	
	4 = veel	
	5 = zeer veel	

8.5.5 Houden de participanten zich te veel of te weinig bezig met BGZ?

evt. concern/moederbedrijf	
directie/bedrijfsleiding	
het kader	
PZ	
veiligheidsfunctionaris(sen)	
VGW-commissie/OR	
individuele werknemers	

A te weinig/voldoende/teveel

9. SLOTVRAGEN

9.1 Doeltreffendheid

9.1.1 Alles overziende, stelt het bedrijf in het BGZ-beleid (uit oogpunt van doeltreffendheid) de juiste prioriteiten in het beleid?
K ja, geheel/min of meer/enigszins/nee

9.1.2 Hoe doeltreffend vindt u al met al de BGZ in het bedrijf?
L zeer doeltrf./doeltrf./vrij doeltrf./niet zo doeltrf./niet doeltrf.

9.1.3 Wat zijn de drie gunstigste factoren met betrekking tot de doeltreffendheid van de BGZ in het bedrijf?

.....

.....

.....

9.1.4 Wat zijn de drie ongunstigste factoren met betrekking tot de doeltreffendheid van de BGZ in het bedrijf?

.....

.....

.....

9.1.5 Hoe is verhoging van de doeltreffendheid te bereiken?

.....

.....

.....

9.2 Vertrouwen van werknemers in de BGD

9.2.1 Welke factoren bevorderen het vertrouwen dat de werknemers in het bedrijf hebben in de BGD?

.....

.....

.....

9.2.2 Welke factoren belemmeren dat?

.....

.....

.....

DE SCHRIFTELIJKE VRAGENLIJST NAAR AKTIVITEITEN

BGD :

bedrijf/instelling :

Naam respondent :

ONDERZOEK NAAR EFFECTIVITEIT VAN BGZ
VOLGENS BEROEPSBEOEFENAREN

VRAGENLIJST NAAR AKTIVITEITEN

HANDLEIDING BIJ HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST NAAR AKTIVITEITEN

- In dit onderzoek worden de vragen in twee etappes gesteld:
 - a. van te voren, als voorbereiding op de interviews
 - b. bij de interviews zelf.
- De feitelijke gegevens die hier gevraagd worden zijn bij het interview nodig en er wordt in het (de) interview(s) nader op ingegaan.
- Een van de problemen bij het opstellen van deze lijst is geweest, dat niet voor alle activiteiten standaardtermen bestaan. Daarom zal in elk interview de onderzoeker op de inhoud van de hier genoemde activiteiten in uw situatie ingaan.
- Toelichtingen op de feitelijke gegevens kunt u tijdens het interview geven.
- Waar u niet over precieze cijfers beschikt, kunt u schattingen geven; wilt u dit aangeven met circa, $\pm$, ongeveer e.d.
- Er wordt steeds gevraagd naar cijfers over het vorig jaar. Gebruik liefst cijfers over het kalenderjaar 1988, eventueel over het verslag- of boekjaar als dit 1988 overlapt. Mochten die cijfers in belangrijke mate afwijken van de huidige situatie, wilt u dit dan tijdens het interview toelichten?
- De vragen hebben alleen betrekking op het bedrijf/de instelling die op het voorblad al door ons is ingevuld.
- Wilt u als invuller (respondent) van de lijst uw naam ook op het voorblad vermelden?

Bij voorbaat dank voor de te nemen moeite

1. Aanstellingskeuringen en -onderzoek

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan aanstellings-keuringen/onderzoek? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 2)
- b. Hoeveel personen werden vorig jaar gekeurd of onderzocht? ... personen
- c. Hoeveel werkdagen kostten de aanstellings-keuringen vorig jaar? *

2. Eerste hulp bij ziekte of ongevallen

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan eerste hulp? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 3)
- b. Aan hoeveel werknemers werd vorig jaar eerste hulp verleend? werknemers
- c. Hoeveel werkdagen kostte de eerste hulp vorig jaar? *

3. Begeleiding bij langdurig verzuim (evt. incl. ZW-controle)

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan begeleiding bij langdurig verzuim? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 4)
- b. Bij welke ondergrens begint de begeleiding bij langdurig verzuim? .. weken/geen vaste grens
- c. Bij welke bovengrens stopt de begeleiding bij langdurig verzuim? .. weken/geen vaste grens
- d. In welk percentage van de in aanmerking komende gevallen (langer dan ..weken) vond vorig jaar begeleiding plaats? ... %
- e. Hoeveel eerste consulten waren er vorig jaar? ... consulten
- f. Hoeveel werknemers werden vorig jaar begeleid? werknemers

- g. Kunt u aangeven hoeveel personen vorig jaar in de volgende categorieën vielen? (het gaat alleen om de gevallen, waarvan de begeleiding in dat jaar afgesloten is)
1. zonder blijvende beperkingen het eigen werk hervat, zonder (tijdelijke) maatregelen of aanpassingen ..
 2. zonder blijvende beperkingen het eigen werk hervat, na tijdelijk parttime in de eigen functie te hebben gewerkt ..
 3. zonder blijvende beperkingen het eigen werk hervat, na tijdelijk in een aangepaste functie te hebben gewerkt ..
 4. met blijvende beperkingen, werkend in een andere of aangepaste functie ..
 5. met blijvende beperkingen, (nog) niet werkend ..
- h. Hoeveel werkdagen kostte de begeleiding van langdurig verzuimers vorig jaar? *

4. Begeleiding bij frekvent kortdurend verzuim (evt. incl. ZW-controle)

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan begeleiding bij frekvent kortdurend verzuim? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 5)
- b. Bij hoeveel dagen ligt de ondergrens voor frekvent kortdurend verzuim? ... dagen
- c. Vanaf welke frekventie spreekt u van frekvent verzuim? .. keer
- d. Hoeveel personen werden vorig jaar begeleid? personen
- e. Welk percentage van de frekvent kortverzuimers werd vorig jaar begeleid? ..%
- f. Hoeveel werkdagen kostte de begeleiding van frekvent kortverzuimers vorig jaar? *

5. Bedrijfsgezondheidkundig spreekuur

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan bedrijfsgezondheidkundig spreekuur? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 6)
- b. Hoe vaak wordt dit spreekuur gehouden? .. maal per week

- c. Hoeveel personen werden vorig jaar gezien? ... personen
- d. Hoeveel werkdagen kostte het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur vorig jaar? *

6. Gericht Periodiek Onderzoek

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan Gericht Periodiek Onderzoek? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 7)
- b. Op welke risicogroepen is het GPO gericht?
(evt. de zes belangrijkste groepen)
1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.

(Toelichting tijdens het interview)

- c. Beschrijving van de procedure bij het gericht PO per risicogroep (maximaal zes):

aspect van de procedure	antwoord- categorie	risicogroep					
		1	2	3	4	5	6
Wat is de periode in jaren?	.. jr						
Is deelname verplicht?	ja/nee						
Hoeveel procent van de werknemers in de risicogroep bereikt u met het gericht periodiek onderzoek?	.. %						
Welke leeftijdsgrens geldt er?	.. jaar						
Is er routinematig een gesprek met deelnemers?	ja/nee						
(zo ja:) door wie?	BVK/BA						
Houdt het gericht PO bij iedereen lichamelijk onderzoek in?	ja/nee						
Gebruikt u vragenlijsten?	ja/nee						
(zo ja:) welke?							
Wordt biometrie gedaan?	ja/nee						
(zo ja:) Waarop gericht?							
Wordt werkplekonderzoek gedaan?	ja/nee						
(zo ja:) Standaard of ad hoc?	st/ad hoc						

- d. Hoeveel werknemers van het bedrijf werden er vorig jaar onderzocht in het kader van GPO?

.... werknemers

- e. Hoeveel werkdagen kostte het GPO vorig jaar?

*

* voor elk teamlid in te vullen op de Verzamellijst Tijdsbesteding

7. Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek (PBGO)

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan Periodiek
Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek (PBGO)? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 8)
- b. Hoeveel werknemers van het bedrijf werden
vorig jaar onderzocht in het kader van het PBGO? werknemers
- c. Hoeveel procent van de beoogde werknemers werden
in feite in het kader van PBGO onderzocht vorig jaar? ... %
- d. Hoeveel werkdagen nam het PBGO vorig jaar in beslag? *

8. Algemeen Gezondheidskundig Onderzoek (APO)

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan Algemeen
Gezondheidskundig Onderzoek (APO)? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 9)
- b. Hoeveel werknemers van het bedrijf werden
vorig jaar in het kader van het APO onderzocht? werknemers
- c. Hoeveel procent van de beoogde werknemers werden
in feite bereikt in het kader van APO onderzocht
vorig jaar? ... %
- d. Hoeveel werkdagen nam het APO vorig jaar in beslag? *

9. Arbeidshygiënisch en/of ergonomisch onderzoek

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan arbeidshygi-
enisch en/of ergonomisch onderzoek? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 10)
- b. Hoeveel situaties werden vorig jaar arbeids-
hygiënisch en/of ergonomisch onderzocht? ...
- c. Hoeveel werkdagen kostte het arbeidshygiënisch
en/of ergonomisch onderzoek vorig jaar? *

* voor elk teamlid in te vullen op de Verzamellijst Tijdsbesteding

10. Werkplekbezoek

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan Werkplekbezoek? ja/nee
(zo nee, ga naar vr. 11)
- b. Hoe vaak werk vorig jaar werkplekbezoek gedaan? ... maal
- c. Hoeveel werkdagen kostte dat vorig jaar? *

11. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding of -onderricht (GVO)

- a. Doet u (resp. het BGZ-team) aan GVO? ja/nee
- b. Hoeveel personen werden daarmee vorig jaar bereikt? personen
- c. Hoeveel werkdagen kostte het GVO vorig jaar? *

* voor elk teamlid in te vullen op de Verzamellijst Tijdsbesteding

INVENTARISATIE RISICOGROEPEN EN RISICOFACTOREN

Wat zijn de risicogroepen in het bedrijf?

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

7.

.....

8.

.....

9.

.....

10.

.....

Wat zijn de risicofactoren?

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

7.

.....

8.

.....

9.

.....

10.

.....

VERZAMELLIJST TIJDSBESTEDING (behorend bij de Vragenlijst Aktiviteiten)

BGD:

Bedrijf/instelling:

- Van de aan ons bekende teamleden plus doktersassistent(e) worden hier de aantallen werkdagen gevraagd, die aan de genoemde 11 activiteiten vorig jaar werden besteed t.a.v. de betreffende cliëntorganisatie.
- Ook wordt gevraagd hoeveel andere activiteiten aan werkdagen hebben gekost, alsmede het totaal.
- De gegevens komen in het interview nader aan de orde.

	aantal werkdagen van				
	a	b	c	d	e
					
Aanstellingsonderzoek					
Eerste hulp bij ziekte en ongevallen					
Begeleiding langdurig verzuim					
Begeleiding frekwent kortdurend verzuim					
Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur					
Gericht Periodiek Onderzoek (GPO)					
Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek (PBGO)					
Algemeen Gezondheidsonderzoek (APO)					
Arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek					
Werkplekbezoek					
GVO					
Andere activiteiten (bv. overleg)					
Totaal					

**DE DOELEINDEN DIE ACHT ZORGVERLENERS NOEMEN BETREFFENDE HUN
ACTIVITEITEN**

resp.nr/
activiteit

Aanstellings-
keuringen

Begeleiding lang-
durig verzuim

- | | | |
|----|--|--|
| a. | Beoordeling of iemand geen schade aan zichzelf of het bedrijf gaat aanrichten, wanneer hij die arbeid gaat verrichten. | Snelle reïntegratie
intreders WAO zo laag mogelijk. |
| b. | Kan iemand functie aan wat betreft conditie en aanleg. | Reïntegratie in eigen functie of anders zo dicht mogelijk bij werkomgeving. |
| c. | Belasting/belastbaarheid op elkaar afstemmen. | Begeleiding naar passend werk. Coördinatie van hulpverlening omdat vaak overspannenheid in het spel is. |
| d. | ABP vraagt het en is eerste kennismaking met ba en bgz. | Reïntegratie + werkfactoren opsporen (corrigeren). |
| e. | Kijken of sollicitant geschikt is voor het werk; zijn er beperkingen? | Relatie vaststellen ziekte en werk; genezing mogelijk; ja achter factoren in het werk voor; meubilair is een rommel-tje. |
| f. | Ernstige pathologie is de enige belemmering voor een baan; dus deze opsporen. | 1. Functie zo goed mogelijk handicap laten volgen.
2. Bemiddeling naar ander werk. |
| g. | Inschatten van gezondheidsrisico dat iemand loopt + voorlichting daarover. Eerste kennismaking met BGD. | Opsporen van werkgebonden oorzaken + interveniëren.
Vergaren van informatie over ziektebeeld. |
| h. | Kijken of iemand voor functie geschikt is. | Mensen reïntegreren in passende functie in bedrijf. |

resp.nr/
activiteit

begeleiding frequent
kortdurend verzuim

bedrijfsgezondheidskundig
spreekuur

- | | | |
|----|---|--|
| a. | Opsporing relatie arbeidsomstandigheden, arbeidsomstandigheden aantrekkelijker maken (bijv. n.a.v. klachten over onderbelasting). | 'Kort spreekuur': huisartsenwerk.
'Begeleidend spreekuur': gaat meer op arbeidsomstandigheden in. |
| b. | Niet vaak politieel, meer reïntegratie. | Voor vragen over gezondheid in relatie tot het werk, advies, bemiddeling of eventueel een klankbord. |
| c. | Opsporen vroegen signalen van verminderde motivatie en langdurige uitval. De vraag is of je dit boven tafel haalt. | Heel algemeen. |
| d. | Vooraf: epidem. inzicht, welke aandoeningen de VF verklaren. | Duidelijk maken of problemen met het werk te maken hebben, welke risicofactoren er zijn en voor dingen die tussen PBGO's opkomen. |
| e. | zie langdurig verzuim. | wil graag dat mensen met gezondheidsklachten door werk naar mij toekomen; evt. bloeddruk meten als de Ha te veel tijd kost. |
| f. | Opsporen bedrijfsgebonden factoren, ofwel uitsluiten ervan. | Opsporen bedrijfsgerelateerde problematiek, uitsluiting. Algemene gezondheidsadvisering (als je je alleen richt op bedrijfsproblematiek bouw je een drempel in). |
| g. | zie lang verzuim. | Vragen van werknemers beantwoorden voorzover daar BG-aspecten aan zitten. |
| h. | Achter reden komen. Het frequent kort verzuim terugdringen. | Informatie krijgen rond problemen en zaken m.b.t. gezondheid. Inzicht in risico's en problemen in de relatie werk/gezondheid. |

resp.nr/
activiteit

GPO

PBGO

- | | | |
|----|---|--|
| a. | Vroegtijdig opsporen van afwijkingen, arbeidsschade, specifieke risico's in de arbeidssituatie. Het geven van voorlichting. | n.v.t. |
| b. | Opsporen risico's die reizigers of gedetacheerden lopen bij werk in veelal tropische gebieden. | Belasting/belastbaarheid, zijn er klachten in de werkomstandigheden. Werknemers hechten er overdreven waarde aan. |
| c. | n.v.t. | Belasting/belastbaarheid oudere werknemers. Signaalfunctie. |
| d. | Vaststellen of geen verdere gehoorschade optreedt. GVO - wijzen op belang gehoorbescherming. | De momentopname om klachten, werk en werkomstandigheden in verband te brengen, gekoppeld aan werkplekonderzoek. |
| e. | n.v.t. | Inventarisatie gezondheid en werk; grote knelpunten naar voren halen; de aanbevelingen om eventueel gericht onderzoek te doen. |
| f. | n.v.t. | n.v.t. |
| g. | n.v.t. | Inzicht in groepsgegevens op gezondheid + werkomstandigheden. |
| h. | Zorgen dat juiste persoon op juiste plaats komt door juiste selectie. | n.v.t. |

resp.nr/
activiteit

APO

Arbeidshygiënisch en
ergonomisch onderzoek

- | | | |
|----|---|---|
| a. | - | Blootstelling naar 0, bij een aantal stoffen. Milieu aspecten i.v.m. de uitstoot naar buiten gaan steeds meer een rol spelen. |
| b. | n.v.t. | n.v.t. |
| c. | n.v.t. | - |
| d. | n.v.t. | Het opsporen van situaties die verbetering behoeven. |
| e. | n.v.t. | Verbeteringen adviezen op preventie gericht. |
| f. | - | n.v.t. |
| g. | n.v.t. | Voorkomen van gezondheidsbedreigende situaties. |
| h. | Individueel pogen te bepalen of iemand 'gezond' is. Voortgekomen uit COPIH-onderzoek, willens het vertrouwen. | Inzicht krijgen in arbeidsomstandigheden, in concreto nog niet voldoende bekend. |

resp.nr/
activiteit

Werkplekbezoek

GVO

a.

n.v.t.

-

b.

n.a.v. klachten.

Reduceren risico alcoholmisbruik, waar alcohol sterk beschikbaar is en cultuur v/h bedrijf alcoholconsumptie bevordert.

c.

n.v.t.

n.v.t.

d.

n.v.t.

Gedragsverandering waar mogelijk, om gezond werken te bevorderen.

e.

Zien hoe mensen werken; met mij praten.

n.v.t.

f.

Ergonomische zitproblemen + opstelling van tafels en beeldschermen.

n.v.t.

g.

Gezicht laten zien. Nagaan of er veranderingen zijn geweest.

n.v.t.

h.

Je manifesteren. Signalen krijgen van werknemers, waarvoor ze niet bij je komen. Kennis werkomstandigheden op peil houden.

n.v.t.

OVERZICHT VAN DE SUGGESTIES TER VERBETERING VAN DE WERKWIJZEN

SUGGESTIES TER VERBETERING VAN DE WERKWIJZEN

Aanstellingskeuringen/-onderzoek

Bij biometrie wat missen: bv. longfunctie + urine; alleen anamnese voor stagiaires voldoende. In het algemeen meer functiegericht keuren.

Je moet meer functiegericht keuren. Longfunctiebepaling doen we nog wel, maar is in discussie; geldt ook voor audiogram; boven 35 jaar een rust ECG.

Zou gerichter kunnen; heb zelf een wat andere anamnese gerichter op de risico's. Dit in protocol verwerken. Andere collega's doen het anders. Dus: gerichter en dan standaardiseren.

Adviezen worden 100% opgevolgd, maar 1/1000 wordt afgekeurd.

Bezig om de aanstellingskeuring om te bouwen tot nulde periodieke keuring; zou op termijn tot uitkleding van de keuring van deze categorie. Meer op risico's richten. Plan over 4 à 5 jaar mogelijk gerealiseerd.

Gerichter (mogelijk in de toekomst in de nieuwe dependance ook leverfunctie apparatuur). Van alle functies ergogram gemaakt.

Functieprofielen invoeren.

Discussie: is bloed- en urineonderzoek wel zinnig. Wat ik doe, vind ik minimaal noodzakelijk. In verband met bedreigende factoren in de toekomst is longfunctiebepaling van belang als basiswaarde.

Algemene discussie in de Federatie Gezamenlijke BGD-en. Psychologisch onderzoek als onderdeel van het aanstellingsonderzoek voor hogere functies.

Voor werken in kort contract is keuring niet noodzakelijk.

Keuring door eigen BA.

Voor sommige categorieën misschien psychologisch onderzoek nodig.

Ze zouden niet terug moeten hoeven voor bloedprik.

Je zou functieomschrijving + protocol moeten hebben.

Zou altijd functieonderscheid moeten zijn.

Protocollen t.a.v. bepaalde soorten functies.

Ontwikkeling vragenlijst persoonskenmerken en psychosociale belasting.

Goed anamnese-formulier dat deel wegzeeft.

Keuringen voor administratieve functies laten vervallen. Keuringen meer gericht op functie.

Kan minder stringent. Kandidaat zou op aanraden zelf moeten bedenken of hij het wel doet. Meer consulterend/adviserend.

Het zou plezierig zijn, wanneer gericht op het lokomotorisch apparaat (diagnostisch). Voorspellende waarden voor bijv. overgevoeligheid voor zware metalen/ kunststoffen. Stressbestendigheid.

In het algemeen wordt te veel waarde gehecht aan een aanstellingsonderzoek. Het speelt maar een marginale rol. Een voorselectie door iemand met goede praktische mensenkennis is veel belangrijker. Medische keuring is het laatste: het moet echter wel om de medische status vast te stellen.

Moet op de helling, maar nu geen concrete ideeën.

Andere plaats in sollicitatie procedure. Nu aan het eind, liever aan begin. Meer speelruimte en oordeel wordt minder beïnvloedt.

Afwijkend standpunt t.o.v. NVAB: enig risico mag wel bekeken worden (voorbeeld: notoire alcoholist niet goedkeuren). Je hebt ook een zekere verantwoordelijkheid t.o.v. de organisatie. Het nieuwe standpunt gaat te veel uit van alleen de belangen van de sollicitant. Bij ons: de gunst van de twijfel aan de man of vrouw.

Afhankelijk van leeftijd, alleen op grond van opgaven van kandidaat zelf.

Je kunt je afvragen of beneden de ± 30 jr de BA de mensen zelf moet zien.

Centraal betere afspraken maken over beoordeling: blijft nu minder gestandaardiseerd. Eisen aan functie eerst beter formuleren. In het kader van de ZW doen we deze beoordeling wel; dat vormt een zekere discrepantie.

Voorstander herziening methodiek.

Eerste hulp bij ziekte of ongevallen

Vooraf op inhoudelijke dingen: gebruikte verbandmiddelen kunnen meer up to date.

Meer aandacht voor instructie EHBO'ers in bedrijf zelf.

Technische voorziening bij verladingsstelling. Verplichte EHBO. Oproepbaarheid.

Soms laat de medische uitrusting te wensen over. Bijv. het verbandmateriaal kan beter.

Zorg is het op peil houden van het aantal EHBO'ers in buitendienst. Proberen bedrijf te stimuleren er premie + lessen voor te geven. Proberen mensen tot deelname te brengen. Proberen, managers voor cursus te motiveren.

Begeleiding bij langdurig verzuim

De vraag is hoe je vroeger moet interveniëren.

Beter inzicht in geregistreerde gegevens nodig.

VG los van BA, anders kan er een conflict ontstaan, en het is eerlijker tegenover de werknemer.

Meer regelmatig overleg, betere afspraken.

Maak er geen halszaak van.

Uitkomsten: meer structureel aanpassen werk en herplaatsen, meer herplaatsen als preventiemiddel.

VG vast voor hele ziekenhuis. Andere BV, is slechtst georganiseerd.

Meegeven van een visitekaartje voor de behandelende sector, die dan soms zelf reageert.

Psycholoog of BMW inschakelen i.v.m. psycho-sociale kant die veel tijd kost.

Communicatie rolverheldering tussen GGD en organisatie. Rol leidinggevende bij verzuim.

Meer duidelijkheid scheppen in controle en begeleiding, bv. door aparte spreekuren.

Bedrijf zou zelf ook contacten moeten onderhouden (gestructureerd) met zieke werknemers.

Meer als GAK/GMD, d.w.z. eerdere expertise en arbeidskundig advies.

Mensen duidelijk maken dat hij BA is en geen controlerend arts, dat hij een hekel heeft aan controleren.

BA moet duidelijk standpunt bepalen t.o.v. alle betrokkenen (werknemers, chefs e.d.).

Meer aandacht voor Arbo bij werkgevers. Verbetering registratiesysteem verzuim. Chef inhoudelijk grotere rol geven. Notitie ziekteverzuim beheersing.

Kleinere populatie. Zou daar (op bedrijf) moeten zitten.

Scheiding BA/VG heeft duidelijk de voorkeur.

Bij langer dan 1 maand, meer mankracht.

Meer overleg met VG.

Zou meer informatiemogelijkheden willen hebben, bijv. orthopeed. Betere contacten met curatieve sector. Duurt nu te lang.

Arbowet optimaal toepassen.

Regioprobleem: voor informatie afhankelijk van derden (de bankdirectie, pers. adv.) heeft eigen verzuimgegevens.

Betrokkenheid werkgever vergroten, d.w.z. info/begeleiding middenkader over Arbo- en Sociale verzekeringswetten.

Bezig met structuur, dat mensen niet tussen wal en schip vallen.

Bezig: doublures met GAK vermijden. w.b.oproepen; bedrijfsgebonden VG; PMT-overleg is aangepast/veranderd: meer gerichte aanpak; "8-dagen brief" verbeteren.

Iets meer tijd nodig.

Communicatie tussen hulpverleners verbeteren.

Begeleiding bij reïntegratie of aanname van gehandicapte werknemers

Percentage verplicht stellen; zo'n bedrijf met zwakke positie doet het niet uit zichzelf.

Zichtbaar maken waar functies voor mensen met beperkingen op gezet worden.

Het bedrijf zou zich wat actiever (minder afwachtend) op moeten stellen.

Meer gestructureerde aandacht van BGD en bedrijf voor deze groep.

Nauwere contacten met verzekeringsinstantie, GMD.

Dienst Milieubeheer heeft al genoeg gehandicapten, ophalers zijn onder de 50 jaar, die zijn beperkt inzetbaar. Zou meer gedifferentieerde functies willen. Beleid gemeente zou boven de Reiniging uit moeten gaan.

Zou speelruimte voor herplaatsing willen. Maar mogelijk afwezig.

Wel bijv. sociaal team (niet centraal geregeld).

Duidelijk beleid en goed advies van GMD-circuit, die het moet betalen: vervoer, meubilair hulpmiddelen.

Sommige afdelingen hebben er geen begrip voor. Kan weinig anders dan door telkens contact te leggen.

Begeleiding bij frequent kortdurend verzuim

Voorgesprek met PZ meer structureren (men kent iedereen in deze streek).

Heel erg veel tijd aan ZW (nu de helft). Moet nog verder terug; alleen die mensen zien, die we moeten zien.

BGD moet bedrijf opvoeden t.a.v. functie van BGD en de plaats van verzuimbegeleiding + goede registratie vereist.

Eventueel kan beter PZ naar de werknemer gaan, het herleiden tot afdelingsproblematiek.

Beter management, m.n. middenkader niveau: persoonsgericht.

Deze begeleiding hoort eigenlijk thuis bij het bedrijf: medewerkers zelf confronteren, met de mogelijkheid voor de werknemer advies te vragen aan de BA om hem eventueel te beschermen.

Automatisering moet veel beter inzicht geven in de benodigde gegevens.

Onkunde WG en WN bestrijden, steeds blijven verhelderen.

Meer met PZ samenwerken. Niet alleen de frequentie als criterium. Dan kan je meer over achtergronden te weten komen.

Strikte scheiding VG/BGZ.

Diagnose/vragenlijst registratie.

Alleen dat oproepen, waarvan hij vindt dat het problematisch is.

Chef moet meer verantwoordelijkheid nemen, gesprek aangaan, vragen naar achtergronden in werk. Beslissingsbevoegde m.b.t. de problematiek, erbij in SMT werkt beter. Chef erbij is ook beter, maar niet afdoende.

Meer mankracht. Samenwerking met de directie, die moet op de juiste manier, d.w.z. preventief voor optimale werkomstandigheden zorgen.

Management heeft deze taak vooral; op uitnodiging aangeven waarom.

Het signaal zou beter uitgebuit kunnen worden.

Pensioencursussen: hoge functies worden uitgenodigd. Zouden graag ouderenbeleid zijn. Niet proberen af te keuren via GMD. Wil meer lijn hierin.

Er zijn meerdere GAK-artsen, dus overleg daarmee is moeilijk.

Management grote rol geven.

Middenkader, verantwoordelijkheden en betrokkenheid.

Zou de verzuimfrequentie per afdeling moeten weten.

Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur

Bij tijdnood voorrang voor bepaalde zaken die naar derden worden overgedragen (bijv. keuringen), maar spreekuur niet.

Vraagt zich af waarom er zo weinig komen. Omdat de BA er zelf achteraan gaat. Men kan slecht weg van de werkplek.

Begeleiding ziekteverzuim apart aandacht geven.

Meer vrijheid om naar het spreekuur te komen. Niet eerst moeten melden bij controller/PZ.

Meer bekendheid aan geven.

Meer structureren: VG gaat goed, BGZ meer uitbouwen.

Mensen er weer op wijzen dat de BA toegankelijk is voor vragen m.b.t. de werkomstandigheden. Ze zien je als controlerend arts en lopen eerder bij de BVK binnen.

Informatie verkrijgen door vragenlijsten etc. naar mensen toe.

Minder tijdsdruk. Zou voor allerlei activiteiten meer tijd willen hebben.

Kan frequenter.

Meer structureren (BA trekt zelf teveel naar zich toe) d.w.z. rol PZ en lijn verduidelijken.

Duidelijk maken wanneer ze wel of niet moeten komen, efficiënter contact. Maar weet niet hoe dat zou moeten.

Curatieve stuk terugbrengen. Contactregistratie automatiseren om signalen uit te vissen en wat wel/niet met werk verband houdt.

Beperkt houden. Wel een belangrijke bron, maar neemt zeer veel tijd.

Gericht Periodiek Onderzoek

Nieuwe medewerkers krijgen 'menukaart' welke risico's er in zijn functie zijn en er aandacht aan besteed moet worden. Ook in kader van de Arbowet.

In de toekomst door gericht werkplekonderzoek beter de risico's opsporen (+ werkvragen groene formulieren).

Opkomst in (tijd)clusters. Nu hebben we er geen zicht op. Inhoudelijk zitten er onnodige dingen in, het zou gericht moeten (maar de mensen willen helemaal nagekeken worden).

Koppelen aan werkplekonderzoek.

Meer categorieën meer gericht PGO: schilderswerkplaats, toxicologische stoffen, beeldscherm-onderzoek (meubilair en ogen); er is een ergonoom in dienst, BVK heeft cursus ergonomie gevolgd.

GPO binden aan werkplekonderzoek en groepsgebonden verwerken + terugrapportage. Geen leeftijds grens.

Komen tot juiste schatting met relevante instrumenten.

Wens wat betreft radiologische werkers beperken, nadeel: verlies hun uit het zicht.

Periodiek Bedrijfs-Gezondheidskundig Onderzoek (PBG0)

Uitnodigingsprocedure minder vrijblijvend formuleren.

Standaard audiometrie bij productie mensen.

Dat het bedrijf iets meer doet met de resultaten van het PBGO.

Aaneengesloten onderzoek van alle werknemers i.p.v. gespreid.

Frequentie 1x per jaar is te sober. Mag vaker, bijv. 1x per 4 jaar heel grondig + jaarlijks nalopen wat er van de adviezen terecht is gekomen.

Landelijke eenheid, landelijke organisatie advisering, referentiebestanden.

Goed meetinstrument voor mentale belasting.

Zou het afdelingsgewijs willen en per afdeling bespreken (dan zouden we van vaste frequentie moeten afzien). Kan wel groepsgewijs samenstellen, hebben epidemiologisch systeem.

Algemeen Gezondheidsonderzoek (APO)

Gerichter te doen en tot PBGO te maken.

Eventueel ombouwen tot PBGO.

Andere structuur: lagere frequentie en groepsgewijs.

Combineren met werkplekbezoek en mentale belasting. Meer afdelingsgewijs.

Leeftijdsgrens verlagen.

Functie i.p.v. leeftijd. Uitkomsten terugmelden en daarmee werk verbeteren.

Geen leeftijdsgrens. Beter funderen met werkplekgegevens (gebruikt al groene formulieren).

Leeftijdscriterium afschaffen.

Wil ombouw in de richting van PBGO voor iedereen, voorlopig nog met leeftijdsgrens.

Arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek

Er zou weer een VGW-cie moeten komen, waarin ik (BVK) ook zit, want nu hoor ik (behalve via de BA) niets.

Verbetering procedure rapportage, meer projectgericht. Eerst inventarisatie, dan toespitsen op project. Vragenlijst inventariserend werkplekonderzoek Wageningen gebruiken.

Nog optimaler multidisciplinair aanpakken van zich voordoende problematiek, vanaf het begin.

Zeer van belang om groepsonderzoek onder jonger dan 40 jr. te doen.

Wat meer tijd om in de literatuur te zoeken, zelfscholing.

Meer voorlichting gericht op het gebruik van chemicaliën in de ...-afdeling. Voorlichting aan VGW-cie en OR.

Procedure: oog voor betrokkenheid bedrijf.

Komt discussie in het ziekenhuis over rol werknemers - stafdiensten - directie over verbeteren arbeidsomstandigheden en communicatie, die moet leiden tot effectiever werk.

Wat meer je laten zien. BVK heeft snuffelfunctie.

Meer gestructureerd. Opzetten Arbocie.

Meer tijd en deskundigheid nodig. Bijv. CO₂-meting kost mij zelf te veel tijd.

Niet klachtgericht, meer bij PBGO.

Meer deskundigheid, bijv. echte ergonomoom die naar arbeidsproces kijkt.

Er zou ergonomische capaciteit, in de vorm van een professional bij moeten.

Problematiek op organisatorisch terrein en stress valt veel te verbeteren. Op het gebied van ergonomisch onderzoek is niet veel winst meer te halen.

Sneller inspringen op wisselende projecten.

Meer structureel onderdeel van werk BGD, minder restpost. Meer structureel rapporteren, vast onderdeel takenpakket.

We proberen een gerichte survey te maken, samen met de veiligheidsdienst.

Werkplekbezoek

Meer systematisch uitvoeren.

Vaker doen.

Meer systematisch door bijv. BVK.

Systematische verslaglegging.

Zou meer gestructureerd gelegenheid ervoor willen hebben.

Frequenter, zou meer tijd moeten hebben.

Zou vaker moeten.

Enorme openheid m.b.t. bezoek. Het hogere management remt de adviezen nog wel wat af. Enige verbetering van meetapparatuur.

Meer tijd, geld, mensen.

Meer gesystematiseerd, samenhang met PGO.

Er is geen bedrijfsbureau, dus info moet komen uit de divisies over werkplekken waar ze zitten. Dat zou moeten leiden tot een betere verdeling van de activiteiten tussen bedrijfsarts en arbeidshygiënist.

Wanneer we voorlichting en lawaaimeting doen zal dit tot adviezen leiden.

Meer tijd. Structuur aanbrengen, op regelmatige basis op alle plekken komen.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)

Mensen komen binnen als elektriciens, maar moeten veel graafwerk doen. Ze willen voorlichting over graven in de grond: tillen, bukken, graven. Zijn daar nog niet aan toegekomen. Interview in het personeelsblad i.v.m. een video over beeldschermwerk als "trekker".

Zou meer periodiek moeten zijn.

Ook jonger dan 35 jaar erin betrekken.

Meer systematisch en professioneler regelen voorlichtingsmateriaal, video.

Meer GVO, op grotere schaal in het bedrijf.

Inpassen in programma leerling-verplegers en specifiek voor afdelingen.

Willen meer gestructureerd, meer onderwerpen, meer doelgroepen. Inbedding in de dienst zelf.

Meer tijd (niet zonder geld). Kunnen niet alles tegelijk.

Moet intensiever. Inventariseren behoefte bij werknemer.

Er budget voor vrijstellen.

Je zou risicogroepen moeten definiëren en daar voorlichting op richten; dat gebeurt nog niet.

Vooraf middenkader.

Wat meer op de mensen toegespitst, betrokken op de eigen werksituatie. Wordt nu gedaan m.b.v. video-opname op de eigen afdelingen.

bijlage f.

**OVERZICHT VAN KNELPUNTEN EN PLUSPUNTEN IN DE WERKWIJZEN
EN DE VAARDIGHEDEN VAN DE ZORGVERLENERS**

INVENTARISATIE VAN GENOEGDE KNELPUNTEN

Knelpunten wat betreft de werkwijzen in brede zin (vraag 7.1)

PBGO; verzuimgevallen eventueel vroeger zien.

Gevoel de benadering meer op risico's richten, i.p.v. algemene gezondheidsbenadering; zou eventueel tot minder tijd kunnen leiden (nu te veel cholesterol en Hb bepalingen).

Efficiëntere tijdsbesteding wenselijk t.o.v. verschillende vestigingen. Op elke werkplek is een PC nodig.

Samenwerking AH-bedrijf en medewerkers, financiële situatie van het bedrijf.

Vragenlijsten zouden als instrument voor de BGZ bruikbaar moeten zijn. Wil scherper instrument voor meer toegespitst PO.

PBGO: dataverwerking; verspreiding uitkomsten naar bedrijf; weinig tijd om literatuur uit te zoeken.

PBGO in korte periode afwerken.

Te weinig professionele arbeidshygiënist, grotere dienst.

Apparaten verouderd, afschrijvingstermijn te lang. Opleiding en ervaringsniveau artsen.

Tijdelijke onderbezetting, onvoldoende automatisering.

BVK-discipline ondervertegenwoordigd en niet soepel inzetbaar.

Ontbreken van structuur. Beleid is er wel voldoende.

Kunnen niet alle metingen doen.

Klimaatmeting, dampenanalyse, ontbreken arbeidshygiënist.

Ontbreken arbeidshygiënist; ambtelijke cultuur; meer beleidsadvisering nodig.

PC te langzaam; tijdgebrek; geen bg assistent of BVK.

Bedrijf kan niet zelf beslissingen nemen over flinke hoeveelheden geld.

Te weinig menskracht.

Te veel vergaderen; moeilijk grip op marketing personeel (balanceert op de rand van het kunnen); meetinstrumenten psycho-sociale problemen.

Apparatuur. Te weinig tijd.

Onderbezetting.

De organisatiestructuur is teveel centraal geregeld en te weinig op de perifere situatie afgestemd. Ongenoegen omtrent de te bureaucratische besluitvorming.

Moet nogal solistisch opereren; het overleg is niet voldoende.

Administratieve ondersteuning; automatisering capaciteitstekort.

Werken vanuit historisch perspectief, d.w.z. vooral vanuit spreekuur en APO. Weinig op werkplek geweest. Weinig overleg disciplines. Te weinig werken in teams.

Te grote omvang populatie of te weinig tijd. Zou meer preventie-gericht willen werken.

Ondersteuning gebrekkig (te veel dingen zelf).

Krappe bemanning. Partiële aanwezigheid, daardoor BGD en populatie weinig verweven.

Knelpunten wat betreft de vaardigheden van het BGZ-team (vraag 7.3)

Onderzoek naar stress is voor dit bedrijf nodig + adviezen op gebied van organisatie en leiding.

Duidelijk nog te weinig informele contacten in de organisatie.

Nog maar kort bezig; scoren, functie waarmaken.

Soms specifieke deskundigheid ziekenhuizen door gebrek aan tijd om het uit te zoeken.

Er moet BVK komen.

Stressmeting, organisatie-advisering.

Geen opgeleide BVK, te weinig opgeleide BA.

BVK (vacature, wordt nu aangesteld) arbeidskundig onderzoek, werkplekonderzoek.

Deskundige nodig op gebied psychosociale begeleiding.

Geen arbeidshygiënist, te weinig relevante kennis aanwezig.

Arbeidshygiënist.

Onvoldoende allround kennis; die komt van O & O.

Geen BVK.

Wat vriendelijker optreden. Opleidingen verouderd (te weinig bijscholing).

Meer werkplekbezoek door BVK, betere toerusting door nascholing.

Nog wat te weinig ervaring; ondersteuning van assistentie.

Altijd nascholing nodig (doen daar intern ook aan w.b. GVO, stressproblematiek). Kleine dienst: weinig differentiatie in functies (geen psycholoog, geen ergonoom e.d.)

Leeftijd verbandmeester, zou er een BVK voor willen hebben. Geen arbeidshygiënist.

Assistente geen medische opleiding.

BA meer wat betreft werken aan organisaties. BVK rapportage vaardigheden.

INVENTARISATIE GENOEMDE PLUSPUNTEN

Pluspunten wat betreft de werkwijzen in brede zin (vraag 7.2)

PBGO, want geeft systematisch knelpunten aan.

2 petten is gunstig in dit geval in dit bedrijf met goed sociaal klimaat.

Brede aanpak van arboproblematiek; bereidheid directie om mensen en middelen ter beschikking te stellen voor onderzoek of maatregelen.

Praatpaalfunctie werkt goed.

Neutraal gericht: laagdrempeligheid. Dit kan bij gericht werken tot een hogere drempel leiden.

Verzuimbegeleiding is goed, ook contacten daarvoor met bedrijf.

Coöperatieve opstelling bij hervatting werk langdurig zieken. Makkelijke toegankelijkheid TG.

Onderlinge collegialiteit, sfeer, veel deskundigheid (arb hyg + psych).

Direct contact met werknemers. Geen schroom in het contact. Niveau van onderzoek: AH.

Voordeel is dat ze niet bij het bedrijf in dienst zijn.

Koppeling inventaris werkplek-PBGO. Daardoor gericht rapporteren. Breed Arboplatform in overleg. Landelijke ondersteuning.

ad hoc in kunnen schakelen van deskundigen.

Functioneert goed door de gemoedelijke onderlinge contacten, weinig formeel.

Bij PBGO.

Gevarieerd aanbod aan disciplines.

Standaarddingen (spreekuur, keuringen, verzuim) loopt geolied.

Goed contact met individuele werknemers.

Fietsergometer.

Veel mogelijkheden (vergeleken met GGD-en en DGD-en): klimaat-, Dägerapparatuur, geluid-, licht-, dosimeters.

Goed opgeleid personeel, goede apparatuur.

Psychosociale; multidisciplinair.

Kennis ambtelijke organisatie; controle en begeleiding in één.

Automatisering op zich juist succes; opleiding en cursussen intern; aanwezigheid toxicoloog, ergonoom, socioloog en arbeidshygiënist waar je op terug kunt vallen.

Compact overzichtelijk bedrijf.

Flexibel, veelzijdig, niet dogmatisch.

Zeer gevarieerd.

Korte communicatie-lijnen.

Op lokaal niveau een goede werksfeer en contacten met de leiding; andere werkwijzen etc. zijn goed bespreekbaar; goede bewegingsvrijheid, acceptatie en status.

Goede ruimte, goed instrumentarium. Onafhankelijk in werk en advies.

Eigen winkeltje, zeer zelfstandig.

Toetsbaarheid goed door kleine groepen; toetsing niet moeilijk van elkaars werk.

Combinatie BGZ-VG is ideaal. Plek binnen bedrijf: fysiek en w.b. organisatie geen drempels.

Veel vrijheid, redelijk goede contacten met de werkvloer (personen en veldbezoek).

Een paar jaar geleden verbouwd en ingericht, kunnen veel (biol. monitoring wordt uitbesteed), optimaal toegerust.

Wat betreft de preventieve kant: ouderenbeleid.

Goede relatie met het management, met wekelijkse gesprekken.

Scoren is niet zo moeilijk, omdat de gezamenlijke BGD er weinig heeft klaargemaakt (jaren geen PBGO).

Veel mogelijkheden: alle disciplines in huis. Goede filosofie, weten waar naar toe. Goed geautomatiseerd systeem.

Combinatie-functie werkt prima.

Deskundigen op allerlei gebied bij de hand.

Goede/ruime contacten, vertrouwen.

Pluspunten wat betreft de vaardigheden van het BGZ-team (7.4)

Systematisch werken; scholing; alle BA en BVK uniform werken, zodat onderling overleg goed kan werken.

Huisartsenervaring is gunstig.

Goede samenwerking, grenzen kennen, duidelijke afspraken t.a.v. wijzen van adviseren en rapporteren.

Beroep op ergonoom, arbeidshygiënist.

Geen pretentie, kunnen werk aan.

Aanvullende disciplines, goede samenwerking.

AH: werkt projectmatig, dus niet iedereen trekt steeds aan hem.

Veel contacten over werksituatie met werknemers. Herkenbaar gemaakt.

BA kennis; inzet team; nabije zorg, men kent de mensen.

Ervaren geregistreerde BA.

BVK met 10 jaar ervaring poli post ziekenhuis; ervaren BA.

Ervaren; werken goed samen; kunnen technisch veel; sociale vaardigheid niet slecht.

Communicatie, vertrouwen in de persoon rond BA (en BVK) van de kant van div. en werken.

Kan net bieden wat BGZ eist.

Individuele begeleiding; verwijzing naar hulpverlening: ha; veel spreekuur, persoonlijk contact.

Goede samenwerking BA-adm. assistente.

BVK weet veel van bedrijf informeel.

Kennis van dienst + partner.

Ervaring, kennis over het personeel.

Prima team.

Worden gezien als autoriteit m.b.t. beoordeling van verzuim; lokken geen discussie uit over werkplekonderzoek; samenwerking in sociale unit werkt goed: op een lijn.

Goede kennis van de gezondheidsproblematiek, inclusief behoud methoden, bijhouden vakliteratuur + mogelijkheden.

De kleinschaligheid.

Kennis van de individuele werknemers; vertrouwen dat ze hebben; langdurige staat van dienst.

Kwaliteit mensen is hoog; persoonlijke inzet en motivatie; aanpassing aan bedrijfscultuur; geen BVK (zou niet passen bij die technici), wel arbeidshygiënist.

Assistent heel zelfstandig; BMW eigen terrein, goed met verwijzen.

Alle disciplines in huis.

Meerwaarde VG-taak, contactrol door BA is pluspunt, individuele begeleiding.

BA goed ingevoerd in organisatie. BVK is geïnteresseerd in werkplekonderzoek.

**DE UITKOMSTEN VAN DE KRUISTABELLEN VAN DE ZES BGD- EN CLIENT-
KENMERKEN TEGEN DE ZEVEN THEMA'S IN DE PROCES- EN OUTPUTAS-
PECTEN**

Tabel g.2.1 Aspecten van interne sturing door de BGD (1)

aspecten van interne sturing	n	Type BGD		BGZ-team		VG-taak		Ind./dienstv.		Groottekl.			Fin.ec.pos.				
		gez	ovh	enk	BA	+BVK	+AH	bui	bin	zelf	ind	die	<100	100-499	500+	goed	matig
- beg. L.V. minder evenveel meer	50	11 61 28	0 80 20	12 59 29	0 73 27	11 63 26	8 67 25	18 47 35	0 67 33	5 81 14	8 73 19	8 58 33	0 64 36	11 74 16	10 60 30	3 71 26	17 56 28
- beg. FKV veel minder minder evenveel meer	49	0 0 77 24	7 0 60 33	0 18 59 24	0 9 55 36	4 8 62 27	0 0 83 17	0 0 69 31	8 8 58 25	0 10 67 24	4 0 65 31	0 13 65 22	9 0 55 36	0 5 63 32	0 11 74 16	3 10 63 23	0 0 72 28
- spreekuur minder evenveel meer	50	6 67 28	0 67 33	12 59 29	9 55 36	4 56 41	8 92 0	12 71 18	8 67 33	0 73 27	0 13 54 33	13 54 33	9 82 9	0 63 37	10 55 35	7 65 29	6 67 28
- GPO veel minder minder evenveel meer	42	14 0 64 21	0 27 53 20	0 15 62 23	0 11 78 11	9 14 46 32	0 18 73 9	8 8 75 8	10 10 50 30	0 20 55 25	4 17 46 33	6 11 78 6	0 0 71 29	6 18 53 24	6 17 61 17	7 15 56 22	0 14 71 14
- PBGO veel minder minder evenveel meer veel meer	45	6 12 41 24 18	0 21 36 36 7	0 7 29 50 14	0 0 33 33 33	4 20 32 40 4	0 9 46 27 18	7 7 33 20 33	0 9 36 55 0	0 21 37 37 5	5 18 36 32 9	0 9 35 39 17	11 11 22 44 11	0 18 47 29 6	0 11 32 37 21	4 11 48 26 11	0 18 18 47 18
- APO veel minder minder evenveel	22	13 13 75	0 17 83	13 25 63	0 25 75	0 9 29	29 13 43	25 13 63	0 17 83	0 25 75	8 23 69	11 11 78	25 0 75	0 20 80	13 25 63	7 7 85	11 33 56

Tabel g.2.3 Aspecten van interne sturing door de BGD (3)

aspecten van interne sturing	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig			
activiteiten achterwege?	51	22	27	17	17	26	17	24	25	18	27	16	11	33	28	11
voldoende aandacht:																
- AK	51	100	93	100	100	96	100	100	100	96	100	96	100	95	100	94
- beg. L.V.	51	89	80	100	83	89	100	88	100	86	85	96	91	90	91	89
- beg. KfV	46	100	71	94	82	87	100	100	90	81	96	82	90	87	90	75
- spreekuur	48	88	87	100	83	93	100	94	100	85	92	92	91	94	90	89
- GPO	33	89	70	100	88	80	100	100	100	75	90	86	100	83	88	80
- PBGO	21	75	100	29	0	71	50	56	50	75	82	40	86	80	33	50
- APO	20	80	67	100	83	78	100	100	80	78	91	78	100	70	100	75
- AH/erg.ond.	41	88	42	31	29	70	46	69	50	50	54	59	88	60	39	53
- werkplekbezoek	39	81	42	46	64	60	50	75	50	53	68	50	86	63	44	62
- GVO	22	80	71	80	50	90	83	75	80	77	92	56	100	88	69	71
- overleg	50	83	86	100	100	85	92	94	92	86	92	88	82	94	91	87
% AK	50	13	8	11	10	10	12	13	13	8	9	12	10	10	11	10
% LV begeleid	46	79	96	88	81	91	83	77	87	95	85	88	82	81	94	87
% KfV begeleid	26	59	79	84	81	75	74	70	76	81	76	78	100	81	70	76
% spreekuur	40	15	19	24	17	19	21	12	23	24	19	18	14	14	26	19
% deeln. GPO	32	97	95	94	97	94	96	97	93	95	94	96	100	94	94	96
% deeln. PBGO	16	81	92	88	85	80	92	82	88	86	84	84	82	88	83	81
% deeln. APO	16	97	82	69	86	82	60	85	73	81	81	77	87	87	63	84
juiste categorieën																
personeel gezien																
gezondheidsrisico's:																
- AK	31	75	75	55	50	83	43	64	50	75	63	75	29	25	42	74
- beg. L.V.	37	75	73	100	100	75	91	75	100	83	86	81	88	85	81	96
- beg. KfV	18	50	71	43	50	71	40	50	67	55	50	60	100	67	25	67
- GPO	33	78	100	57	63	87	70	63	78	81	95	50	100	92	59	68
- PBGO	12	87	-	50	100	63	100	100	100	40	83	67	100	67	60	86
- APO	16	25	40	43	60	33	20	20	67	38	50	17	100	50	14	31
- AH/erg. ond.	38	80	75	100	43	90	100	77	100	83	83	86	86	87	81	84
- werkplekbezoek	30	93	80	83	75	88	100	100	75	80	81	93	100	75	92	89
- GVO	20	50	100	67	67	67	100	25	100	82	91	56	100	100	58	69

Tabel g.2.5 Aspecten van interne sturing door de BGD (5)

aspecten van interne sturing	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
fact. genoemd die:													
vertrouwen werknemers bevorderen	50	88	87	89	100	81	92	88	100	82	88	91 83 91	88 88
vertrouwen werknemers belemmeren	50	77	73	83	100	65	83	75	92	73	84	82 67 86	78 77
maatstaven BGD:													
verzuim	48	13	40	24	36	20	25	13	30	32	28	9 29 30	30 18
werkomstandigheden	48	31	13	18	27	20	17	19	30	18	28	18 18 25	27 12
Aspecten van													
extern overleg													
Contactpersoon													
i.v.m. LV:													
- directie	51	11	7	6	8	11	0	18	0	5	8	27 5 0	6 11
- chefs		44	40	72	58	48	58	47	42	64	58	46 42 67	56 44
- PZ		72	60	61	67	59	75	71	50	68	69	46 68 71	72 50
- VGM/OR		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 0 0	0 0
- BWV		6	33	28	33	19	17	6	8	41	19	0 21 33	19 22
SMT aanwezig?	51	61	93	78	75	78	75	53	83	91	81	36 84 91	75 78
Deelnemers SMT:													
- directie	39	9	7	14	22	10	0	11	10	10	14	25 13 5	13 7
- chefs		55	43	29	56	43	22	22	50	45	48	50 32 32	33 50
- BWV		36	86	79	67	81	44	44	70	80	67	75 56 79	63 79
- PZ		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100 100 100	100 100
- BA		91	93	100	89	95	100	89	100	95	95	100 88 100	96 93
- BVK		46	36	14	0	52	11	11	40	35	38	25 31 32	33 29
- OR/VGM-commissie		9	0	7	11	0	11	0	10	5	5	0 6 5	8 0
vergader-frequentie SMT	36	15	10	18	18	12	18	22	14	11	18	17 14 13	16 12

Tabel g.3.1 Aspecten van extern overleg (1)

aspecten van extern overleg	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
onderwerpen SMT:													
- verzuim	36	91	75	100	78	90	100	89	90	88	85	94	91 83
- functioneren individueel	37	27	17	21	33	11	33	11	40	17	10	38	29 8
- gezondheid individueel	37	18	33	14	11	26	22	11	40	17	14	31	21 17
- beleidspro- blematiek	37	27	33	57	44	42	33	33	50	39	38	44	33 58
- anders	37	36	25	14	33	21	22	22	40	17	14	38	21 33
samenwerking met VG van:													
- GMD/ABP	46												
goed		64	80	65	67	68	75	64	73	71	70	70	70 72
redelijk		29	20	29	25	27	25	36	27	19	26	26	22 28
matig		7	0	6	8	5	0	0	0	10	4	4	7 0
- BV-ZW	24												
goed		75	50	80	83	67	83	77	67	80	75	75	80 67
redelijk		25	50	10	17	25	17	23	17	20	17	25	13 33
matig		0	0	10	0	8	0	0	17	0	8	0	7 0
- BGD-ZW	9												
goed		78	93	78	75	85	83	82	58	96	85	80	81 83
redelijk		17	7	22	25	11	17	12	42	5	12	20	16 17
matig		6	0	0	0	4	0	6	0	0	4	0	3 0
goede informatie curatieve sector	51	94	100	89	100	96	83	94	83	100	89	100	94 94
tijdige informatie curatieve sector	50	89	86	72	83	85	75	88	82	77	72	92	81 83
afstemmingspro- blemen overleg- vormen	40	33	25	15	10	33	22	29	25	22	38	11	19 39

Tabel g.3.2 Aspecten van extern overleg (2)

aspecten van extern overleg	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
PZ aanwezig?	51	94	100	94	92	96	100	88	100	96	82	97
overleg met PZ?	49	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
overlegfrequentie PZ per jaar	48	29	23	54	50	33	29	35	38	37	13	40
overlegfrequentie met directie	50	4	6	15	17	5	7	5	6	9	4	9
contact met direc- tie over:												
- formaliteiten	51	28	7	11	8	7	42	24	17	12	18	22
- beleidszaken	51	67	87	100	92	85	75	65	100	89	64	81
- functioneren individen	51	6	13	39	50	15	0	12	17	12	18	22
VGW-commissie?	51	56	40	61	42	52	67	53	67	69	18	56
vaak genoeg in VGW- cie uitgenodigd?	25	50	60	70	50	54	75	56	75	72	50	65
OR aanwezig?	51	72	100	89	92	85	83	82	83	89	73	84
vaak genoeg in OR uitgenodigd?	43											
ja	33	13	38		9	30	44	23	70	36	29	37
niet vaak genoeg	25	47	56		55	44	33	46	20	36	14	41
nooit	42	40	6		36	26	22	31	10	27	57	22
verbeteringen wense- lijk in contact met:												
- directie	51	11	7	17	8	11	17	18	8	4	0	13
- OR/VGW-commissie	44	31	20	25	27	26	20	21	20	26	25	26
- PZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- kader	51	11	0	6	8	4	8	18	0	4	9	6

Tabel g.4.1 Aspecten van advisering door de BGD (1)

aspecten van advisering	n	Type BGD		enk	BA	BGZ-team		bui	VG-taak		zelf	Ind./dienstv. ind die		Groottekl.			Fin.ec.pos.	
		gez	ovh			+BVK	+AH		bin					<100	100-499	500+	goed	matig
rapportage aan:																		
- directie	51	67	60	94	67	82	67	77	92	64		92	56	64	74	81	75	72
- VGW-commissie/OR	44	46	40	25	18	48	30	36	60	25		57	14	13	56	30	26	50
- PZ	49	77	80	29	73	65	42	60	67	59		60	63	67	74	48	61	65
- kader	51	11	13	50	42	26	8	12	42	27		19	32	0	32	33	31	17
adviezen altijd schriftelijk uitgebracht																		
	48	56	29	44	17	44	73	63	36	33		46	42	56	21	60	42	50
adviezen uitgebracht aan:																		
- directie	50	72	60	77	73	70	67	82	55	68		81	58	46	68	85	71	67
- VGW-commissie/OR	43	69	47	33	20	61	50	57	44	45		65	30	50	56	42	39	63
- PZ	48	65	40	38	50	50	42	47	64	41		52	44	33	63	40	60	29
- kader	50	33	40	47	27	48	33	24	64	41		31	50	18	47	45	39	39
besproken met:																		
- directie	50	56	40	59	55	48	58	71	25	52		69	33	46	42	65	48	56
- VGW-commissie/OR	43	46	27	27	20	35	40	36	30	32		48	15	25	38	32	27	38
- PZ	48	59	40	38	50	50	33	47	67	33		44	48	33	53	45	53	35
- kader	50	50	53	53	27	67	42	35	67	57		54	50	18	63	60	52	50
adviezen in conceptvorm besproken																		
	48	50	79	88	75	72	64	63	46	91		63	79	44	74	80	74	63
in conceptvorm besproken met:																		
- directie	49	17	21	41	27	27	25	29	18	29		44	8	18	28	30	30	17
- VGW-commissie/OR	42	0	7	13	10	5	10	7	11	5		9	5	0	7	11	4	6
- PZ	47	35	29	31	30	32	33	40	27	29		25	39	22	33	35	35	29
- kader	49	11	43	35	18	35	25	6	36	43		24	33	9	39	30	20	39

Tabel g.4.2 Aspecten van advisering door de BGD (2)

aspecten van advisering	n	Type BGD		enk	BA	BGZ-team		bui	VG-taak		Ind./dienstv. ind die	Groottekl.			Fin.ec.pos.		
		gez	ovh			+BVK	+AH		bin	zelf		<100	100-499	500+	goed	matig	
rekening houdend met haalbaarheid	46	29	0	13	17	0	46	27	18	5	9	22	13	17	15	21	6
niet		41	62	38	42	52	36	33	27	65	52	39	63	39	45	24	88
middelmatig		29	39	50	42	48	18	40	55	30	39	39	25	44	40	55	6
sterk, geheel																	
alg. niveau van de doelstelling van adviezen	47	18	7	38	18	20	27	20	27	19	26	17	33	17	20	19	27
maximale		53	71	38	55	56	46	60	46	52	48	58	33	61	55	52	60
tussenin		18	14	13	18	12	18	13	18	14	17	13	22	11	15	16	13
minimale		7	13	9	12	9	7	9	14	9	13	11	11	10	13	0	
geen alg. uitg.punt	12																
overeenst. met: directie (doel meest ingrijpend advies)	42	63	91	93	82	80	82	71	82	88	77	85	71	80	85	86	69
OR/VGW-commissie (doel meest ingrijpend advies)	32	78	73	92	67	87	88	89	88	73	83	79	100	70	84	86	70
directie (doel belangrijkste BGZ-advies)	38	79	90	93	88	84	91	86	80	93	91	82	71	100	83	92	75
OR/VGW-commissie (doel belangrijkste BGZ-advies)	30	100	89	100	86	100	100	100	100	92	100	92	100	100	94	100	89
inzichten in risico-groepen gedeeld met: directie	41	56	92	67	67	71	73	53	88	78	77	63	67	93	53	63	81
OR/VGW-commissie	31	82	90	100	71	94	100	80	100	92	94	85	100	85	93	90	90
PZ	40	87	92	75	78	86	90	86	100	78	86	84	75	88	88	83	87

Tabel 9.5.1 Aspecten van de afloop van advisering (1)

aspecten van de afloop van advisering	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
deel adviezen aan													
ind. opgevolgd	39												
klein deel		39	31	31	38	35	25	36	44	25	50	19	30
groot deel		62	69	69	63	65	75	64	56	75	50	81	70
deel adviezen aan													
bedrijf uitgevoerd	47												
niets		0	0	6	0	4	0	0	8	0	0	0	0
klein deel		24	14	0	8	20	0	21	8	10	9	16	7
groot deel		71	57	88	67	68	90	71	75	71	82	64	76
geheel		6	29	6	25	8	10	7	8	19	9	16	17
deel aan doel													
tegenoet komend	48												
niet		0	0	6	0	4	0	0	8	0	0	0	0
klein deel		12	14	0	0	16	0	0	17	10	4	12	7
groot deel		77	64	94	100	64	91	87	67	81	78	80	80
geheel		12	21	0	0	16	9	13	8	10	17	4	13
deel v.h. meest													
ingrijpende advies													
opgevolgd	37												
onvoldoende		33	10	13	0	26	22	27	18	13	30	6	16
minimaal		0	10	7	11	5	0	0	9	7	0	12	4
tussenin		17	30	13	11	11	44	36	0	20	10	29	20
maximaal		50	50	67	78	58	33	36	73	60	60	53	60

Tabel g.5.2 Aspecten van de afloop van advisering (2)

[illegible]

Tabel g.6.1 Aspecten van het bedrijfsbeleid met betrekking tot BGZ in de cliëntorganisatie (1)

aspecten van het beleid	n	gez	Type BGZ ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
voldoende aandacht in bedrijf voor reintegratie	41	87	75	79	78	78	89	85	75	80	67 100 67	84 73
mate van activi- teit VGW-commissie	25											
zeer	10	20	30	50	8	25	11	38	13	17	29	24 13
vrij	40	20	30	0	46	25	56	25	13	33	29	35 25
matig	40	20	30	25	39	25	22	38	38	28	43	29 38
weinig	10	40	10	25	8	25	11	0	38	22	0	12 25
mate van activi- teit OR	43											
zeer	8	0	25	18	5	20	7	30	5	9	15	15 7
vrij	31	14	25	9	41	0	29	30	16	22	25	26 20
matig	31	29	19	36	18	30	29	10	32	26	25	26 20
weinig	31	57	31	36	36	50	36	30	47	44	35	33 53
frequentie van overleg directie- OR	21	3	4	4	3	4	2	3	4	4	4	3 3
conflicten direc- tie-OR over BGZ	34	50	0	64	63	29	56	58	44	42	47	41 55
weet niet of er conflicten zijn	43	8	47	7	27	23	10	8	10	14	29	15 31
kwaliteit van de beleidsaandacht in bedrijf	50											
goed	11	21	33	33	15	25	18	17	29	28	16	29 11
voldoende	67	36	56	50	50	67	71	67	33	44	64	55 56
onvoldoende	22	36	6	8	31	8	12	17	29	28	12	16 22
slecht	0	7	6	8	4	0	0	0	10	0	8	0 11
sleutelpersonen mbt oplossing BGZ-problematiek	51	67	87	56	58	74	67	71	67	77	60	75 56

Tabel g.6.2 Aspecten van het bedrijfsbeleid met betrekking tot BGZ in de cliëntorganisatie (2)

aspecten van het beleid	n	Type BGD		enk	BA	BGZ-team		bui	VG-taak		Ind./dienstv. ind die	Groottekl.			Fin.ec.pos.		
		gez	ovh			+BVK	+AH		zelf	bin		<100	100-499	500+	goed	matig	
als sleutelper- sonen genoemd:																	
- directie/BL	51	22	27	39	25	26	42	29	33	27	42	16	36	21	33	31	22
- OR/VGW-commissie	44	8	13	0	0	13	0	8	10	5	13	0	13	6	5	11	0
- PZ	49	24	53	18	36	35	17	27	8	46	24	38	22	37	29	29	35
- kader	51	33	13	17	8	22	33	29	42	5	23	20	18	21	24	25	11
betrokkenheid bij BGZ van:																	
- directie/BL	49																
- te weinig		59	43	44	58	48	42	56	50	43	40	58	36	35	67	48	53
voldoende		35	57	56	42	52	50	44	42	57	60	38	64	65	29	48	47
teveel		6	0	0	0	0	8	0	8	0	0	4	0	0	5	3	0
- kader	48																
- te weinig		53	69	56	58	56	64	63	42	65	52	65	60	35	76	52	67
voldoende		47	31	44	42	44	36	38	58	35	48	35	40	65	24	48	33
- PZ	47																
- te weinig		18	23	47	36	21	42	27	17	40	29	30	13	22	43	35	18
voldoende		82	69	53	64	75	58	73	83	55	71	65	75	78	57	66	77
teveel		0	8	0	0	4	0	0	0	5	0	4	13	0	0	0	6
- OR/VGW-commissie	41																
- te weinig		31	58	44	73	25	50	36	10	71	36	53	43	40	47	40	53
voldoende		69	42	50	27	70	50	64	90	24	64	42	57	60	47	56	47
teveel		0	0	6	0	5	0	0	0	6	0	5	0	0	5	4	0
- werknemers	48																
- te weinig		53	46	56	67	48	46	63	33	55	44	61	40	44	65	43	65
voldoende		47	54	39	33	48	55	31	67	45	52	39	50	56	35	53	35
teveel		0	0	6	0	4	0	6	0	0	4	0	10	0	0	3	
door bedrijf juiste prioriteiten gesteld	51																
ja		28	27	17	25	19	33	18	25	27	23	24	18	42	10	22	28
min of meer		33	47	50	33	44	50	35	50	46	46	40	46	37	48	47	33
enigszins		28	7	28	25	26	8	41	17	9	23	20	18	21	24	22	22
nee		11	20	6	17	11	8	6	8	18	8	16	18	0	19	9	17

Tabel g.7.1 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (1)

aspecten van externe sturing	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
kosten BGZ wegen tegen baten op volgens bedrijf	34	83	100	100	89	94	100	83	100	100	90	100	96 89
weet niet wat be- drijf vindt	45	33	50	17	25	39	25	29	25	38	23	36	25 47
contract omtrent het zorgpakket	51	94	47	33	33	78	42	77	67	41	65	91	59 56
ingegaan op wensen uit het bedrijf	17	86	80	80	67	82	100	75	100	67	89	80	92 50
plannen contract te heroverwegen	30	81	100	83	75	95	60	77	86	100	89	78	95 70
schriftelijk jaarplan	51	28	33	56	8	41	67	41	42	36	46	27	44 33
jaarlijks verslag	51	78	60	72	67	74	67	65	100	59	77	55	72 72
de BA wordt inge- schakeld bij (volgens bedrijf):													
- onterecht lang verzuim	51	78	87	83	75	85	83	88	58	91	81	82	72 100
- idem frequent verzuimgeval	45	73	93	88	82	79	100	86	70	91	91	90	82 88
belemmeringen voor onderzoek/bezoek werkplekken	51	33	7	11	8	15	33	29	25	5	19	9	22 11
grenzen bedrijf bij meest ingrij- pende advies	41	47	30	43	55	42	27	47	36	40	41	43	43 33
beneden de grens op de grens		24	60	29	27	37	36	33	36	33	23	29	36 33
boven de grens		29	10	29	18	21	36	20	27	27	36	29	21 33
weet niet	51	6	29	13	0	27	0	6	8	25	8	22	7 29

Tabel g.7.2 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (2)

aspecten van externe sturing	n	Type BGD gez ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig						
grenzen bedrijf																	
bij belangrijkste BGZ-advies	35																
beneden de grens	50	57	64	63	56	55	57	60	55	67	47	43	73	53	54	60	
op de grens	36	29	21	25	31	27	36	30	18	11	47	29	18	35	38	10	
boven de grens	14	14	14	13	13	18	7	10	27	22	6	29	9	12	8	30	
weet niet	46	18	46	13	27	33	0	13	17	39	18	29	13	35	19	17	38
voldoende gevraagd te adviseren bij veranderingen	48																
ja	33	50	31	17	48	36	25	46	43	38	38	33	37	40	39	38	
niet vaak genoeg	39	29	44	42	32	46	50	18	38	50	25	56	32	35	32	44	
nooit	28	21	25	42	20	18	25	36	19	13	38	11	32	25	29	19	
verzuim als maat- staf van:																	
- directie	44	47	83	77	55	81	58	43	73	84	76	61	44	69	79	63	75
- kader	39	46	90	75	60	78	64	46	64	88	80	58	80	67	68	62	83
- PZ	44	41	40	41	27	57	25	25	46	53	52	29	20	60	37	46	27
- OR/VGW-commissie	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- ind. werknemers	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
werkomstandigheden als maatstaf van:																	
- directie	44	20	8	18	18	14	17	21	9	16	24	9	11	19	16	15	19
- kader	39	0	20	19	20	6	18	0	18	18	15	11	0	13	16	8	25
- PZ	44	6	50	0	0	29	0	0	18	24	22	5	10	13	16	11	13
- OR/VGW-commissie	40	36	57	20	11	60	11	17	50	36	47	19	20	40	33	32	30
- ind. werknemers	40	33	50	13	30	42	9	23	25	40	32	29	13	42	30	33	20

Tabel g.7.3 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (3)

aspecten van externe sturing	n	gez	Type BGD	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
invloed op prioriteiten onderzoek door BGD van:													
- directie	46												
geen	22	9	18	27	22	0	24	9	17	16	19	20	20
beetje	22	18	29	36	17	25	24	27	22	24	29	21	27
nogal wat	22	36	18	27	30	8	12	27	33	24	24	0	23
veel	28	27	29	9	26	50	35	18	28	32	24	12	20
zeer veel	6	9	6	0	4	17	6	18	0	8	5	6	10
- kader	42												
geen	31	33	12	27	29	10	33	10	24	25	22	7	19
beetje	31	33	35	55	19	40	27	40	35	29	39	26	39
nogal wat	25	33	41	18	43	30	27	40	35	33	33	40	35
veel	13	0	12	0	10	20	13	10	6	13	6	7	8
- PZ	44												
geen	13	27	19	30	14	17	7	20	28	25	11	12	24
beetje	13	27	25	20	19	25	20	20	22	17	26	12	21
nogal wat	63	36	38	50	48	42	47	50	44	38	58	65	38
veel	13	9	13	0	14	17	27	10	0	21	0	12	14
zeer veel	0	0	6	0	5	0	0	0	6	0	5	0	3
- OR/VGV-commissie	34												
geen	17	25	20	44	18	0	23	0	31	14	29	0	24
beetje	50	25	27	22	41	33	31	33	39	29	43	46	29
nogal wat	25	13	33	11	29	33	31	33	15	29	21	36	29
veel	8	38	20	22	12	33	15	33	15	29	7	18	19
- ind. werknemers	43												
geen	50	20	24	36	43	9	53	18	24	29	37	42	36
beetje	19	20	24	18	24	18	27	18	18	21	21	16	14
nogal wat	19	30	29	18	24	36	7	64	18	29	21	21	32
veel	13	30	24	27	10	36	13	0	41	21	21	29	18
- BGD	45												
beetje	6	9	0	0	9	0	6	0	6	0	10		
nogal wat	24	9	12	0	27	8	19	27	6	17	14		
veel	41	46	29	46	32	42	38	36	39	50	24		
zeer veel	29	36	59	55	32	50	38	36	50	33	52		

Tabel 9.7.4 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (4)

aspecten van externe sturing	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig				
invloed directie t.o.v. OR/VGW-cie (onderzoek BGD)														34			
meer	50	38	50	50	25	47	67	50	33	54	43	54	20	46	56	43	58
evenveel	33	50	29	29	50	35	22	33	33	39	29	46	40	27	39	33	33
minder	17	13	21	21	25	18	11	17	33	8	29	0	40	27	6	24	8
invloed BGD t.o.v. directie (onderzoek BGD)														45			
veel meer	24	18	29	29	36	23	17	31	9	28	21	29	20	13	37	27	21
meer	35	27	47	47	55	32	33	25	46	44	38	38	30	50	32	40	29
evenveel	41	55	24	24	9	46	50	44	46	28	42	33	50	38	32	33	50
invloed BGD t.o.v. OR/VGW-commissie (onderzoek BGD)														33			
veel meer	27	25	43	43	63	25	22	27	22	46	20	54	0	10	56	38	27
meer	55	38	29	29	13	50	44	46	44	31	55	15	40	60	28	38	36
evenveel	18	38	29	29	25	25	33	27	33	23	25	31	60	30	17	24	36

Tabel g.7.5 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (5)

aspecten van externe sturing	n	gez	Type ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak		zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl.		Fin.ec.pos. goed matig
									bin				<100	100-499	500+
invloed op priori- teiten oplossen															
BGZ-probl. van:															
- directie	44														
beetje	6	9	13	10	9	8	7	18	6	4	15	10	6	11	7
nogal wat	29	27	25	30	36	8	20	46	22	21	35	30	38	17	21
veel	47	36	38	40	27	67	53	27	39	50	30	50	31	44	57
zeer veel	18	27	25	20	27	17	20	9	33	25	20	10	25	28	14
- kader	41														
beetje	19	56	25	50	25	18	29	20	35	17	44	44	29	22	43
nogal wat	75	11	25	10	55	46	57	50	24	48	33	56	50	28	21
veel	6	33	38	40	10	36	14	20	35	35	11	0	21	39	21
zeer veel	0	0	13	0	10	0	0	10	6	0	11	0	0	11	14
- PZ	41														
geen	0	9	0	0	5	0	0	0	6	4	0	14	0	0	0
beetje	27	27	27	44	15	33	31	20	28	22	33	0	31	33	50
nogal wat	53	55	60	56	55	58	46	60	61	57	56	57	56	56	25
veel	20	9	7	0	20	8	23	10	6	17	6	29	13	6	17
zeer veel	0	0	7	0	5	0	0	10	0	0	6	0	0	6	8
- OR/VGW-commissie	33														
geen	10	0	7	11	7	0	9	11	0	5	7	17	9	0	8
beetje	50	56	50	56	47	56	46	33	69	42	64	17	46	69	58
nogal wat	30	11	7	11	20	11	27	11	8	21	7	33	27	0	17
veel	0	33	29	11	27	22	18	33	15	26	14	33	9	25	17
zeer veel	10	0	7	11	0	11	0	11	8	5	7	0	9	6	0
- ind. werknemers	42														
geen	25	20	0	10	19	9	21	0	18	25	0	10	14	17	21
beetje	63	50	44	30	57	64	57	73	35	38	72	60	36	61	43
nogal wat	6	20	44	40	19	18	21	27	24	29	17	30	36	11	21
veel	6	10	13	20	5	9	0	0	24	8	11	0	14	11	14
- BGD	44														
beetje	12	27	13	10	18	17	13	18	17	8	25	0	25	17	14
nogal wat	47	18	38	50	32	33	40	46	28	33	40	30	44	33	29
veel	41	46	31	20	46	42	47	18	44	50	25	70	19	39	57
zeer veel	0	9	19	20	5	8	0	18	11	8	10	0	13	11	0

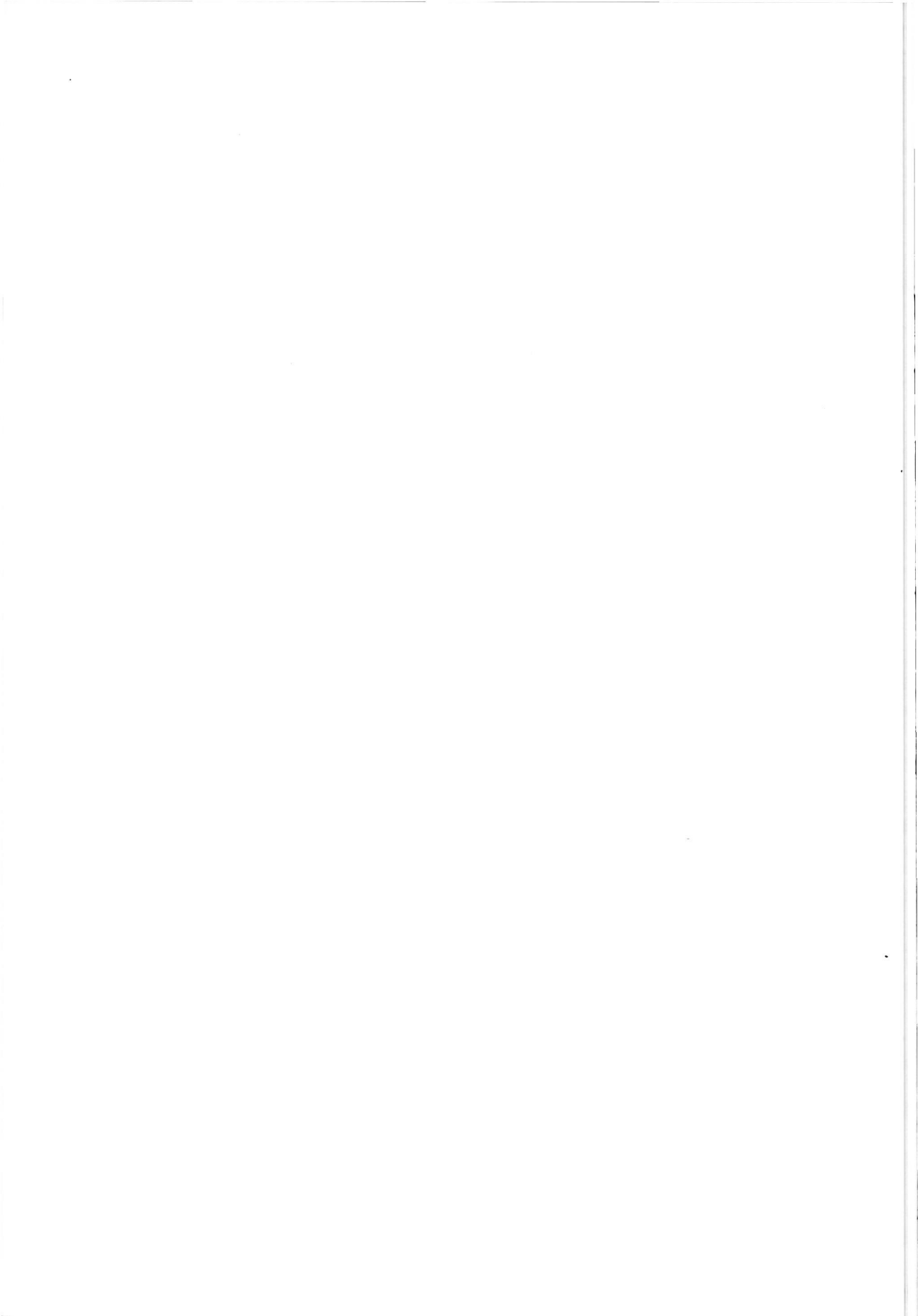
Tabel g.7.6 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (6)

aspecten van externe sturing	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BGZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+			Fin.ec.pos. goed matig		
invloed directie t.o.v. OR/VGW-com- missie (oplossen BGZ-problemen)	33	20	44	36	44	33	22	18	56	31	37	29	33	46	25	30	33
evenveel		30	11	36	22	33	22	36	22	23	16	43	33	18	31	35	17
meer		50	44	29	33	33	56	46	22	46	47	29	33	36	44	35	50
invloed directie t.o.v. BGD (oplos- sen BGZ-problemen)	44	6	9	25	20	9	17	13	18	11	13	15	30	6	11	21	0
minder		53	55	19	30	50	33	33	55	39	38	45	40	50	33	31	64
evenveel		29	27	44	40	32	33	33	27	39	46	20	30	25	44	31	36
meer		12	9	13	10	9	17	20	0	11	4	20	0	19	11	17	0
invloed BGD t.o.v. OR/VGW-cie (oplos- sen BGZ-problemen)	33	10	11	14	11	13	11	0	11	23	11	14	0	18	13	15	0
minder		20	44	43	33	33	44	46	44	23	37	36	50	36	31	30	50
evenveel		30	22	14	22	27	11	27	22	15	21	21	17	9	31	35	0
meer		40	22	29	33	27	33	27	22	39	32	29	33	36	25	20	50

Tabel g.7.7 Aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie (7)

aspecten van externe sturing	n	gez	Type BGD ovh	enk	BA	BCZ-team +BVK	+AH	bui	VG-taak bin	zelf	Ind./dienstv. ind die	Groottekl. <100 100-499 500+	Fin.ec.pos. goed matig
wensen in bedrijf over tijd besteed aan werkomstandig- heden van:													
- concern	15												
minder		25	14	0	0	18	0	33	0	13	17	0	0 40
evenveel		75	43	75	0	73	100	33	100	50	78	63	89 20
meer		0	43	25	100	9	0	33	0	38	11	25	11 40
- directie	31												
minder		9	17	25	50	6	14	11	22	15	17	8	17 17
evenveel		91	50	50	0	78	86	78	78	46	72	77	72 58
meer		0	33	25	50	17	0	11	0	39	11	15	11 25
- kader	29												
minder		22	25	25	33	18	33	0	33	31	24	0	29 18
evenveel		67	42	50	33	59	50	86	44	39	65	64	53 46
meer		11	33	25	33	24	17	14	22	31	12	36	18 36
- PZ	26												
minder		13	8	0	0	12	0	0	0	15	7	0	6 13
evenveel		50	58	67	50	53	80	60	75	46	73	64	71 38
meer		38	33	33	50	35	20	40	25	39	20	36	24 50
- VGV-commissie/OR	25												
evenveel		38	38	0	0	36	20	0	30	43	25	36	36 11
meer		50	63	100	100	57	80	86	70	57	69	64	57 89
veel meer		13	0	0	0	7	0	14	0	0	6	0	7 0
- ind. werknemers	28												
evenveel		22	30	0	0	25	17	14	10	36	18	31	29 8
meer		67	70	88	100	69	66	72	80	64	69	69	57 91
veel meer		11	0	13	0	6	17	14	10	0	13	0	14 0
geen wensen:													
- directie	51	39	20	56	50	33	42	47	25	41	31	32	44 33
- kader	50	53	80	44	50	63	55	44	75	59	35	39	45 39
- PZ	50	47	80	33	33	65	42	31	67	59	60	58	45 56
- VGV-commissie/OR	43	39	36	50	55	32	50	50	0	58	27	31	46 38
- ind. werknemers	51	50	27	56	58	37	50	59	17	50	39	32	56 28

**OVERZICHT VAN DE SIGNIFICANTE VERBANDEN TUSSEN DE ASPECTEN VAN DE
ZORG EN DE ZES BGD- EN CLIENTKENMERKEN**



Tabel h.1 Verbanden tussen de BGZ-activiteiten en de BGD- en cliëntkenmerken

BGZ-activiteiten	Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind./dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos.
Aanstellingskeuringen/onderzoek						
EHBO	o	o	o	o	o	o
beg. LV	enkel vaker	o	o	o	klein niet	o
beg. FKV	o	o	o	o	o	o
spreekuur	o	+AH minder	o	o	o	o
GPO	o	o	o	o	groter vaker	o
PBG0	gez>enk>overh. BA all.minder	o	o	o	o	o
AP0	o	o	o	o	o	o
groepsgegevens n.a.v. PO						
	gez. ja	meer sp.vaker	o	o	o	o
Arbo hyg./erg.ond. werkplekbezoek						
	o	o	o	dienstv.minder	o	o
	o	o	o	o	klein minder	matig minder
GVO	o	o	o	o	klein minder	o

Tabel h.2.1 Verbanden tussen aspecten van interne sturing door de BGD en de BGD- en cliëntkenmerken (1)

Aspecten van interne sturing		Type BGD	BGD-team	VG-taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos
gewenste tijdsbesteding:							
6.1	- AK	o	met AH evenveel	o	dienstv.minder	o	o
6.1	- EHBO	o	o	o	o	o	o
6.1	- beg. L.V.	o	o	o	o	o	o
6.1	- beg. FKV	o	o	o	o	o	o
6.1	- spreekuur	o	met AH evenveel	o	o	o	o
6.1	- GPO	o	o	o	ind.meer	o	o
6.1	- PBGO	o	o	o	o	o	o
6.1	- APO	o	o	o	o	o	o
6.1	- AH/erg.ond.	o	o	o	o	o	o
6.1	- werkplekbezoek	gez.evenveel	o	o	dienstv.meer	groot meer	o
6.1	- GVO	o	o	o	o	o	o
6.1	- overleg	o	o	o	o	o	o
6.1	- andere activiteiten n.g.	o	o	o	o	o	o
6.1	- Totaal	o	o	o	o	o	matig meer
6.2	activiteiten achterwege?	o	o	o	o	o	o
Voldoende aandacht:							
3.1.8	- AK	o	o	o	o	o	o
3.3.15	- beg. L.V.	o	o	o	o	o	o
3.5.12	- beg. FKV	overh. nee	o	o	o	o	matig nee
3.6.4	- spreekuur	o	o	o	o	o	o
3.7.7	- GPO	o	o	door BA nee	o	o	o
3.8.8	- PBGO	enkel nee	o	o	dienstv.nee	o	o
3.9.8	- APO	o	o	o	o	o	o
3.10.11	- AH/erg.ond.	gez. ja	o	o	o	groter nee	o
3.11.8	- werkplekbezoek	gez. ja	o	o	o	o	o
3.12.11	- GVO	o	o	o	dienstv.nee	o	o
4.8.3	- overleg	o	o	o	o	o	o

Tabel h.2.2 Verbanden tussen aspecten van interne sturing door de BGD en de BGD- en cliëntkenmerken (2)

Aspecten van interne sturing	Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind./dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos
3.1.5 % aanstellingskeuringen	o	o	o	o		
3.3.7 % L. verzuimers begeleid	o	o	o	o	groot hoger	o
3.5.6 % KF verzuimers begeleid	o	o	o	o	o	o
3.6.2 opkomst % spreekuur	o	o	o	o	groot hoger	o
3.7.4 gemiddeld % deelnemers GPO	o	o	o	o		
3.8.5 % deelnemers aan PBGO	o	o	o	o	o	o
3.9.5 % deelnemers aan APO	gez. groter	o	o	o	o	o
juiste categorieën personeel gezien gez. risico's:						
3.1.3 - AK	o	o	o	o	o	o
3.3.10 - beg. L.V.	o	o	o	o	o	matig nee
3.5.10 - beg. KFV	o	o	o	o	o	o
3.7.3 - GPO	overh. ja	o	o	dienstv.nee	groot nee	o
3.8.6 - PBGO	o	o	o	o	o	o
3.9.6 - APO	o	o	door BA nee	o	o	o
3.10.7 - AH/erg. ond.	o	BA alleen nee	o	o	o	goed nee
3.11.3 - werkplekbezoek	o	o	o	o	o	o
3.12.7 - GVO	o	o	o	o	groot nee	goed nee
Nieuwe knelpunten uit:						
3.2.6 - EHBO	o	o	o	o	o	o
3.3.17 - beg. L.V.	overh. altijd	o	o	o	groot ja	o
3.5.14 - beg. KFV	o	o	bui BGD nee	o	o	o
3.6.6 - spreekuur	o	o	o	o	o	o
3.7.9 - GPO	o	o	o	o	o	o
3.8.10 - PBGO	o	o	o	o	o	o
3.9.10 - APO	o	o	o	o	o	o
3.11.9 - werkplekbezoek	o	o	o	o	o	o

Tabel h.2.3 Verbanden tussen aspecten van interne sturing door de BGD en de BGD- en cliëntkenmerken (3)

Aspecten van interne sturing		Type BGD	BGD-team	VG-taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos.
3.3.13	belemmeringen bij reïntegratie	o	*AH minder	o	dienstv. meer	o	o
3.3.20	beg. L.V. ten koste van vertrouwenspositie	overh.>enk.>gez	o	o	o	o	o
3.5.17	beg. KfV ten koste van vertrouwenspositie	o	o	o	o	o	o
8.3.1	kosten/baten van BGD wegen tegen elkaar op	o	o	o	o	o	o
9.2	factoren genoemd die vrouwen werknemers bevorderen	o	o	o	o	o	o
9.2	factoren genoemd die vrouwen werknemers belemmeren	o	BA alleen vaker	o	o	o	o
8.2.1	maatstaven BGD: - verzuim	o	o	o	o	o	o
	maatstaven BGD: - werkomstandigheden	o	o	o	o	o	o

Tabel h.3.1 Verbanden tussen aspecten van extern overleg en de BGD- en cliëntkenmerken (1)

Aspecten	van extern overleg	Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind./dienstv.	Groottekl.	Fin.econ.pos.
3.3.2.2	Contactpersoon ijm LV:						
3.3.2.2	- directie	o	o	o	o	klein vaker	o
3.3.2.2	- chefs	o	o	o	o	o	o
3.3.2.2	- PZ	o	o	o	o	o	o
3.3.2.2	- VGW/OR (wordt nooit genoemd)						
3.3.2.2	- VGW/OR	o	o	door BA vaker	o	klein minder	o
3.3.2.2	- BWV						
3.3.4	SMT aanwezig?	o	o	bui BGD minder			
3.3.4.1	Deelnemers SMT:						
3.3.4.1	- directie	o	o	o	o	o	o
3.3.4.1	- chefs	o	o	o	o	o	o
3.3.4.1	- BWV	gez. minder	o	o	o	o	o
3.3.4.1	- PZ		o	o	o	o	o
3.3.4.1	(is altijd deelnemer)						
3.3.4.1	- BA	o	o	o	o	o	o
3.3.4.1	- BVK	o	met BVK vaker	o	o	o	o
3.3.4.1	- OR/VGW-commissie	o	o	o	o	o	o
3.3.4.1	vergaderfrequentie SMT	o	o	o	o	o	o
4.4.2	onderwerpen SMT:						
4.4.2	- verzuim	o	o	o	o	o	o
4.4.2	- functioneren individuen	o	o	o	dienstv. vaker	o	o
4.4.2	- gezondheid individuen	o	o	o	o	o	o
4.4.2	- beleidsproblematiek	o	o	o	o	groot vaker	o
4.4.2	- anders	o	o	o	o	o	o
4.7.2a	samenwerking met VG van:						
4.7.2b	- GMD/ABP	o	o	o	o	o	o
4.7.2c	- BV-ZW	o	o	o	o	o	o
4.7.2c	- BGD-ZW	o	o	o	o	o	o
3.3.6.1	goede informatie curatieve sector	o	o	o	ind. minder	o	o
3.3.6.1	tijsige informatie curatieve sector	o	o	o	ind. minder	klein altijd	o
4.8.1	afstemmingsproblemen overlegvormen	o	o	o	ind. ja	o	o

Tabel h.3.2 Verbanden tussen aspecten van extern overleg en de BGD- en cliëntkenmerken (2)

Aspecten	van extern overleg	Type BGD	BGZ- team	VG- taak	Ind./dienstv.	Groottekl.	Fin.econ.pos.
4.1.1	PZ aanwezig?						
4.1.3	overleg met PZ? (altijd overleg met PZ)					gr./midd. altijd	
4.1.3	overlegfrequentie PZ per jaar	enk>gez>overh.				klein minder	
4.5.1	overlegfrequentie met directie	enkel vaker					
4.5.2	contact met directie over:						
4.5.2	- formaliteiten		met AH vaker				
4.5.2	- beleidszaken	enkel vaker		bui BGD minder			
4.5.2	- functioneren van individuen	enkel vaker	BA alleen vaker				
4.2.1	VGW-cie aanwezig?				dienstv. minder	kleiner minder	
4.2.4	vaak genoeg in VGW-cie uitgenodigd?				dienstv. nee		
4.3.1	OR aanwezig?	gez. minder					
4.3.3	vaak genoeg in OR uitgenodigd?			bi BGD ja			
4.8.4	verbeteringen wenselijk in contact met:						
4.8.4	- directie						
4.8.4	- OR/VGW-cie					groot ja	
4.8.4	- PZ (nooit genoemd)						
4.8.4	- kader			bui BGD ja			

Tabel h.4 Verbanden tussen aspecten van advisering door de BGD en de BGD- en cliëntkenmerken

Aspecten van advisering		Type BGD	BGZ- team	VG- taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos.
4.0	rapportage aan*:						
	- directie	enkel vaker	o	o	ind. vaker	o	o
	- VGW-commissie/OR	o	o	o	ind. vaker	o	o
	- PZ	enkel minder	o	o	o	o	o
5.3.1	- kader	enkel vaker	o	o	o	klein nooit	o
	adviezen schriftelijk uitgebracht	o	meer spec.vaker	o	o	middeel minder	o
	adviezen uitgebracht aan*:						
	- directie	o	o	o	o	o	o
5.3.2	- VGW-commissie/OR	o	o	o	ind. vaker	o	o
	- PZ	o	o	o	o	o	matig minder
	- kader	o	o	o	o	o	o
	adviezen besproken met*:						
5.3.3	- directie	o	o	bi BGD minder	ind. vaker	o	o
	- VGW-commissie/OR	o	o	o	ind. vaker	o	o
	- PZ	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	klein minder	o
5.3.3.1	adviezen in conceptvorm besproken	gez.minder	o	door BA vaker	o	o	o
	in conceptvorm besproken met*:						
	- directie	o	o	o	ind.vaker	o	o
	- VGW-commissie/OR	o	o	o	o	o	o
5.3.5	- PZ	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	bui BGD minder	o	o	o
	rekening houdend met haalbaarheid	o	+BVK>BA>+AH	o	o	o	matig minder
	algemene niveau van de doelstelling van adviezen	o	o	o	o	o	o
5.4.2.1	overeenstemming met:						
	- directie over doel meest ingrijpende advies	gez.minder	o	o	o	o	o
	- OR/VGW-cie over doel meest ingrijpende advies	o	o	o	o	o	o
	- directie over doel belangrijkste BGZ-advies	o	o	o	o	o	o
8.4.3.5	- OR/VGW-cie over doel belangrijkste BGZ-advies	o	o	o	o	o	o
	inzichten in risicogroepen gedeeld met:						
	- directie	o	o	o	o	middeel vaker	o
	- OR/VGW-commissie	o	o	o	o	o	o
5.5.2.1	- PZ	o	o	o	o	o	o

* in alle gevallen is het concern nooit genoemd

Tabel h.5 Verbanden tussen aspecten van het resultaat van advisering en de BGD- en cliëntkenmerken

Aspecten van het resultaat van advisering	Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos.
5.1.1 deel adviezen aan ind. opgevolgd	o	o	o	dienst groter	o	o
5.2.1 deel adviezen aan bedrijf uitgevoerd	o	o	o	o	middel groter	o
5.2.2 deel aan doel tegemoet komend	o	+BVK extremer	o	o	middel groter	o
5.4.5 deel v.h. meest ingrijpende advies opgevolgd	o	o	o	ind.extremer	o	o
5.4.6 deel aan doel tegemoet komend	o	o	o	o	o	o
5.5.5 deel v.h. belangrijkste BGZ-advies opgevolgd	o	o	o	o	o	o
5.5.6 deel aan doel tegemoet komend	o	+AH kleiner	o	ind.groter	middel groter	o
9.1.2 BGZ al met al hoe doeltreffend	o	+BVK extremer	o	o	o	matig mind

Tabel h.6 Verbanden tussen aspecten van het Bedrijfsbeleid met betrekking tot BGZ en de BGD- en cliëntkenmerken

Aspecten van BGZ-beleid	Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos
3.4.4 voldoende aandacht in bedrijf voor reïntegratie	o	o	o	o	midd. vaker	o
4.2.2 mate van activiteit VGM-commissie	o	o	o	o	o	o
4.3.2 mate van activiteit OR-commissie	o	o	o	o	o	o
4.6.1 frequentie van overleg directie-OR	o	o	o	o	o	o
4.6.2 conflicten tussen directie-OR	overh. minder	o	o	o	o	o
- weet niet of er conflicten zijn geweest	overh. vaker	o	o	o	groot minder	o
8.5.1 kwaliteit van de beleidsaandacht in bedrijf	o	o	o	o	o	o
8.5.2 sleutelpersonen mbt oplossing problematiek	o	o	o	o	o	o
8.5.2 als sleutelpersonen genoemd:	o	o	o	ind. vaker	o	o
- directie/BL	o	o	o	ind. vaker	o	o
- OR/VGM-commissie	o	o	o	o	o	o
- PZ	o	o	door BA vaker	o	o	o
- kader	o	o	door BA minder	o	o	o
8.5.5 betrokkenheid bij BGZ van:	o	o	o	o	groot vaker	o
- directie/BL	o	o	o	o	o	o
- kader	o	o	o	o	o	o
- PZ	o	o	o	o	o	o
- OR/VGM-commissie	o	o	door BA vaker	o	o	o
- werknemers	o	o	o	o	o	o
9.1.1 door bedrijf juiste prioriteiten gesteld	o	o	o	o	o	o

Tabel h.7.1 Verbanden tussen aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie en de BGD- en cliëntkenmerken (1)

Aspecten van externe sturing	Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos.
8.3.2 de kosten van BGZ wegen tegen de baten op volgens bedrijf	o	o	o	o	o	o
8.3.2 weet niet wat het bedrijf hiervan vindt	o	o	o	o	o	o
8.4.2 er bestaat een contract omtrent het zorgpakket	gez.vaker	+BVK vaker	door BA minder	o	groter minder	o
8.4.2.3 er is in het contract ingegaan op wensen uit het bedrijf	o	o	o	o	o	o
8.4.2.4 er zijn plannen om het contract te heroverwegen	o	o	o	o	o	o
8.4.3.3 er bestaat een schriftelijk jaarplan	o	meer spec.vaker	o	o	o	o
8.4.3.4 er wordt jaarlijks een verslag opgesteld	o	o	bi BGD vaker	o	o	o
3.3.3 de BA wordt ingeschakeld bij (volgens bedrijf)						
- onterecht lang verzuim	o	o	bi BGD minder	o	o	matig vaker
3.5.4 - idem frequent verzuimgeval	o	o	o	o	o	o
8.5.3.1 wel eens belemmeringen ondervonden voor onderzoek/bezoek werkplekken	o	o	o	o	o	o
5.4.4 grenzen van het bedrijf bij het meest ingrijpende advies	o	o	o	o	o	o
weet niet in hoeverre het meest ingrijpende adv. grenzen raakt	o	+BVK vaker	o	o	o	matig vaker
5.5.4 grenzen bedrijf bij het belangrijkste BGZ-advies	o	o	o	ind.extremier	o	o
weet niet in hoeverre het belangrijkste BGZ-advies grenzen raakt	o	+AH minder	o	o	o	o
5.3.7 voldoende gevraagd te adviseren bij belangrijke veranderingen	o	o	o	o	o	o
verzuim als maatstaf van:						
8.2.2 - directie	o	o	bui BGD minder	o	o	o
8.2.4 - kader						
8.2.5 - PZ	o	o	door BA vaker	o	o	o
8.2.6 - OR/VGM-commissie (nooit genoemd)						
8.2.7 - ind. werknemers (nooit genoemd)						
werkomstandigheden als maatstaf van:						
8.2.2 - directie	o	o	o	o	o	o
8.2.4 - kader	o	o	o	o	o	o
8.2.5 - PZ	overh.vaker	+BVK vaker	bui BGD minder	o	o	o
8.2.6 - OR/VGM-commissie	o	+BVK vaker	o	o	o	o
8.2.7 - ind. werknemers	o	o	o	o	o	o

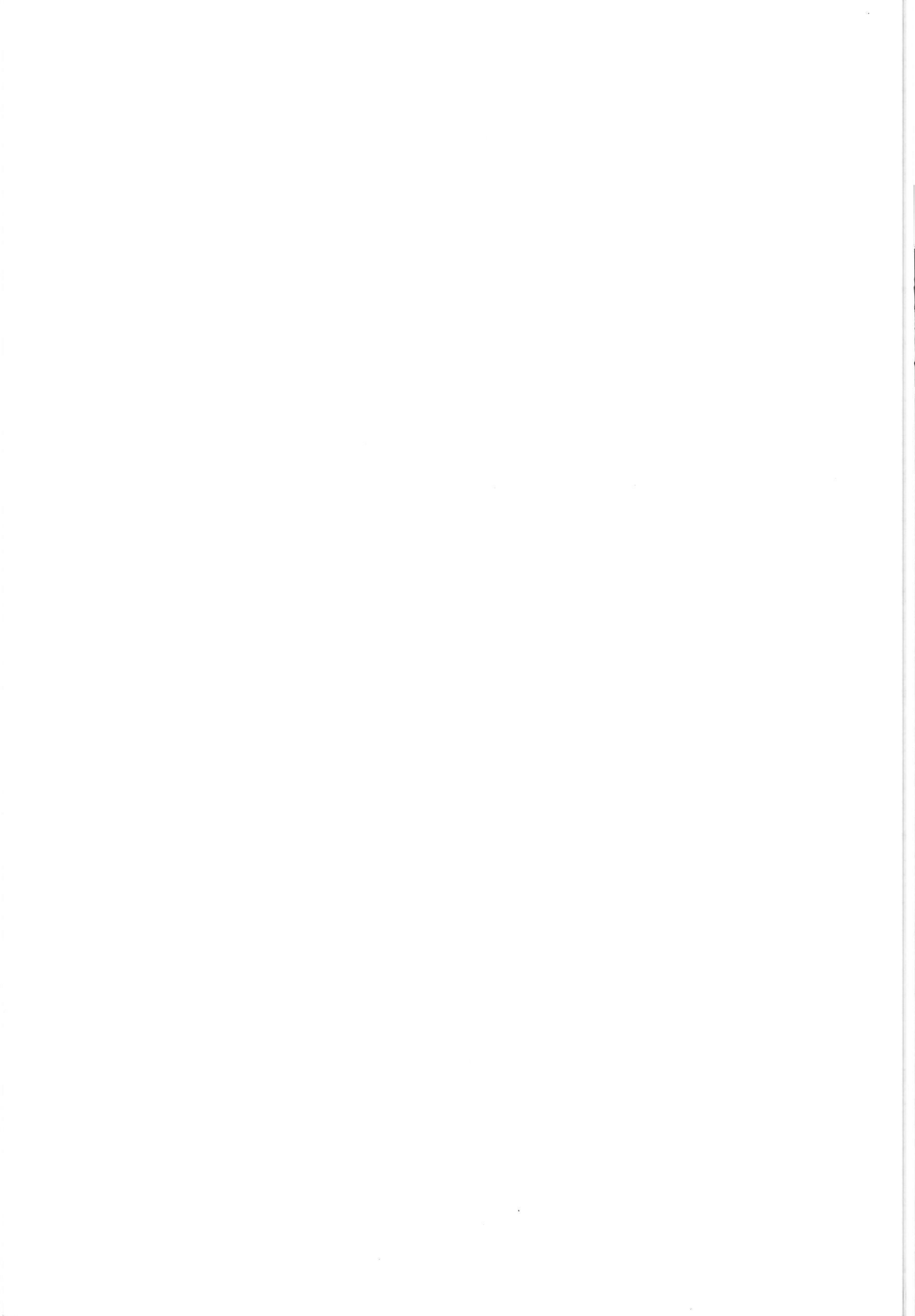
Tabel h.7.2 Verbanden tussen aspecten van externe sturing door de cliëntorganisatie en de BGD- en cliëntkenmerken (2)

Aspecten van externe sturing	Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos.
8.5.4 invloed op prioriteiten onderzoek door BGD van:						
- directie/bedrijfsleiding	o	meer spec.groter	o	o	groot extremer	o
- kader	o	o	o	o	o	o
- PZ	o	o	o	o	o	o
- VGW-cie/OR	o	o	o	o	o	o
- ind. werknemers	o	o	buiten BGD kleiner	o	o	o
- BGD	o	+BVK kleiner	o	o	o	o
invloed directie ten opzichte van VGW-cie/OR	o	o	o	dienstv.dir.groter	o	o
invloed BGD ten opzichte van directie	o	o	o	o	o	o
invloed BGD ten opzichte van VGW-cie/OR	o	o	o	dienstv.BGD groter groter BGD groter	o	o
8.5.4 invloed op prioriteiten oplossen BGZ-probl. van:						
- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	o	o
- kader	enkel groter	o	o	o	groter groter	o
- PZ	o	o	o	o	o	matig kleiner
- VGW-cie/OR	o	o	o	o	groot extremer	o
- ind. werknemers	enkel>overh>gez.	o	o	o	o	o
- BGD	o	o	o	o	o	o
invloed directie ten opzichte van VGW-cie/OR	o	o	o	o	o	o
invloed BGD ten opzichte van directie	o	o	o	o	o	matig meer gelijk
invloed BGD ten opzichte van VGW-cie/OR	o	o	o	o	o	matig BGD groter

Tabel h.7.3 Verbanden tussen aspecten van Externe sturing van BGZ en de BGD- en cliëntkenmerken (3)

Aspecten van Externe Sturing		Type BGD	BGZ-team	VG-taak	Ind/dienstv.	Groottekl.	Fin.ec.pos.
8.5.3	wensen in bedrijf over tijd besteed aan werkomstandigheden van:						
	- concern	o	BA alleen meer	o	o	o	matig extremer
	- directie/bedrijfsleiding	o	BA alleen extremer	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	middel meer	o
	- PZ	o	o	o	o	o	o
	- VGW-commissie/OR	enkel vaker meer	o	o	o	o	o
	- ind. werknemers	o	o	o	o	groot vaker meer	o
	geen wensen over tijd besteed aan werkomstandigheden bij:						
	- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	o	o
8.5.3	wensen in bedrijf over tijd besteed aan verzuimbegeleiding van:						
	- concern	o	o	o	o	o	o
	- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	o	o
	- PZ	o	o	o	o	o	o
	- VGW-commissie/OR	o	o	binnen BGD minder dienstv. vaker	o	o	o
	- ind. werknemers	o	o	binnen BGD minder dienstv. vaker	o	o	o
	geen wensen over tijd besteed aan verzuimbegeleiding bij:						
	- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	o	o
8.5.3	wensen in bedrijf over tijd besteed aan verzuimbegeleiding van:						
	- concern	o	o	o	o	o	o
	- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	o	o
	- PZ	o	o	o	o	o	o
	- VGW-commissie/OR	o	o	o	o	o	matig meer
	- ind. werknemers	overh.meer	o	o	o	o	o
	geen wensen over tijd besteed aan verzuimbegeleiding bij:						
	- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	klein vaker	o
	- kader	o	+AH>BA alleen>BVK	o	o	o	o
8.5.3	wensen in bedrijf over tijd besteed aan verzuimbegeleiding van:						
	- concern	o	o	o	o	o	o
	- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	o	o
	- PZ	o	o	o	o	o	o
	- VGW-commissie/OR	o	o	binnen BGD minder	o	o	o
	- ind. werknemers	gez./enkel vaker	o	binnen BGD minder	o	o	o
	geen wensen over tijd besteed aan verzuimbegeleiding bij:						
	- directie/bedrijfsleiding	o	o	o	o	o	o
	- kader	o	o	o	o	o	o

**DE CONSTRUCTIE VAN DE 25 SAMENGESTELDE VARIABELEN M.B.T.
PROCES EN OUTPUT VAN BGZ**



DE CONSTRUCTIE VAN DE 25 SAMENGESTELDE VARIABLEN M.B.T. PROCES EN OUTPUT VAN BGZ

Binnen de zeven blokken variabelen is het aantal variabelen gereduceerd aan de hand van theoretische concepten uit hoofdstuk 3. De constructie van de variabelen is per blok of thema hieronder behandeld. Het resultaat is een verzameling van 25 variabelen, ingedeeld in de zeven blokken zoals schema 8.1 aangeeft. De meeste samengestelde variabelen zijn somscores, die tot stand komen door het optellen van de antwoordcodes van de betreffende vragen na dichotomisering. Deze schaalwaarden zijn gestandaardiseerd door deling met het aantal items. Ontbrekende items (bijv. over de vraag hoe actief een VGW-commissie is, in het geval dat deze niet bestaat) zijn verwaarloosd.

Niet alle items zijn gebruikt. In verband met het beperkte aantal onderzochte situaties moest een keuze gemaakt worden. Daardoor zijn ook belangrijke items weggelaten. Deze zijn per blok opgesomd.

1. ACTIVITEITEN

1.1 Werk- en groepsgerichtheid van het Periodiek Onderzoek

Deze variabele is opgebouwd uit de activiteiten APO, PBGO en GPO en het kenmerk: maakt groepsgegevens of niet van de gegevens uit periodiek onderzoek.

Gebleden is dat APO en PBGO zelden naast elkaar toegepast worden. De verdeling is als volgt:

1. doet APO; stelt geen groepsgegevens samen	8 keer
2. doet GPO of PBGO en stelt geen groepsgegevens samen	17 keer
3. doet of GPO of PBGO en stelt wel groepsgegevens samen	15 keer
4. doet zowel GPO als PBGO en stelt wel groepsgegevens samen	11 keer

1.2 De samenstelling van de variabele Mate van Werkgerichtheid van de Activiteiten

De mate waarin de BGZ-activiteiten gericht zijn op de werksituatie van de werknemers dan wel op het individu zelf is als volgt geoperationaliseerd. Ten eerste is de dimensie individugerichtheid samengesteld uit de drie activiteiten, begeleiding van frequent kort verzuim, spreekuur en APO. Twee andere die ook in aanmerking komen, te weten aanstellingskeuringen (-onderzoek) en begeleiding bij langdurig verzuim zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Begeleiding bij langdurig verzuim in de eerste plaats omdat dit een activiteit is die in het kader van de VG-taak wordt uitgevoerd. Opname ervan in de variabele zou tot een ongewenste samenhang met de variabele VG-taak leiden. Verder worden beide genoemde activiteiten in bijna elke situatie uitgevoerd en dus dragen ze niet bij aan de spreiding op deze dimensie. Het resultaat is een verdeling als volgt:

- doet geen van de drie individu-gerichte activiteiten	1 keer
- doet één van de drie individu-gerichte activiteiten	4 keer
- doet twee van de drie individu-gerichte activiteiten	28 keer
- doet alle drie individu-gerichte activiteiten	18 keer

Ten tweede is de dimensie werksituatie gerichtheid samengesteld uit drie andere activiteiten, nl. arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek, werkplekbezoek en GVO. De verdeling op deze dimensie is als volgt:

- doet geen van de drie werkgerichte activiteiten 1 keer
- doet één van de drie werkgerichte activiteiten 3 keer
- doet twee van de drie werkgerichte activiteiten 18 keer
- doet alle drie werkgerichte activiteiten 29 keer

Aan de samenvoeging van beide dimensies ligt de volgende kruistabel ten grondslag.

Tabel I Verdeling van de 51 gevallen over de combinaties van waarden op de dimensie aantal werkgerichte activiteiten en aantal individugerichte activiteiten.

Aantal individu gerichte activiteiten	Aantal werkgerichte activiteiten			
	0	1	2	3
0	-	-	1	-
1	-	-	2	2
2	1	2	9	16
3	-	1	6	11

De schaal die uit deze verdeling is gemaakt, is gebaseerd op het verschil tussen het aantal werkgerichte en het aantal individugerichte activiteiten. De combinaties van 0 en 3 activiteiten komen niet voor, evenals 0 en 0, 0 en 1, en 1 en 1. De laatste waarde (1) van de schaal bestaat uit de combinatie van 2 individugerichte en 0 werkgerichte activiteiten, samen met de combinatie 3 individu-gerichte en 1 werkgerichte. Het aantal individu-gerichte activiteiten is dus twee groter dan het aantal werkgerichte. De schaalwaarden (2) tot en met (5) zijn analoog opgebouwd met een relatief toenemend aantal werkgerichte activiteiten. De uiteindelijke schaal Relatieve Werkgerichtheid van de Activiteiten is zodoende als volgt verdeeld:

Schaal waarde	aantal gevallen
1	2
2	8
3	20
4	18
5	3

1.3 Percentage tijd besteed aan werkgerichte activiteiten

De tijdsbestedingsgegevens zijn in 5.1 beschreven. Het probleem is de grote non-respons (ongeveer 40% heeft onvoldoende of geen gegevens geleverd). In een poging de beschikbare gegevens toch te benutten is een variabele gemaakt van het percentage tijd dat wordt besteed aan werkgerichte activiteiten. Daartoe is de tijd opgeteld die is besteed aan GPO, PBGO, arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek, werkplekbezoek en GVO. Dit is vervolgens opgedeeld en gepercenteerd op de totale tijd, excl. de tijd besteed aan begeleiding langdurig en frequent verzuim. Dit laatste is gedaan om de verstrengeling met de VG-taak uit te sluiten. Als controle is ook het percentage berekend zonder verwaarlozing van verzuimbegeleiding. De beide maten correleerden .94. Een van beide is dus voldoende, voor de zuiverheid is de eerstgenoemde gebruikt. De variabele heeft als statistische kenmerken: gemiddelde =46%; st.dev.=19,7%; minimum=5; maximum=90; n=28.

2. INFORMATIE VOOR INTERNE STURING

Voor de zeven variabelen in dit blok zijn zo veel mogelijk de evaluatie-dimensies gevolgd die in hoofdstuk 2 zijn behandeld, nl. of de BGZ op situatie is afgestemd, of de juiste middelen worden gebruikt, of de juiste procedures worden gevolgd, of de hoeveelheid activiteiten voldoende is, en of de doelpopulatie wordt bereikt. De volgende samengestelde variabelen worden gebruikt: Wensen Tijdsbesteding, Totaal Gewenste Tijdsbesteding, Juiste Categorieën Werknemers Bereikt (gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf), Voldoende Aandacht voor de Activiteiten, Nieuwe Knelpunten Ontdekt (in werk en gezondheid n.a.v. activiteiten) en Percentage Bereikte Werknemers, Tevredenheid met de Tijdsbesteding.

2.1 Somvariabele meer gewenste tijd over de activiteiten

De variabele is opgebouwd uit de items:

Gewenste tijdsbesteding AK, EHBO, begeleiding LV, begeleiding FKV, spreekuur, GPO, PBGO, APO, AH/ergonomisch onderzoek, werkplekbezoek, GVO, overleg.

De theoretische variatiebreedte is 0 tot 10. De statistische kenmerken van de variabele zijn: gemiddelde=5,1; st. dev.=3,2; min=0; max=10; n=50.

2.2 Totaal Gewenste Tijdsbesteding

(6.1) Gewenste tijdsbesteding totaal. Deze bestaat uit een item.

- minder tijd gewenst 2 keer
- evenveel tijd gewenst 16 keer
- meer tijd gewenst 32 keer
- veel meer tijd gewenst 1 keer

2.3 Juiste Categorieën Werknemers Bereikt

Deze variabele bestaat uit de items:

(3.1.3) juiste categorieën personeel gezien gezondheidsrisico's in: AK

(3.3.10) id. begeleiding LV

(3.5.10) id. begeleiding FKV

(3.7.3) id. GPO

(3.8.6) id. PBGO

(3.9.6) id. APO

(3.10.7) id. AH/ergonomisch onderzoek

(3.11.3) id. werkplekbezoek

(3.12.7) id. GVO

De theoretische variatiebreedte is 0 tot 100. De statistische kenmerken zijn: gemiddelde=73,4; st. dev.=24,6; min=0; max=100; n=49.

2.4 Voldoende Aandacht voor de Activiteiten

Er is afgezien van de EHBO omdat er van uitgegaan wordt dat de BGD zich overal voegt naar het aanbod, dus omdat er geen actieve sturing door de BGD is. items:

- (3.1.8) Voldoende aandacht aan: AK
- (3.3.15) id. begeleiding LV
- (3.4.3) id. reïntegratie
- (3.5.12) id. begeleiding FKV
- (3.6.4) id. spreekuur
- (3.7.7) id. GPO
- (3.8.8) id. PBGO
- (3.9.8) id. APO
- (3.10.11) id. AH/ergonomisch onderzoek
- (3.11.8) id. werkplekbezoek
- (3.12.11) id. GVO
- (4.8.3) id. overleg

De theoretische variatiebreedte is van 0 tot. De statistische kenmerken zijn:
gemiddelde=83,5; st. dev.=17,3; min=25; max=100; n=51.

2.5 Nieuwe Knelpunten Ontdekt

Er hier afgezien van de activiteit Aanstellingskeuring omdat aannemelijk is dat hierbij in principe geen knelpunten in de arbeidssituatie ontdekt kunnen worden.

Ook arbeidshygiëne en ergonomisch onderzoek worden achterwege gelaten omdat deze typen onderzoek gericht zijn op specificatie van al bekende knelpunten. GVO is hier achterwege gelaten omdat het niet bedoeld is om nieuwe knelpunten op te sporen. items:

- (3.2.6) Nieuwe knelpunten in werk en gezondheid n.a.v. EHBO
- (3.3.17) id. begeleiding LV
- (3.5.14) id. begeleiding FKV
- (3.6.6) id. spreekuur
- (3.7.9) id. GPO
- (3.8.10) id. PBGO
- (3.9.10) id. APO
- (3.11.9) id. werkplekbezoek

De theoretische variatiebreedte is 0 tot 100. De statistische kenmerken zijn:
gemiddelde=64,9; st. dev.=25,8; min=0; max=100; n=51.

2.6 Gemiddelde Bereikte Percentage Van De Doelgroepen

In deze variabele zijn zes indicatoren opgenomen. De statistische kenmerken van de indicatoren zijn te vinden in tabel 5.2.1.

- P022426 % begeleide langverzuimers
- P026870 % begeleide frequent kortverzuimers
- P031113 % werknemers op het spreekuur
- Percgpo % opkomst bij GPO
- P035355 % opkomst bij PBGO
- P037173 % opkomst bij APO

Van deze zes indicatoren is het gemiddelde berekend, waarbij ook weer de ontbrekende waarden zijn veronachtzaamd. Aan de hand van de correlaties hieronder is te zien dat de samengestelde variabele vooral bepaald wordt door het % begeleide langverzuimers en het % werknemers op bg-sprekkuur. In mindere mate speelt het % begeleide frequent verzuimers en het opkomst% bij

het PBGO mee ten gevolge van het relatief lage aantal keren dat PBGO wordt uitgevoerd. Nog minder tellen de %'s opkomst bij GPO en APO mee.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
% begeleide werknemers							
% begeleide frequent kort-verzuimers	.41 (24) p=.02						
% werknemers op spreekuur	.21 (37) p=.11	-.21 (20) p=.18					
% opkomst bij GPO	-.16 (29) p=.21	.02 (19) p=.47	-.46 (28) p=.01				
% opkomst bij PBGO	-.17 (15) p=.28	.13 (10) p=.36	.19 (16) p=.27	-.41 (10) p=.12			
% opkomst bij APO	.01 (14) p=.49	.24 (10) p=.25	-.56 (10) p=.05	.56 (8) p=.07	.	(0) p=.	
gemiddelde bereikte % van de doelgroepen	.65 (46) p=.00	.64 (26) p=.00	.48 (40) p=.00	-.15 (32) p=.21	.47 (16) p=.03	.20 (16) p=.23	

De theoretische variatiebreedte is 0 tot 100. De empirisch statistische kenmerken: gemiddelde=70,4; st. dev.=14,8; min=34; max=98; n=51.

2.7 Tevredenheid met de tijdsbesteding

Deze variabele is opgebouwd uit dezelfde items als variabele 2.1, met dien verstande dat geteld is hoe vaak men evenveel tijd wil besteden. De tegengestelde pool is dat men minder of meer tijd wil besteden. De statistische kenmerken zijn: gemiddelde=55,3; st. dev.=26,1; min=0; max=100; n=50.

De items uit dit blok die verwaarloosd zijn:

(4.8.4) Verbeteringen wenselijk in contact met: directie

(4.8.4) id. OR/VGW

(4.8.4.) id. PZ

(4.8.4) id. kader

(8.3.1) Kosten en baten BGZ wegen tegen elkaar op volgens respondent

(9.2) Factoren genoemd die vertrouwen werknemers bevorderen

(9.2) id. belemmeren

(8.2.1) Maatstaf van BGD is: verzuim

(8.2.1) id. werkomstandigheden

3. EXTERN OVERLEG

Leidende gedachte is de uitgebreidheid en de intensiteit van het net van contacten, gesplitst volgens lijn, werknemers en specialisten. Naam van de variabelen wordt resp. Overlegcontacten Lijn, Overlegcontacten Werknemers en Overlegcontacten Specialisten. De gebruikte variabelen zijn:

3.1 Overlegcontacten Lijn

De items zijn:

(3.3.2.2) Contactpersoon i.v.m. lang verzuim directie

(3.3.2.2) id. chefs

(3.3.4.1) Deelnemers SMT: directie

(3.3.4.1) id. chefs

(4.5.1) Overlegfrequentie met directie

(3.3.4.1) Overlegfrequentie SMT

Theoretische variatie is 0 tot 10. gemiddelde=3,22; st.dev.=1,96; min=0; max=8; n=51.

3.2 Overlegcontacten met OR/VGW-commissie

De items zijn:

(3.3.2.2) Contactpersoon i.v.m. lang verzuim OR/VGW-commissie

(3.3.4.1) Deelnemer SMT: OR/VGW-commissie

(3.3.4.1) Overlegfrequentie SMT

(4.2.4) Vaak genoeg in VGW-commissie uitgenodigd

(4.3.3) Vaak genoeg in OR uitgenodigd

Omdat op de eerste drie nooit gescoord is, blijven twee items over. De theoretische variatiebreedte is 0 tot 10. Empirisch zijn de statistische kenmerken: gemiddelde: 2,8; st. dev.=4,3; min=0; max=10; n=51.

3.3 Overlegcontacten Specialisten

De items zijn:

(3.3.2.2) Contacten i.v.m. lang verzuim: PZ

(3.3.2.2) id. BMW

(3.3.4.1) Deelnemers SMT: BMW

(3.3.4.1) id. PZ

(3.3.4.1) Vergaderfrequentie SMT

(4.7.2a) Samenwerking met VG van GMD/ABP

(4.7.2b) id. VG van BV-ZW

(4.7.2c) id. VG van BGD-ZW

(3.3.6.1) Goede informatie curatieve sector

(3.3.6.1) Tijdige informatie curatieve sector

(4.1.3) Overlegfrequentie PZ

De theoretische variatiebreedte is 0 tot 100. Empirisch zijn de statistische kenmerken: gemiddelde=58,5; st. dev.=15,4; min=20; max=91; n=51.

Wat betreft het overleg zijn de volgende items verwaarloosd:

- (4.8.1) Afstemmingsproblemen overlegvormen
- (4.4.2) Onderwerpen SMT: verzuim
- (4.4.2) id. functioneren individuen
- (4.4.2) id. gezondheid individuen
- (4.4.2) id. algemene beleidszaken
- (4.4.2) id. anders
- (4.5.2) Contact met directie over: formaliteiten
- (4.5.2) id. beleidszaken
- (4.5.2) id. functioneren van individuen

4. ADVISERING

Er wordt tegelijk gekeken naar de uitgebreidheid en de intensiteit van de adviesrelaties met de cliëntorganisatie. Er wordt onderscheid gemaakt naar de advisering van de lijn, de werknemersvertegenwoordiging en PZ.

4.1 Advisering lijn

De items zijn:

- (4.0) Rapportage aan: directie
- (4.0) id. kader
- (5.3.2) Adviezen uitgebracht aan: directie
- (5.3.2) id. kader
- (5.3.3) Adviezen besproken met: directie
- (5.3.3) id. kader
- (5.3.3.1) Adviezen in conceptvorm besproken met: directie
- (5.3.3.1) id. kader

Theoretische variatiebreedte 0 tot 100; gemiddelde=46,7; st. dev.=24,8; min=0; max=100; n=51.

4.2 Advisering OR/VGW-commissie

De items zijn:

- (4.0) Rapportage aan: OR/VGW
- (5.3.2) Adviezen uitgebracht aan: OR/VGW
- (5.3.3) Adviezen besproken met: OR/VGW
- (5.3.3.1) Adviezen in conceptvorm besproken met: OR/VGW

Theoretische variatiebreedte 0 tot 100; gemiddelde=2,1; st. dev.=3,1; min=0; max=10; n=51. Aangezien een aantal items weinig spreiden, is de verdeling nogal scheef (advisering aan OR/VGW-commissie komt niet zeer vaak voor; zie 5.1).

4.3 Advisering PZ

- (4.0) Rapportage aan: PZ
- (5.3.2) Adviezen uitgebracht aan: PZ
- (5.3.3) Adviezen besproken met: PZ
- (5.3.3.1) Adviezen in conceptvorm besproken met: PZ

Theoretische variatiebreedte 0 tot 100; gemiddelde 4,7; st. dev.=3,9; min=0; max=10; n=51.

Wat betreft het thema advisering zijn de volgende items verwaarloosd:

- (5.3.5) Rekening houdend met haalbaarheid
- (5.3.6) Algemene niveau van de doelstelling van de adviezen
- (5.4.2.1) Overeenstemming over doel meest ingrijpende advies met: directie
- (5.4.2.1) id. OR/VGW
- (5.5.2.1) Overeenstemming over doel belangrijkste BGZ-advies met: directie
- (5.5.2.1) id. OR/VGW
- (8.4.3.5) Inzichten in risicogroepen gedeeld met: directie
- (8.4.3.5) id. OR/VGW
- (8.4.3.5) id. PZ

5. RESULTAAT ADVISERING

Gesteld, dat er in het BGZ-veld overeenstemming zou zijn over de doeleinden, dan zouden de hieronder vermelde variabelen als criteria kunnen dienen. Dat is duidelijk niet het geval (zie paragraaf 4.2 over maatstaven en doeleinden die BGD-en zelf noemen). Daarom worden deze variabelen als niet meer dan mogelijke kwaliteitsindicatoren gezien.

5.1 Effecten Adviezen aan de cliënt-organisatie

De items zijn:

- (5.2.1) Deel adviezen aan bedrijf uitgevoerd
- (5.2.2) Deel maatregelen dat aan doel BGD tegemoet komt
- (5.4.5) Deel van het meest ingrijpende advies opgevolgd
- (5.4.6) Deel maatregelen dat aan doel BGD tegemoet komt
- (5.5.5) Deel van het belangrijkste BG-advies opgevolgd
- (5.5.6) Deel maatregelen dat aan doel BGD tegemoet komt

Theoretisch variatiebreedte 0 tot 100; gemiddelde=77,5; st. dev.=32,9; min=0; max=100; n=51.

5.2 Effecten van adviezen aan individuen

item:

- (5.1.1) Deel adviezen aan individuen opgevolgd

Theoretische variatiebreedte 1 tot 4; gemiddelde=2,7; st. dev.=0,5; min=2; max=3; n=39.

5.3 Globaal Oordeel Doeltreffendheid

item:

- (9.1.2) Doeltreffendheid al met al van BGZ in bedrijf

Theoretische variatiebreedte 1 tot 5; gemiddelde=3,0; st. dev.=0,6; min=2; max=4; n=50.

6. BGZ-BELEID VAN DE CLIËNTORGANISATIE

6.1 Betrokkenheid cliëntorganisatie

Strekking van deze samengestelde variabele is de inzet van het bedrijf als geheel tegenover bedrijfsgezondheidszorg. In de gebruikte items zijn enerzijds houdingsaspecten van verschillende partijen, en anderzijds de aspecten van onderdelen van BGZ-beleid of het BGZ-beleid als geheel opgenomen. Het gaat om de volgende items:

(3.4.4) Voldoende aandacht in bedrijf voor reïntegratie

(4.2.2) Mate van activiteit van VGW-commissie

(4.3.2) Id. OR

(8.5.1) Kwaliteit van de beleidsaandacht in het bedrijf

(8.5.5) Te weinig betrokkenheid bij BGZ van: directie

(8.5.5) id. kader

(8.5.5) id. PZ

(8.5.5) id. OR/VGW

(8.5.5) id. werknemers

(9.1.1) Door bedrijf juiste prioriteiten gesteld

6.2 Invloedsverschil tussen BGD en directie met betrekking tot de oplossing van BGZ-problemen

Er is verder een variabele samengesteld over het verschil in invloed tussen de BGD en de directie met betrekking tot het oplossen van BGZ-problemen. Er zijn twee items gebruikt:

(8.5.4) hoeveel invloed heeft de BGD op het oplossen van BGZ-problemen

(8.5.4.) idem de directie van de cliëntorganisatie.

De schaal loopt op naar mate de BGD meer invloed heeft. Theoretische variatiebreedte -4 tot +4; gemiddelde=0,4; st. dev.=0,9; min=-1; max=+2; n=44.

De items die zijn verwaarloosd uit dit blok of thema:

(4.6.1) Frequentie van overleg directie - OR

(4.6.2) Conflicten directie - OR over BGZ

(8.5.2) Sleutelpersonen genoemd m.b.t. oplossen problematiek

(8.5.2) Als sleutelpersonen genoemd: directie

(8.5.2) id/ OR/VGW

(8.5.2) id. PZ

(8.5.2) id. kader

7. EXTERNE SIGNALLEN VOOR STURING

Onderwerp zijn hier de signalen uit de cliëntorganisatie, die de BGD kunnen sturen. Er is onderscheid gemaakt in de voorwaarden voor sturing, de aanwezigheid van sturing en de richting van de sturing.

7.1 Voorwaarden voor sturing

De items zijn:

- (8.4.2) Er bestaat een contract omtrent het zorgpakket
 - (8.4.3.3) Er bestaat een schriftelijk jaarplan
 - (8.4.3.4) Er wordt jaarlijks een BGZ-verslag opgesteld
- Theoretische variatiebreedte 0 tot 10; gemiddelde=5,7; st. dev.=2,9; min=0; max=10; n=51.

7.2 Aanwezigheid van sturing

De items zijn:

- (8.3.2) Kosten/baten van BGZ volgens het bedrijf
- (8.4.2.3) Contract gaat in op wensen bedrijf
- (8.4.2.4) Plannen om contract te heroverwegen
- (5.4.4) Grenzen van het bedrijf bij het meest ingrijpende advies
- (5.3.7) Voldoende gevraagd, te adviseren bij belangrijke veranderingen
- (8.5.4) Invloed op prioriteiten onderzoek door BGZ van directie
- (8.5.4) id. kader
- (8.5.4) id. PZ
- (8.5.4) id. OR/VGW
- (8.5.4) id. individuele werknemers

Theoretische variatiebreedte 0 tot 100; gemiddelde=40,0; st. dev.=20,7; min=0; max=91; n=51.

7.3 Richting sturing: verzuimbeheersing

De items zijn:

- (3.3.3) Bedrijfsarts ingeschakeld bij volgens bedrijf onterecht lang verzuim
- (3.5.4) id. verzuimmelding
- (8.2.2) Verzuim als maatstaf van: directie
- (8.2.4) id. kader
- (8.2.5) id. PZ
- (8.2.6) id. OR/VGW
- (8.2.7) id. individuele werknemers
- (8.5.3) Wensen in bedrijf over tijd besteed aan verzuimbegeleiding van concern
- (8.5.3) id. directie
- (8.5.3) id. kader
- (8.5.3) id. PZ
- (8.5.3) id. OR/VGW
- (8.5.3) id. individuele werknemers

Theoretische variatiebreedte 0 tot 100; gemiddelde=34,6; st. dev.=18,5; min=0; max=77; n=51.

7.4 Richting sturing: beheersing werkomstandigheden

De items zijn:

- (8.5.3.1) Belemmeringen ondervonden bij onderzoek/bezoek werkplekken
- (8.2.2) Werkomstandigheden als maatstaf van: directie
- (8.2.4) id. kader
- (8.2.5) id. PZ
- (8.2.6) id. OR/VGW
- (8.2.7) id. individuele werknemers
- (8.5.3) Wensen in bedrijf over tijd besteed aan werkomstandigheden van concern

(8.5.3) id. directie

(8.5.3) id. kader

(8.5.3) id. PZ

(8.5.3) id. OR/VGW

(8.5.3) id. individuele werknemers

Theoretische variatiebreedte 0 tot 100; gemiddelde=21,0; st. dev.=21,0; min=0; max=82; n=51.

**SIGNIFICANTE BETA-COëFFICIENTEN UIT DE MULTIPELE REGRESSIE-
ANALYSES VAN DE PROCES- EN OUTPUTVARIABLEN OP DE ACHT
KWALITEITSINDICATOREN**

Tabel j: Significante beta-coëfficiënten uit de multiële regressie-analyses van de proces- en outputvariabelen op de acht kwaliteitsindicatoren

proces- of output variabele van de geleverde BGZ	kwaliteitsindicator							
	volgende aandacht aan de ac- tiviteiten	nieuwe knelpun- ten gevon- den	gem. % van de doelpopu- latie be-	tevredenh. met de tijdsbest.	effecten van adv. aan de cliënt-org	effect van advisering aan indivi- dualen	globaal oordeel doeltref- treffendh.	invl. verschil BGD-dir. mbt. opl. BGZ-prob.
1.1 werk- en groepsgerichtheid P.O.	.	.	.	+29	+27	.	.	.
1.2 mate van werkgerichtheid act.	.	.	.	-45	.	.	.	.
1.3 % tijd besteed aan werkger. act.	+36	.	-36	.	.	.	.	.
2.1 som meer gewenste tijd	(-.24)	.	.	n.v.t.	.	.	.	-47
2.2 totaal meer gewenste tijd	-48	.	.	.	.	.	.	.
2.3 juiste categ. werknemers bereikt	.	.	.	.	.	(+21)	+42	+29
2.4 voldoende aandacht activiteiten	n.v.t.	.	.	.	-27	.	.	.
2.5 nieuwe knelpunten ontdekt	.	n.v.t.	.	.	.	+28	.	.
2.6 gem. bereikte % van de doelgroepen	.	(+.24)	n.v.t.	.	.	.	.	+33
2.7 tevredenheid met de tijdsbesteding	.	.	+25	n.v.t.	.	.	.	-49
3.1 overleg lijn	.	.	.	.	.	-38	.	.
3.2 overlegOR/VGM-cie	.	.	.	.	.	.	.	.
3.3 overleg specialisten	.	.	+31	.	.	.	(+.26)	.
4.1 advisering lijn	.	.	.	.	+37	(-.22)	.	.
4.2 advisering OR/VGM-cie	+26	(+.25)	.	.	.	.	.	.
4.3 advisering PZ	.	.	(-.23)	.	.	.	.	.
5.1 effecten advisering bedrijf	-26	.	.	.	n.v.t.	.	.	.
5.2 effecten advisering individuen	.	+35	.	.	.	n.v.t.	.	.
5.3 globaal oordeel doeltreffendheid	.	.	.	+34	+32	.	n.v.t.	.
6.1 betrokkenheid cliënt-org	.	.	.	.	.	.	(+.30)	.
6.2 invloedsverschil BGD-dir.opl.probl.	.	.	+31	.	.	.	.	n.v.t.
7.1 voorwaarden voor sturing	.	.	.	.	.	.	.	.
7.2 aanwezigheid van sturing	.	.	.	.	.	.	.	.
7.3 richting sturing verzuimbeheersing	.	.	.	.	.	.	-40	.
7.4 richting sturing beh. werkomst.	.	+35	.	.	.	-32	.	.
Mult. R	.59	.41	.61	.49	.50	.58	.55	.49
R ²	.35	.17	.37	.24	.25	.34	.31	.24
Sign. F	<.01	.01	<.01	<.01	.01	<.01	<.01	.01

**SIGNIFICANTE BETA-COëFFICIENTEN UIT DE MULTIPELE REGRESSIE-
ANALYSES VAN DE ZES BGD- EN CLIëNTKENMERKEN OP DE ACHT
KWALITEITSINDICATOREN**

Tabel k. Significante beta-coëfficiënten uit de multipele regressie-analyses van de zes BGD- en cliëntkenmerken (waarvan 4 in de vorm van dummy-variabelen) op de acht kwaliteitsindicatoren

BGD- of cliëntkenmerk	kwaliteitsindicator							
	(2.4) voldoende aandacht aan de ac- tiviteiten	(2.5) nieuwe kneipun- ten gevon- den	(2.6) gem. % van de doelpopu- latie be-	(2.7) tevreden- met de tijdsbest.	(5.1) effecten van adv. aan de cliënt-org	(5.2) effect van advisering aan indivi- dualen	(5.3) globaal oordeel doeltref- treffendh.	6.2) invl. verschil BGD-dir. mbt. opl. BGZ-prob.
1 a gezamenlijke BGD b overheids BGD c enkelvoudige BGD	. -.34 .	. . .	. . +.26	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
2 a BA alleen b BA + BVK c BA + AH	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
3 a VG buiten de BGD b BG binnen de BGD c VG is BA	. . .	-.35 . .	. -.32 +.27	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
4 Industriële produktie	.	.	.	.	.	+.29	.	.
5 a Klein bedrijf b Middelgroot bedrijf c Groot bedrijf	. . .	. . .	. . .	. . .	-.44 . .	. . .	. . .	. . .
6 Finan.-econ.positie matig	.	.	.	.	.	.	-.39	.
Mult. R ₂	.34	.35	.57	.	.44	.08	.39	.
Sign. F	.12 .01	.12 .01	.33 <.01	. .	.19 <.01	.06 .04	.16 <.01	. .

(pout = .05)

SAMENSTELLING VAN DE VARIABELEN BEDRIJFS- EN WERKGERICHTHEID, GERICHTHEID OP COMMUNICATIE MET DE CLIËNTORGANISATIE EN INDIVIDUGERICHTHEID

Bedrijfs- en werkgerichtheid

relatieve werkgerichtheid van de activiteiten, advisering aan de lijn, sturing in richting van verzuimbeheersing en sturing in richting van beheersing werkomstandigheden.

Gerichtheid op communicatie met de cliëntorganisatie

overleg met de werknemers (OR en VGW-commissie), oordeel over globale doeltreffendheid, betrokkenheid van de cliëntorganisatie en aanwezigheid van sturing.

Individuagerichtheid

nieuwe knelpunten ontdekt, gemiddeld percentage werknemers in de doelgroepen bereikt en percentage tijd, besteed aan werkgerichte activiteiten (omgepooled).

bijlage m.

**FACTOREN IN DE BGD-, CLIENT-, PROCES- EN OUTPUTVARIABLEN
TEGELIJK**

FACTOREN IN DE BGD-, CLIENT-, PROCES- EN OUTPUTVARIABLEN TEGELIJK

Om het aantal variabelen ten opzichte van het aantal gevallen te verkleinen was een vermindering in het aantal variabelen noodzakelijk. Van de negenendertig variabelen (14 structuur- en 25 proces- en outputvariabelen) zijn er acht achterwege gelaten, zodat de volgende analyse met 31 variabelen is uitgevoerd. De acht verwaarloosde gegevens zijn de zwakste proces en outputvariabelen (d.w.z. met de laagste ladingen in de analyse van paragraaf 8.6.2). Het gaat om de volgende voor deze bewerking vervallen variabelen (zie bijlage n voor de betekenis van de afkortingen): SMEERTYD, TMEERTYD, INBMINDP, JUICANWS, NIEKNEL, OVERLIJN, OVERSPE en ADVPZ. Er bleken vijf factoren nodig zijn om de verbanden van deze eenendertig variabelen te verklaren. De geroteerde oplossing wordt weergegeven in de tabel hieronder.

Tabel m Factoranalyse van de BGD-, cliënt-, proces- en outputvariabelen tegelijk*

variabele**	f1	f2	f3	f4	f5
RELWERKG	.23	.25	.49	-.02	-.14
PTWERKGN	.63	-.07	-.10	-.22	.22
WERGROG	.35	.31	.20	.09	-.21
TEVTYDAC	-.01	.03	-.17	-.07	.52
VOLAANAC	.24	.20	-.27	.17	.38
BERPTDOE	-.72	.10	-.06	.03	.11
OVERWNS	-.08	.61	.26	.23	.29
ADVLIJN	-.12	.15	.56	.10	-.27
ADVWNS	-.07	.46	.26	.08	.00
EFFADBED	.05	-.13	.73	.16	.23
EFFADIND	-.06	-.25	-.46	.05	.04
GLODOELT	-.06	.16	-.09	.12	.72
BETRCLIE	.08	.33	.01	-.16	.58
VOORWES	.16	.72	.01	.03	.03
AANWES	-.06	.52	.20	.23	.22
RIVZES	-.22	.22	.53	-.20	-.49
RIWOES	-.11	.23	.59	-.15	-.36
GEZBGD	.85	.15	-.05	-.05	.06
OVBGD	-.46	-.14	-.03	-.67	-.08
ENKBGD	-.42	-.01	.08	.69	.02
BASOLO	-.20	-.70	.21	.14	.13
BAPLUBVK	.00	.48	-.16	-.58	-.20
BAPLUAH	.20	.13	-.02	.54	.10
VGBUITEN	.75	-.03	-.12	.25	.01
VGBINNEN	-.24	.48	.00	.24	.15
VGISBA	-.51	-.38	.12	-.44	-.14
TYPECLIE	-.03	-.47	-.22	.22	-.20
KLEIN	.24	.11	-.72	-.15	.00
MIDDEL	.09	-.16	.46	-.50	.50
GROOT	-.29	.06	.15	.61	-.50
FINECPOS	.06	-.02	-.10	-.28	-.51

* Cumulatieve variantie 51.5%

** Zie voor betekenis bijlage n.

Het grootste deel van de variantie wordt verklaard, dus de meeste informatie over de gecombineerde BGD-, cliënt-, proces- en outputvariabelen wordt in deze vijf factoren gebruikt, het is een efficiënte vereenvoudiging.

- Factor 1 is karakteristiek voor gezamenlijke BGD-en met de verzekeringsgeneeskunde buiten de BGD, waarbij veel tijd aan werkgerichte activiteiten besteed wordt, maar een laag percentage werknemers met het spreekuur bereikt wordt. Dit geldt ongeacht de personele samenstelling van de BGD, het type, de grootte en de financieel-economische positie van de cliëntorganisatie.
- Factor 2 is gekenmerkt door overleg tussen BGD en werknemers, door de aanwezigheid van voorwaarden voor sturing en van werkelijke sturing, in een situatie waarin de bedrijfsarts niet alleen werkt en waarbij er sprake is van een VG-taak binnen de BGD. Dit geldt onafhankelijk van het type dienst, de grootte en de positie van de cliëntorganisatie.
- Factor 3 omvat advisering aan vooral de lijn, het oordeel dat de effecten van advisering aan het bedrijf gunstig is, sturing door het bedrijf in de richting van beheersing zowel het verzuim als de werkomstandigheden en zich vaker afspelend in middelgrote cliëntorganisaties. Factor 3 is onafhankelijk van type en equipage van de BGD, van wel of geen VG-taak in de BGD en van het type of de financieel-economische situatie van de cliëntorganisatie.
- Factor 4 betreft niet de overheids-, maar de enkelvoudige BGD-en bij grote bedrijven, en daarbij niet die met alleen een bedrijfsarts plus BVK, maar vooral die waar ook een arbeidshygiënist aanwezig is. Factor 4 staat los van wel of geen VG-taak en van type of positie van de cliëntorganisatie en de inhoud van de verleende BGZ.
- Factor 5 gaat over tevredenheid (van de BGD) met de tijd, besteed aan de activiteiten, het globale oordeel dat de zorg doeltreffend is, sterkere betrokkenheid bij de BGZ van de cliëntorganisatie, en overwegend middelgrote organisaties met een goede financieel-economische positie. Factor 5 is onafhankelijk van het type en de bemanning van de BGD, van wel of geen VG-taak bij de BGD en van het type cliëntorganisatie (industriële of dienstverlenend).

De vijf factoren kunnen we aanduiden met het duidelijkste evaluatieve aspect dat erin voorkomt:

- factor 1 werkgerichtheid van gezamenlijke BGD-en;
- factor 2 intensieve sturing BGD, gericht op OR/VGW-commissie van meerpersoons teams;
- factor 3 bedrijfs- en werkgerichtheid in middelgrote cliëntorganisaties;
- factor 4 grote enkelvoudige dienst met arbeidshygiënist;
- factor 5 beleidsklimaat in de middelgrote cliëntorganisatie.

Aan de hand van deze kernbegrippen kan men per factor nagaan, welke verdere variabelen er mee samenhangen.

LEGENDA VAN AFGEKORTE NAMEN VAN VARIABELEN

Structuurvariabelen

FINECPOS	financieel-economische positie van de cliëntorganisatie
GEZBGD	gezamenlijke BGD
OVBGD	overheids-BGD
ENKBGD	enkelvoudige BGD
BASOLO	bedrijfsarts (BA) zonder hulppersoneel
BAPLUBVK	BA en bedrijfsverpleegkundige (BVK)
BAPLUAH	BA en arbeidshygiënist (al of niet met BVK)
VGBUITEN	verzekeringsgeneeskundige (VG) buiten de BGD
VGBINNEN	VG binnen de BGD, maar niet door de eigen BA
VGISBA	VG binnen de BGD, door de eigen BA
TYPECLIE	type cliëntorganisatie (CO): industrie vs dienstverlening
KLEIN	kleine CO: 35 - 99 werknemers
MIDDEL	middelgrote CO: 100 - 499 werknemers
GROOT	grote CO: 500+ werknemers

proces- en outputvariabelen

RELWERKG	relatieve werkgerichtheid van de activiteit
PTWERKGN	% tijd, besteed aan werkgerichte activiteiten
WERGROG	werk- en groepsgerichtheid v.d. activiteiten
TEVTYDAC	tevredenheid met tijd besteed aan activiteiten
SMEERTYD	som van de meer gewenste tijd
TMEERTYD	totaal meer gewenste tijd
INBMINDP	invloedsverschil BGD-directie in oplossen BGZ-problematiek
JUICAWNS	juiste categorieën werknemers bereikt
VOLAANAC	voldoende aandacht besteed aan activiteiten
NIEKNEL	nieuwe knelpunten ontdekt
BERPTDOE	gemiddeld % doelgroepen bereikt
OVERLIJN	overleg met de lijn
OVERWNS	overleg met de werknemers (OR/VGW-commissie)
OVERSPE	overleg met specialisten
ADVLIJN	advisering aan de lijn
ADWNS	advisering aan OR/VGW-commissie
ADVPZ	advisering aan PZ
EFFADBED	effecten van adviezen aan het bedrijf
EFFADIND	effecten van adviezen aan individuen
GLODOELT	oordeel over globale doeltreffendheid
BETRCLIE	betrokkenheid van de cliëntorganisatie
VOORWES	voorwaarden voor sturing
AANWES	aanwezigheid van sturing
RIVZES	sturing in richting van verzuimbeheersing
RIWOES	sturing in richting van beheersing werkomstandigheden

bijlage o.

**GROEPEN BGD-EN NAAR HUN ACTIVITEITEN IN PERIODIEK ONDER-
ZOEK**

GPO	PBGO	APO	aantal diensten
0	0	0	1
0	0	1	7
0	1	0	9
0	1	1	0
1	0	0	10
1	0	1	12
1	1	0	11
1	1	1	1
totaal			51

* 0 = wordt niet gedaan, 1 = wordt wel gedaan.

Resulterende schaal

alleen APO	7 diensten
GPO en eventueel APO	22 diensten
PBGO	9 diensten
PBGO en GPO	11 diensten

Twee diensten blijven buiten beschouwing, één zonder periodiek onderzoek en één met alle drie de vormen.

Lijst van veelgebruikte afkortingen

AH	arbeidshygiënist
AK	aanstellingskeuring
APO	algemeen periodiek onderzoek: periodiek herhaald onderzoek naar de "algemene" gezondheidstoestand van de werknemer zonder specifieke aandacht voor de werkomstandigheden, waarbij de selectie voor de oproep niet bepaald wordt door de werkomstandigheden, maar meestal door de leeftijd (Van Putten & Oversloot, 1986; Weel et al., 1989)
BA	bedrijfsarts
BaGD	basisgezondheidsdienst
BGD	bedrijfsgezondheidskundige dienst
BGZ	bedrijfsgezondheidszorg
BVK	bedrijfsverpleegkundige
BMW	bedrijfsmaatschappelijk werk
DGA	Directoraat-Generaal van de Arbeid
DGD	districtsgezondheidsdienst
EHBO	eerste hulp bij ongevallen
FKV	frequent kortdurend verzuim
GPO	gericht periodiek onderzoek: een periodiek herhaald onderzoek dat zich richt op specifieke bekende risico's in de werksituatie (bv. lood), waarbij deselectie van de werknemers bepaald wordt door de blootstelling aan het risico (Van Putten & Oversloot, 1986)
GVO	gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
LV	langdurig verzuim
MAC	maximaal aanvaarde concentratie
OR	ondernemingsraad
PBGO	periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek: een periodiek herhaald onderzoek dat zich richt op mogelijke effecten van nog niet bekende risico's in de werksituatie, in het kader van opsporing van risicofactoren in de arbeid, waarbij alle werknemers worden opgeroepen (Weel et al.,

1989); het al of niet aggregeren van de individuele gegevens tot groepsgegevens is hier als een verbijzondering van het PBGO gezien en in het verslag onderscheiden;

PO	periodiek onderzoek
PZ	personeelszaken
RBB	Rijks Bedrijfsgezondheids- en Bedrijfsveiligheidsdienst
SMT	sociaal-medisch team
VG	verzekeringsgeneeskundige
VGW	veiligheid, gezondheid en welzijn