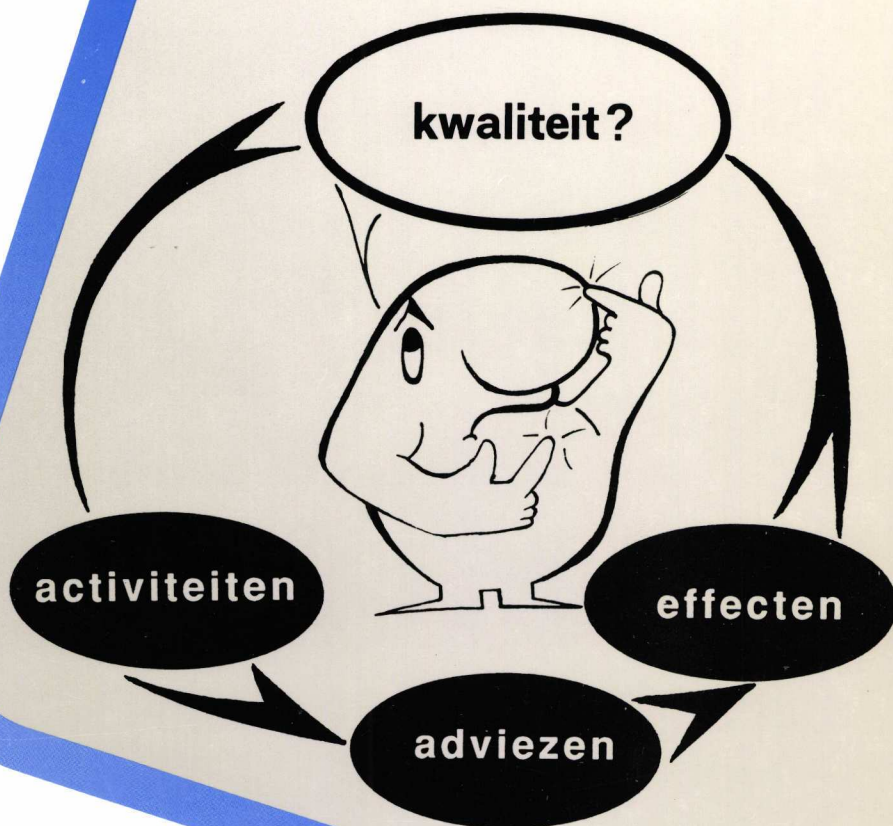


50/44

2^e ex

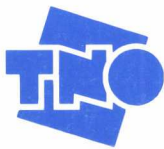
De BGD over bedrijfsgezondheidszorg



D. Draaisma
J. Dam
C.R. de Winter
S.G. van den Heuvel

110

10 74 (1)



U10
D 74
(1)

De BGD over bedrijfsgezondheidszorg

Samenvatting en beschouwing van de resultaten van een onderzoek naar de kwaliteit en de effectiviteit van de geleverde zorg naar het oordeel van de beroepsbeoefenaren zelf

januari 1992

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

ISM-nr.
plaats
datum

8656

50-44 (2^e ex)

D. Draaisma
J. Dam
C.R. de Winter
S.G. van den Heuvel



Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56, Leiden
Postadres:
Postbus 124, 2300 AC LEIDEN
Telefoon: 071 - 18 11 81

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 33,50 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 91.060.

ISBN 90-6743-208-3

© 1992 TNO

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de 'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- en Ontwikkelingsopdrachten TNO 1979', dan wel de desbetreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.

| INHOUD | pagina |
|--|---------------|
| LIJST VAN AFKORTINGEN | i |
| VERANTWOORDING | iii |
| 1. DE ACHTERGRONDEN EN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK | 1 |
| 1.1 De directe aanleiding | 1 |
| 1.2 De discussie over kwaliteit van BGZ in de jaren tachtig | 1 |
| 1.3 Doel van het onderzoek | 6 |
| 2. DE METHODE VAN ONDERZOEK | 7 |
| 2.1 De vier onderzoeksvragen | 7 |
| 2.2 De BGZ-activiteiten | 10 |
| 2.3 De oordelen over de activiteiten | 12 |
| 2.4 De gewenste steekproef | 13 |
| 2.5 De benadering en deelname van de BGD-en en BGZ-teams | 15 |
| 2.6 De feitelijke steekproef | 16 |
| 3. RESULTATEN: DE ACTIVITEITEN EN DE OORDELEN | 17 |
| 3.1 Inleiding | 17 |
| 3.2 De BGZ-activiteiten | 18 |
| 3.3 Sturing van de BGZ-activiteiten door de teams zelf | 19 |
| 3.4 Het externe overleg met de betrokkenen | 20 |
| 3.5 Advisering aan de cliëntorganisatie | 21 |
| 3.6 Het resultaat van advisering | 22 |
| 3.7 Het BGZ-beleid van de cliëntorganisatie | 23 |
| 3.8 De sturing van de BGD-activiteiten door de cliëntorganisatie | 24 |
| 3.9 Doeleinden en maatstaven | 25 |

| | pagina |
|--|--------|
| 4. RESULTATEN: SUGGESTIES VOOR BETERE WERKWIJZEN; DE BELANGRIJKSTE KNELPUNTEN EN PLUSPUNTEN IN DE ZORG | 27 |
| 4.1 Suggesties voor betere werkwijzen | 27 |
| 4.2 De belangrijkste knelpunten en pluspunten | 30 |
| 5. BESCHOUWING | 33 |
| 5.1 Inleiding | 33 |
| 5.2 De BGZ-activiteiten | 33 |
| 5.3 De relaties van de BGD met de cliëntorganisatie | 36 |
| 5.4 Doeleinden, maatstaven en effectiviteit | 38 |
| 5.5 Slotbeschouwing | 41 |
| LITERATUUR | 43 |
| BIJLAGE | 47 |

LIJST VAN AFKORTINGEN

| | |
|---------|---|
| AH | arbeidshygiënist |
| 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) |
| Arbowet | Arbeidsomstandighedenwet |
| BA | bedrijfsarts |
| BaGD | basisgezondheidsdienst |
| BGD | bedrijfsgezondheidskundige dienst |
| BGZ | bedrijfsgezondheidszorg |
| BVK | bedrijfsverpleegkundige |
| BMW | bedrijfsmaatschappelijk werk |
| DGA | Directoraat-Generaal van de Arbeid van het Ministerie van SoZaWe |
| DGD | districtsgezondheidsdienst |
| EHBO | eerste hulp bij ongevallen |
| GPO | gericht periodiek onderzoek: een periodiek herhaald onderzoek dat zich richt op specifieke bekende risico's in de werksituatie (bv. lood), waarbij de selectie van de werknemers bepaald wordt door de blootstelling aan het risico (Van Putten & Oversloot, 1986) |
| GVO | gezondheidsvoorlichting en -opvoeding |
| 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 |
| SMT | sociaal-medisch team |
| VG | verzekeringsgeneeskundige |
| VGW | veiligheid, gezondheid en welzijn |

VERANTWOORDING

Deze publikatie is een bewerkte samenvatting van het onderzoeksrapport "Kwaliteit en Effectiviteit van Bedrijfsgezondheidszorg naar het oordeel van de beroepsbeoefenaren". Het onderzoek is uitgevoerd om informatie op te leveren voor de discussie tussen de partijen, die betrokken zijn bij de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ). Het onderzoek vormt het eerste deel van een tweeluik: het tweede deel is het nog lopende onderzoek naar het oordeel van de geledingen over de kwaliteit en effectiviteit van BGZ binnen dezelfde bedrijven en instellingen als waarover de beroepsbeoefenaren zijn ondervraagd.

Omdat het oorspronkelijke onderzoeksrapport vooral een wetenschappelijk karakter heeft, is deze gemakkelijker toegankelijke versie uitgebracht. Dit gaat uiteraard gepaard met een selectie van informatie: de lezer die meer verantwoording zoekt, wordt verwezen naar de oorspronkelijke publikatie*. In die zin biedt deze versie minder. Aan de andere kant biedt deze versie meer; er wordt hier namelijk meer aandacht besteed aan de huidige discussie in Nederland over de kwaliteit van BGZ en aan de betekenis die de resultaten van het onderzoek voor deze discussie hebben. In dat opzicht staat deze publikatie op zichzelf.

* Draaisma, D., C.R de Winter, J. Dam en S.G. van den Heuvel, Kwaliteit en effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg; eerste deelonderzoek: het oordeel van de beroepsbeoefenaren. Den Haag, Directoraat- Generaal van de Arbeid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1991 (publicatienummer S 101-1)

1. DE ACHTERGRONDEN EN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK

1.1 De directe aanleiding

De oorsprong van het onderzoek is de opdracht van het Directoraat-Generaal van de Arbeid (DGA) van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; daar was de behoefte ontstaan aan betere kwaliteitscriteria voor bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) en om die betere criteria te gebruiken in een gemoderniseerd systeem van erkenning van bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD-en).

Het NIPG stelde zich op het standpunt zelf geen criteria te willen ontwikkelen, omdat de verantwoordelijkheid daarvoor bij de overheid en de betrokkenen ligt. Wel onderschreef het NIPG de behoefte aan meer informatie over de kwaliteit van BGZ. Een discussie over de kwaliteit was al enige tijd daarvoor door werkgevers op gang gebracht. De volgende paragraaf gaat op deze discussie in.

1.2 De discussie over kwaliteit van BGZ in de jaren tachtig

Het is om twee redenen zinvol de kern van de nog lopende discussie naar voren te halen; ten eerste omdat die voor de vormgeving van het onderzoek belangrijk is geweest; ten tweede omdat zo de resultaten tegen de achtergrond van die discussie nader bekeken kunnen worden.

Voor een goed begrip van de discussie, is het nuttig een aantal zaken in gedachten te houden.

Bedrijfsgezondheidszorg is een vorm van zorgverlening die tot doel heeft de gezondheid van de werknemers in relatie tot hun arbeid te beschermen en te bevorderen. Tegenwoordig wordt deze zorg voor de gezondheid vaak als onderdeel van het drieluik gezondheid-veiligheid-welzijn gezien. Deze begrippen, met de regelgeving er om heen, zijn vastgelegd in de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet). Enkele artikelen in die wet zijn gewijd aan deskundige diensten. De diensten hebben tot doel adviezen op hun eigen terrein te verstrekken aan de partijen in het bedrijf die verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsgezondheidszorg.

Voor sommige bedrijven heeft de wetgever een dergelijke dienst verplicht gesteld. Voor de overige bedrijven werd een zekere marktwerking verondersteld: er zou door specifieke vragen op dit terrein behoefte ontstaan aan deskundige adviseurs. Echter, na een aanvankelijke toename van het aantal vrijwillig aangesloten bedrijven, stagneerde de groei in de loop van de jaren tachtig. Aan de ene kant had de stagnatie te maken met de economische recessie, aan de andere kant met kritiek van werkgevers op de praktijk van BGZ en met hun min of meer onzekere en afwachtende houding in verband met de invoering van de Arbowet (Van De Veerdonk, 1988). De kritiek werd in een aantal regionale bijeenkomsten van de Algemene Werkgeversvereniging (AWV) verzameld en gepubliceerd. Deze verzamelde kritiek (Fraterman, 1986) zette de toon voor reacties uit kringen van de andere betrokken partijen.

Een inventarisatie van de belangrijkste kritiek van werkgevers en werknemers op de verleende BGZ, en de reacties daarop uit kringen van BGD-en en overheid is te vinden in de bijlage. De samenvatting van de belangrijkste punten in deze bijlage volgt hieronder.

Doelstelling, kosten en opbrengsten van BGZ

Over de globale doelstelling van BGZ is tussen de vier partijen geen verschil van mening. Dat het beleid mede gericht is op een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en het bevorderen van het welzijn (DE ARBOWET, 1988) is kennelijk boven discussie verheven.

De concrete uitwerking van deze doelstelling blijkt echter niet voor alle betrokkenen in dezelfde richting te gaan. Werkgevers plaatsen BGZ in het financieel-economische kader van kosten en baten. Zij willen daarom "maatwerk" tegen overzichtelijke kosten en verder, beter inzicht in de verrichtingen van de BGD. Hun twijfel aan de baten spitsen zij toe op de bijdrage van de BGD aan het bestrijden van ziekteverzuim en verder spreken zij over het bevorderen van het "vitaal functioneren van werknemers". Als het over direct gezondheidsbedreigende factoren gaat, hebben zij geen bezwaar tegen werkplekgerichte activiteiten; anders wordt het als het om vage vermoedens van de BGD over risicofactoren gaat die kostbare gevolgen kunnen hebben. De werkgevers willen deze activiteiten wel, mits hun concurrentiepositie niet geschaad wordt.

Werknemersorganisaties vinden BGZ noodzakelijk; het bestrijden van de risico's in het werk zien zij als hoofddoel en ze beschouwen verlaging van ziekteverzuim slechts als een neveneffect.

Van werkgeverskant wordt gesproken over "direct gezondheidsbedreigende factoren", terwijl van werknemerskant ook het "opsporen van mogelijke bedreigingen" belangrijk wordt gevonden. Duidelijk is dat beide partijen vanuit verschillende visies op de risico's spreken. Het zal er dus in concrete situaties op aankomen deze verschillen te overbruggen, wil het tot een gezamenlijke bereidheid komen om risicosituaties te verbeteren.

Vanuit de BGD-en is slechts één reactie op de wensen van werkgevers te signaleren, die bovendien nogal vaag geformuleerd is in termen van een optimale aandacht voor de verzuimbesteding. De vraag blijft wat de beroepsbeoefenaren bedoelen met "optimale aandacht"; voorts blijft de vraag onbeantwoord op welke wijze zij hun doelstelling operationeel willen maken, gezien de opvattingen van werknemers en werkgevers.

De overheid brengt het doel van BGZ niet expliciet ter sprake (dat staat immers al in de Arbowet). Wel bepleit zij aanpassing aan de wensen van werkgevers en werknemers.

Activiteiten en diensten door de BGD.

Zoals hierboven bleek, vindt het centrale thema maatwerk (dus dienst- en tariefdifferentiatie) van de werkgevers bij overige betrokkenen weerklank, hoewel een erg duidelijk reactie van werknemerskant niet is te ontwaren.

Vanuit BGD-en wordt differentiatie ook gewenst geacht. Men is bereid meer probleem- en marktgericht te werken en erkent dat er teveel is uitgegaan van de bruikbaarheid van de eigen standaardactiviteiten voor elke situatie.

De werkgevers hebben het niet alleen over differentiatie naar de wensen en behoeften van het bedrijf, maar ook over een bedrijfstakgewijze aanpak. Ook de werknemers zien veel in afspraken met werkgeversorganisaties in bedrijfstakken. Beide partijen verwachten blijkbaar door middel van collectieve afspraken BGD-en meer in de richting van aandacht voor de gezondheidsrisico's te sturen. Men kan vermoeden dat de werknemersorganisaties huiverig zijn voor maatwerk op ondernemingsniveau, omdat daarvoor de invloed van de OR nog lang niet overal groot genoeg is; vandaar ook de nadruk op het vastleggen van minimumnormen voor gezondheidsrisico's in CAO's of Arbowet.

Nog steeds de bijlage volgend, menen de werkgevers, wat de inhoud van de activiteiten van de BGD betreft, dat bedrijfsadvisering een gevaarlijk terrein is voor

bedrijfsartsen. Er ontbreekt namelijk nog veel kennis over de relatie tussen werk en gezondheid. Men dient zich daarom te beperken tot advisering over "gezondheidsthema's".

De werknemers leggen nadruk op de adviesrol van de BGD bij het signaleren en verbeteren van de arbeidsomstandigheden. Het middel bij uitstek is volgens hen het werkplekonderzoek. Van het nut van dit middel lijken de werkgevers minder overtuigd te zijn, hoewel zij erkennen dat er gezondheidsbedreigende factoren bestaan die aandacht verdienen.

Over de kwaliteit van de activiteiten in de BGZ worden door werkgevers en werknemers geen opmerkingen gemaakt.

De zorgverleners zelf stellen het nut van sommige activiteiten (aanstellingskeuringen en periodiek geneeskundig onderzoek) ter discussie; ze wensen de kwaliteit van hun adviezen te verbeteren en de haalbaarheid van de adviezen te verhogen. Zij signaleren bij zichzelf een tekort aan deskundigheid inzake het optreden in organisaties.

De overheid legt net als de werknemers een accent op werkplekonderzoek en ze bespeurt een tekort aan kwaliteit op dit punt. Ze ziet bedrijfsartsen vooral als spil in de contacten met de individuele werknemer; daarbij moet de bedrijfsarts de informatie uit verschillende disciplines integreren.

Bij het voorgaande rijst de belangrijke vraag in hoeverre, bij gelijkblijvende tijd- en geldmiddelen, activiteiten als werkplekonderzoek en advisering onder druk komen te staan als werkgevers veel meer aandacht aan verzuimbestrijding gegeven willen zien. In paragraaf 5.1 wordt op deze vraag teruggekomen.

Positie en relaties van de BGD ten opzichte van de geledingen in het bedrijf.

Een ander centraal onderwerp in de discussie is de positie van de BGD ten opzichte van de geledingen in de cliëntorganisatie.

De werkgevers willen meer invloed op de zorg krijgen en bepleiten "behoedzaam manoeuvreren van de BGD ten opzichte van de OR", hoewel ze niet erg duidelijk maken wat ze hiermee bedoelen.

Ook werknemers wensen meer invloed op de BGD. Zij vinden dat de BGD zich onafhankelijker ten opzichte van de werkgever moet opstellen en verder dat de OR vaak onvoldoende ondersteund wordt door de BGD. Het wantrouwen van individuele werknemers over de partijdigheid van de BGD, dat blijkens onder-

zoek soms bestaat, is ook in de ogen van de BGD-en en de overheid een probleem.

Nog steeds de bijlage volgend, was de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts al langer een punt van discussie in de beroepsgroep zelf. De oplossing wordt vooral gezocht in een beroepscode; daarin ligt de nadruk op de scheiding van verantwoordelijkheden voor het beleid. De BGD is verantwoordelijk voor het advies en de werkgever, in overleg met de OR, voor de beleidsbepaling en -uitvoering. Verduidelijking van deze rollen zou de oplossing dichterbij moeten brengen.

Het echter de vraag of dit ook automatisch leidt tot het overbruggen van de afstand tussen de BGD en de cliëntorganisatie.

Vertegenwoordigers uit de BGD-en zelf zien deze afstand ook wel; sommigen menen namelijk dat werkgevers en werknemers nogal eens te weinig betrokkenheid tonen bij BGZ. Anderen constateren dat de klant nooit betrokken is bij het overleg over de samenstelling van het dienstenpakket. Een beschouwer van deze kritiek, overigens, zou de conclusie kunnen trekken dat betrokkenheid juist gestimuleerd kan worden door met de klant in een vroeg stadium te overleggen, om te beginnen over het dienstenpakket.

De overheid acht een goede relatie en een goed overlegklimaat tussen de BGD en de geledingen in het bedrijf nodig. Zij stelt dat het, gezien de ongespecificeerde vraag van de klant naar de diensten van de BGD, een taak van de BGD is de relatie met de geledingen in het bedrijf te ontwikkelen.

Marktverhoudingen voor de BGD-en.

Werkgevers benadrukken in sterke mate dat de BGD een concurrerend product moet bieden; concurrerend met zowel andere BGD-en als met andere functionarissen in het sociaal beleid binnen het bedrijf. De werknemers hebben zich over dit punt, in de geraadpleegde literatuur, niet uitgelaten; wel hebben zij een voorkeur voor gezamenlijke BGD-en*, omdat ze menen dat deze minder afhankelijk van de werkgever zijn.

Dat de externe concurrentie in feite al bestaat, wordt door de beroepsbeoefenaars erkend zonder er conclusies aan te verbinden.

* een gezamenlijke BGD is een stichting of vereniging waarbij bedrijven in een bepaalde regio zich kunnen aansluiten

Tot zover de samenvatting van de kritiek op de praktijk van BGZ en de reacties daarop uit de bijlage.

Conclusies

Opvallend is dat in alle commentaren het begrip "kwaliteit" niet zo uitgesproken is gebruikt als in de discussie die over de curatieve gezondheidszorg heeft gewoed. Dat neemt niet weg dat het in feite toch om de kwaliteit van allerlei aspecten van de zorg en van het handelen van functionarissen in BGD-en ging.

Verder kan vastgesteld worden dat op elk van de terreinen de opvattingen tussen één of meer partijen uiteenlopen. Er zal via discussie een minimale consensus moeten ontstaan om tot kwaliteitsmaatstaven voor BGZ te kunnen komen.

1.3. Doel van het onderzoek

Tegen de achtergrond de vraag van het DGA en de discussie tussen de betrokkenen over BGZ, was het doel van het onderzoek het leveren van informatie over de kwaliteit van de huidige BGZ. Deze informatie zou een bijdrage moeten vormen aan de lopende discussie over de kwaliteit van de zorg en over het ontwikkelen van kwaliteitscriteria.

De eerste fase van het onderzoek, en dus ook dit verslag, is beperkt tot wat de verleners van BGZ over de kwaliteit van hun eigen werk hebben te melden, met andere woorden het behelst een inventarisatie van die oordelen. Om misverstanden te voorkomen, is het van belang te vermelden dat oordelen van buitenstaanders, bijv. van de onderzoekers, niet in het onderzoek zijn opgenomen. Een dergelijke benadering is uiteraard wel denkbaar, maar is niet gekozen. Dit heeft ook tot gevolg dat aanbevelingen naar aanleiding van de onderzoeksresultaten niet het karakter kunnen hebben van algemene adviezen ter verbetering van de kwaliteit van de BGZ in Nederland. Er kan alleen voortgeborduurd worden op de opmerkingen en suggesties van de zorgverleners.

Nevendoel van het onderzoek was om aan de deelnemers hun gegevens uit het onderzoek terug te rapporteren voorzien van vergelijkingsmateriaal over de andere onderzochte BGD-en. Zodoende kan mogelijk een bijdrage geleverd worden aan de verdere ontwikkeling van het beleid in de eigen situaties van de deelnemers.

2. DE METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 De vier onderzoeksvragen

Voor de kwaliteit en de effectiviteit van BGZ bestaan geen erkende normen of maatstaven. Evenmin is er consensus tussen de betrokken partijen (werkgevers, werknemers, dienstverleners en overheid) over hoe de BGZ beoordeeld zou moeten worden. Om toch greep te krijgen op het begrip van de kwaliteit van de zorg is gekeken naar de toepassing het begrip "kwaliteit" in de industrie (Juran, 1974), de dienstverlening (Van der Hart, 1983) en de klinische zorgverlening door bijv. ziekenhuizen (Donabedian, 1980, 1982).

De conclusie was 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 gaat dus bij kwaliteit om de mate van effectiviteit. Tenslotte zal de klant of patiënt het geleverde al of niet accepteren. Met andere woorden, de kwaliteit wordt bepaald door de effectiviteit en de acceptatie van het geleverde*.

In het geval van een industrieel produkt kan de klant vrij gemakkelijk een oordeel over de effectiviteit (de doeltreffendheid) hebben en het produkt dus accepteren of niet. Hij beoordeelt het produkt op bruikbaarheid; een tv-toestel bijv. moet voor de klant een scherp beeld, goede kleuren en een goed geluid hebben en het moet goed te bedienen zijn. Op zichzelf vrij eenvoudige kwaliteitseisen, hoewel de keuze bij aanschaf vaak moeilijk genoeg is door het grote aanbod. De klant heeft geen inzicht in de vele kwaliteitseisen die de producent hanteert en interesseert zich er waarschijnlijk ook niet voor; voor de klant is het apparaat een "black box".

In het geval van een verleende dienst of klinische zorg is oordelen over de doeltreffendheid moeilijker. De klant/patiënt kan vaak nauwelijks beoordelen of de behandeling genoeg geholpen heeft en zal in zijn oordeel in belangrijke mate andere factoren meewegen, namelijk de wijze waarop de dienst of zorg wordt verleend. Zo vindt een patiënt de bejegening die hij krijgt in het ziekenhuis, van

* De NEN-ISO-normen met betrekking tot kwaliteitszorg (Nederlands Normalisatie Instituut, 1988) en het advies over onderzoek naar de kwaliteit van curatieve zorg (Raad voor GezondheidsOnderzoek, 1990) lijken impliciet van dezelfde gedachtengang uit te gaan.

veel, zo niet, van doorslaggevend belang voor zijn oordeel over de kwaliteit van de behandeling.

Wat betreft BGZ is de situatie zo mogelijk nog minder grijpbaar.

Er is nog minder sprake van bevredigende maatstaven voor doeltreffendheid, dus wegen allerlei aspecten van de wijze waarop de zorgverlening plaats vindt, zoals de wijze van onderzoek, van advisering en de wijze van optreden van de BGD nog meer mee. De effecten van adviezen zijn vaak pas veel later te beoordelen. Bijv. de uitvoering van een advies over geluidsbestrijding en de effecten ervan hebben een lange doorlooptijd. De effecten van andere adviezen zijn nauwelijks of niet te beoordelen, bijv. een advies betreffende reïntegratie.

Bovendien hebben de "partijen" in een bedrijf vanuit hun eigen belangen een opvatting over de BGD en zijn adviezen, die, hoe juist of onjuist, hoe volledig of onvolledig, hun oordeel over de zorg bepalen. Al deze partijen hebben op uiteenlopende wijze met de BGD en zijn adviezen te maken, hetzij als bedenker, hetzij als uitvoerder, hetzij als "lijdend voorwerp" van advies. Bovendien kan het advies dan weer één individu, dan weer een groep of het hele bedrijf betreffen.

Omdat alle betrokkenen partijen meer of minder invloed op de zorg kunnen hebben, is het duidelijk dat het oordeel van allen van belang is voor een onderzoek naar kwaliteit en effectiviteit van BGZ*.

Samenvattend is voor het onderzoek de opvatting van kwaliteit en effectiviteit van BGZ als volgt.

Kwaliteit van BGZ omvat drie elementen. Ten eerste, het oordeel over de effectiviteit (of doeltreffendheid) van de zorg. Ten tweede, de mate waarin de wijze van zorgverlening (of het zorgproces) acceptabel is. Ten derde, gaat het om de oordelen van alle uiteenlopende betrokken partijen.

De uitvoering van het onderzoek is gefaseerd door in het eerste deelonderzoek de verleners van BGZ te betrekken en in het tweede de ontvangers.

* Naast de oordelen van de betrokkenen zou men ook het oordeel van experts over de effectiviteit van de zorg in het onderzoek kunnen opnemen; dit is vooralsnog achterwege gelaten. Ook kan gedacht worden aan evaluatie van bepaalde experimentele maatregelen met als criterium bv. ziekteverzuim of ongevallen e.d.; een dergelijke onderzoeksaanpak is echter dermate ingewikkeld dat het slechts tot uitspraken over de effectiviteit van de betreffende geïsoleerde maatregel kan leiden en niet tot uitspraken over de verleende zorg als geheel; daarom kan een dergelijke aanpak hier verder buiten beschouwing blijven.

In het eerste deelonderzoek onder de verleners van BGZ, waarover het in dit verslag gaat, zijn vier hoofdvragen aan de orde gesteld:

1. Welke activiteiten worden in de BGZ door beroepsbeoefenaren verricht?
Deze vraag spreekt vanzelf; als het om een oordeel gaat over de kwaliteit en effectiviteit van het handelen in de praktijk van BGZ, moet eerst duidelijk zijn om welke activiteiten het gaat.
2. Hoe oordelen de beroepsbeoefenaren zelf over hun activiteiten vanuit het perspectief van doeltreffendheid?
Op basis van een beschrijving van hun activiteiten, kan de zorgverleners gevraagd worden te oordelen over hun activiteiten; ze moeten de betreffende vragen beantwoorden vanuit de mate waarin hun activiteiten leiden tot het door hen beoogde doel. In dat kader wordt ook gevraagd naar welke doeleinden zij willen bereiken en welke maatstaven ze aanleggen om de doeltreffendheid te beoordelen.
3. Welke positieve en negatieve punten ervaren zij in hun werk?
Om het onderzoek ook te kunnen laten bijdragen aan verbetering van de 'praktijk', is het nuttig hun, gegeven het oordeel, te vragen welke aspecten in het werk de doeltreffendheid bevorderen of belemmeren.
4. Welke suggesties hebben zij ter verbetering van de zorg?
Deze vraag gaat in op de ideeën die zijzelf hebben om de doeltreffendheid en het proces van zorgverlening te verbeteren.

Over deze en afgeleide vragen is een steekproef "bedrijfsgezondheidsteams" (zie paragraaf 2.4) geïnterviewd. Om te voorkomen dat de antwoorden te veel wenselijke in plaats van op feitelijke situaties zouden betreffen, was het uitgangspunt, dat zij zouden moeten worden ondervraagd over **de concrete zorg aan bepaalde cliëntorganisaties** en niet over hun werkwijze in het algemeen.

2.2 De BGZ-activiteiten

Voor het onderzoek is ervan uitgegaan dat de activiteiten van de BGD zijn ingebed in het beleid op gebied van BGZ van de cliëntorganisatie.

Het bedrijf of instelling, de cliëntorganisatie, is verantwoordelijk voor het voeren van een bedrijfsgezondheidsbeleid. Daartoe wordt gebruik gemaakt van de adviezen van deskundige diensten. De deskundige diensten ondernemen niet alleen activiteiten om de adviezen te kunnen leveren, maar hebben als deskundige ook een oordeel over de resultaten van het beleid. Dit oordeel kan een rol spelen bij het bijsturen van het beleid van de cliëntorganisatie én van het handelen van de dienst zelf.

Het beleid in de cliëntorganisatie is voor te stellen als een kringloop waarin 6 fasen kunnen worden onderscheiden. Over elk van de fasen zijn aan de beroepsbeoefenaren vragen gesteld. Hieronder worden de zes fasen besproken tezamen met het soort vragen dat is gesteld. Verder komt aan de orde hoe de vragen zijn ingedeeld in onderwerpen volgens welke de resultaten van het onderzoek in hoofdstuk 3 worden besproken.

fase 1: de BGD onderneemt BGZ-activiteiten

Er is gevraagd naar het al of niet uitvoeren van aanstellingskeuring of -onderzoek, EHBO, spreekuur, verzuimbegeleiding (lang- en kortdurend verzuim) en reïntegratie bij arbeidsongeschiktheid, Gericht Periodiek Onderzoek (GPO), Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek (PBGO), Algemeen Periodiek Onderzoek (APO), werkplekonderzoek, werkplekbezoek en GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding* (GVO). Het gaat dus om de gangbare methoden om de gezondheid van de werknemers te bewaken en risico's in de werkomstandigheden te signaleren. Verder is een poging gedaan de tijd, besteed aan de verschillende activiteiten, te inventariseren (vgl. De Winter & Dijkstra, 1984).

Tezamen vormen de gestelde vragen het onderwerp "BGZ-activiteiten"; de resultaten worden in par. 3.2 besproken.

* De Arboret spreekt overigens van "Onderricht" in plaats van "Opvoeding"

fase 2: de BGD rapporteert, overlegt en adviseert

In deze fase van de cyclus rapporteert en adviseert de BGD naar aanleiding van de signalen uit fase 1 aan de beleidmakers in de cliëntorganisatie, opdat zij in staat zijn een beleid op te stellen of eventueel te herzien. 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, die gericht is op overtuiging en overeenstemming, bijdraagt aan het tot stand komen van succesvolle maatregelen. (Boonstra & Allegro, 1989; Van de Bunt, 1978). Ook wat betreft BGZ in het bijzonder is gewezen op het belang van een intensieve adviesrelatie tussen bedrijven en bedrijfsgezondheidsdiensten (Plomp, 1987).

Een groot deel van het overleg, dat vaak 'en passant' tussen de deskundige dienst en de cliëntorganisatie gevoerd wordt, moet gezien worden in het kader van de advisering. De relatie heeft dus zowel betrekking op de officiële rapportage als op het meer informele overleg in het netwerk van contacten.

De betreffende vragen die zijn gesteld, vallen binnen de onderwerpen "extern overleg" en "advisering"; de resultaten zijn resp. in paragraaf 3.4 en 3.5 te vinden.

fase 3: het beslissen over de maatregelen en de uitvoering

In deze fase wordt in de cliëntorganisatie beslist over de te nemen maatregelen en over de uitvoering ervan. De rol van de BGD kan in deze fase uiteenlopen van niet-betrokken-zijn tot meebeslissen. Aan deze fase is aandacht besteed door te vragen naar de invloed van de verschillende betrokken partijen op het oplossen van BGZ-problematiek. Deze vraag is geschaard onder het onderwerp "sturing door de cliëntorganisatie" van de BGD (zie ook fase 6).

fase 4: het uitvoeren van de maatregelen

Een vierde fase is het uitvoeren van de maatregelen waartoe in de organisatie is besloten. De rol van de BGD is hier in het algemeen miniem. Behalve als het om maatregelen gaat die het werkterrein van de BGD zelf betreffen, zal de BGD ze niet zelf uitvoeren. Voor het al of niet uitvoeren van maatregelen is het belangrijk hoe groot de inzet van de cliëntorganisatie in het BGZ-beleid is. De betrokkenheid van alle geledingen bij het beleid maakt deel uit van het onderwerp "BGZ-beleid van de cliëntorganisatie" (zie voor resultaten par. 3.7).

fase 5: het toetsen of evalueren van effecten

In fase 5 worden de effecten van de genomen maatregelen gewogen.

Hoewel effecten vaak moeilijk vast te stellen zijn en de partijen in het bedrijf de effecten van het beleid vaak niet systematisch wegen, is wel te verwachten dat de betrokken partijen meningen over het succes van het beleid zullen hebben. In dit onderzoek wordt aan deze fase aandacht besteed door het BGZ-team te vragen in hoeverre hun adviezen zijn opgevolgd en in hoeverre de maatregelen tegemoet komen aan hun doeleinden. Daarbij is onderscheid gemaakt in adviezen aan individuele werknemers en in adviezen aan het bedrijf. In het bijzonder is ingegaan op twee belangrijke typen adviezen: het vanuit bedrijfsgezondheidskundig oogpunt meest belangrijke advies en het voor het bedrijf meest ingrijpende advies. Er is ook een vraag toegevoegd over de globale doeltreffendheid van de BGZ in de cliëntorganisatie.

Deze vragen vallen binnen het onderwerp "resultaat van advisering"; de resultaten zijn te vinden in paragraaf 3.6.

fase 6: het (bij)sturen van het beleid

Er zijn twee vormen van (bij)sturing onderscheiden. De activiteiten van het BGZ-team worden enerzijds bijgestuurd op grond van conclusies die het team zelf trekt naar aanleiding van de effecten van het beleid. Deze vorm van sturing wordt hier "sturing door de teams zelf" genoemd (resultaten in par 3.3). Anderzijds kunnen ook de partijen in de cliëntorganisatie de activiteiten en de werkwijze van de BGD beïnvloeden, hier "sturing door de cliëntorganisatie" genoemd (resultaten in par. 3.8).

2.3 De oordelen over de activiteiten

Voor het formuleren van de interviewvragen waarop de teams hun oordeel over hun eigen activiteiten konden geven, zijn evaluatiedimensies gebruikt uit onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit van bestuur en beleid (Grünwald-Schindl & Kraan-Jetten, 1985; Van Doorn, 1980). De evaluatiedimensies zijn bepalend geweest voor het soort vragen, dat is gesteld over iedere fase uit de hiervoor geschetste beleidscyclus.

Over de BGZ-activiteiten zijn als belangrijkste evaluatieve vragen gesteld:

- welk percentage van de in aanmerking komende werknemers wordt bereikt (onderzocht, begeleid e.d.).
- worden de juiste categorieën personeel bereikt gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf?
- worden er via deze activiteit knelpunten in werk en gezondheid opgespoord die nog niet bekend waren?
- is er voldoende tijd te besteden aan de activiteiten?
- moet er meer/evenveel/minder tijd aan de activiteiten besteed worden?

De gegevens zijn verzameld door beroepsbeoefenaren te interviewen met behulp van een uitgebreide vragenlijst.

Een deel van de feitelijke gegevens over de gepleegde activiteiten is verzameld door, voorafgaande aan het interview, een schriftelijke vragenlijst toe te sturen. Tevens is de "Verzamellijst Tijdsbesteding" toegezonden, waarop de tijdsbesteding-gegevens over de belangrijkste BGZ activiteiten konden worden geschreven. Dit had tot doel de interviewtijd te beperken en de respondenten de gelegenheid te geven één en ander voor te bereiden.

Voor de complete interviewlijst wordt verwezen naar het oorspronkelijke rapport (Draaisma et al., 1991).

2.4 De gewenste steekproef

Het was de bedoeling de zorgsituaties zo gelijkmatig mogelijk te spreiden over vier criteria:

- type bedrijfsgezondheidsdienst (gezamenlijk, enkelvoudig en overheid);
- type cliëntorganisatie (industriële en dienstverlenend)*;
- personeelsomvang van de cliëntorganisatie (35-99, 100-499 en 500+);
- wel of geen verzekeringsgeneeskundige taken wat betreft ziekteverzuim;

* in de categorie industrieel vallen ook overheidsbedrijven of instellingen waar handmatige en/of fysieke arbeid wordt verricht, zoals een reinigingsbedrijf; in de categorie dienstverlenend vallen vooral organisaties met administratief werk; omdat voor bouwbedrijven, onderwijsinstellingen en WSW-bedrijven een afwijkend of experimenteel beleid mbt. BGZ bestaat, werden zij uitgesloten.

Vooraf stond vast dat een gelijkmatige spreiding over alle vier kenmerken niet zou lukken, doordat bij overheden de VG-taak bijna altijd bij de bedrijfsarts ligt.

Voordat de steekproef van BGZ-teams kon worden getrokken, is eerst vanuit verschillende bronnen een overzicht samengesteld van de populatie van BGD-en, verzorgde cliëntorganisaties en werknemers (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 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 | -en resp. afdelingen BGZ | verzorgde cliëntorganisaties | verzorgde werknemers |
|--|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| gezamenlijk, particulier* | 49 | 4.000 | 950.000 |
| enkelvoudig, particulier* | 70 | 155 | 525.000 |
| overheid (w.o. afdelingen BGZ van BaGD-en)* | 66 | 3.300 | 550.000 |
| alle | 185 | 7.455 | 2.025.000 |

* de diensten hebben veelal meer dan één vestiging

Hieruit bleek onder meer dat de verzorgingsgraad van de werkende bevolking ongeveer een derde was en niet de 40% waarover vaak gesproken wordt.

Naar aanleiding van de gegevens bleek het verder nodig te zijn rekening te houden met de omvang van de populatie die door de BGD-en wordt verzorgd. Sommige BGD-en hebben namelijk vergeleken met andere zeer grote zorgpopulaties. Al met al is een steekproef nagestreefd zoals tabel 2.2 weergeeft.

Tabel 2.2 De gewenste samenstelling van de steekproef

| type BGD | aantal | |
|----------------------------|--------|---------------------|
| | BGD-en | cliëntorganisaties* |
| gezamenlijk, particulier** | 12 | 18*** |
| enkelvoudig, particulier** | 18 | 18 |
| overheid | 12 | 15 |
| totaal | 42 | 51 |

* gelijkmatig te spreiden over industrie en dienstverlening en over drie grootteklassen (35-99 werknemers, 100-499, 500 en meer)

** gelijkmatig te spreiden over wel resp. geen VG-taken t.a.v. de Ziektewet.

*** incl. de deelname uit 6 gezamenlijke BGD-en, die ook VG-taken t.a.v. de Ziektewet uitvoeren, van één bedrijf met en van één bedrijf zonder deze taken

2.5 De benadering en deelname van de BGD-en en BGZ-teams

Voorafgaand aan de eigenlijke benadering is eerst een voorlichtings- en overlegronde gehouden met een aantal koepelorganisaties van BGD-en om de deelname aan het onderzoek te bevorderen. Het betrof het Landelijk Overleg van Directeuren van Gezamenlijke Diensten uit de Federatie van Gezamenlijke BGD-en, de Vereniging van Enkelvoudige Diensten in oprichting, de hoofden van diensten van banken, verzekeringsmaatschappijen en administratiekantoren (de "Club 25") en de Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten. Het overleg leidde tot een oproep van deze organisaties aan hun aangesloten diensten om aan het onderzoek deel te nemen. Verder bleken enkele koepels ook positief te staan tegenover het, in 1991 gestarte, deelonderzoek onder de ontvangers van de geleverde BGZ.

De steekproef is in twee stappen getrokken. Eerst zijn de BGD-en gekozen. Daarna is aan de geselecteerde BGD-en gevraagd aan het onderzoek mee te werken. Na instemming stuurde de BGD een lijst van aangesloten bedrijven of instellingen. De onderzoekers deden daaruit op basis van de aard van het bedrijf en van het aantal werknemers een keuze. Als er daarna nog uit twee of meer bedrijven kon worden gekozen, is dat volgens toeval gebeurd. Vervolgens werden er afspraken gemaakt voor de interviews met het betreffende BGZ-team.

Om tot de gewenste aantal van tweeënveertig diensten te kunnen komen, moesten zevenenveertig diensten worden benaderd, dus vijf BGD-en weigerden aan het onderzoek deel te nemen. Van de weigeringen zijn er bij elk van de drie typen BGD één of twee voorgekomen. Redenen om niet deel te nemen waren overbelasting en reorganisatie; driemaal werd geen reden gegeven.

De keuze van de cliëntorganisaties voor het onderzoek bij de BGD-en verliep zonder problemen. Wel bestond bij sommige BGD-en de neiging de keuze van de onderzoekers bij te sturen naar een bedrijfs onderdeel dat bedrijfsgezondheidskundig meer problemen omvatte en daarom interessanter zou zijn.

De benadering nam veel tijd in beslag. Van het eerste contact 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.

2.6 De feitelijke steekproef

De feitelijke steekproef voldeed uiteindelijk bijna geheel aan de wensen vooraf. De verdeling van de cliëntorganisaties over de typen BGD-en, typen cliëntorganisaties en al of niet VG-taak voldeed geheel. Wat betreft een criterium, de grootte van de cliëntorganisaties, zijn de kleine zorgsituaties (35 t/m 99 werknemers) iets ondervertegenwoordigd. Het was namelijk bij enkelvoudige diensten soms niet mogelijk kleine cliëntorganisaties te vinden, doordat voor de zorgverlening bepaalde kleine bedrijfsonderdelen niet als afzonderlijke eenheden werden onderscheiden, terwijl ze voor het overige wel aan de steekproefcriteria voldeden. Dit heeft er toe geleid dat in de categorie enkelvoudige diensten de kleine zorgsituaties (35 tot 99 werknemers) met VG-taak enigszins ondervertegenwoordigd zijn.

Uiteindelijk hebben de interviews plaatsgevonden met de beroepsbeoefenaren in 51 zorgsituaties met een verdeling over de steekproefcriteria zoals aangegeven in tabel 2.3.

Tabel 2.3 Verdeling van de 51 zorgsituaties over de 4 steekproefcriteria

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

Benadrukt moet worden dat de antwoorden niet alleen afkomstig zijn van bedrijfsartsen. De BGZ-teams omvatten namelijk vaak ook een bedrijfsverpleegkundige en of een arbeidshygiënist en ieder van hen is in het algemeen over het eigen werkterrein geïnterviewd.

3. RESULTATEN: DE ACTIVITEITEN EN DE OORDELEN

3.1 Inleiding

Bij de bespreking van de resultaten in dit hoofdstuk wordt het onderscheid gevolgd in de onderwerpen die in paragraaf 2.2 zijn onderscheiden:

1. bedrijfsgezondheidskundige activiteiten;
2. sturing van de activiteiten door de teams zelf
3. extern overleg met de betrokkenen;
4. advisering aan de betrokkenen;
5. resultaat van advisering;
6. BGZ-beleid van de cliëntorganisatie;
7. sturing van de activiteiten door de cliëntorganisaties
8. de doeleinden en maatstaven voor effectiviteit

In het oorspronkelijke rapport (Draaisma et al., 1991) zijn deze uitkomsten per onderwerp voor elk van de zes volgende kenmerken van de BGZ-teams en de cliëntorganisaties gedetailleerd weergegeven:

a. drie m.b.t. de BGD en het BGZ-team:

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

b. drie m.b.t. de cliëntorganisatie:

- *aard van het werk*: industrie of dienstverlening;
- *grootteklasse*: 35-99; 100-499; 500+ werknemers;
- *financieel-economische positie*: goed; matig; slecht.

Verder zijn in het oorspronkelijke rapport de resultaten beschreven van analyses met enkele samengestelde kenmerken van het zorgverleningsproces die als "kandidaat-kwaliteitscriteria" te beschouwen zijn.

3.2 De BGZ-activiteiten

De BGZ-teams voeren zoals te verwachten was niet allemaal alle onderscheiden activiteiten uit.

In vrijwel alle onderzochte zorgsituaties (meer dan 90%) wordt aan aanstellingsonderzoek, spreekuur, werkplekbezoek en begeleiding van lang verzuim (incl. reïntegratie) gedaan. Iets minder, circa 80%, doet aan begeleiding van kort verzuim en arbeidshygiënisch/ergonomisch onderzoek. Van de overige activiteiten wordt EHBO vaak niet door de teams zelf uitgevoerd. GPO, PBGO, APO en GVO, komen in één tot tweederde van de zorgsituaties voor. Als er aan PBGO wordt gedaan, is dit in ruim 80% van de gevallen met gebruik van groepsgegevens.

De feitelijk aan de activiteiten bestede tijd bleek in zeer veel gevallen niet achterhaald te kunnen worden, meestal door ontbreken van een tijdschrijfsysteem; waar er wel een systeem bestond, werd in enkele gevallen een andere indeling gevolgd dan voor het onderzoek werd gevraagd. Hoewel vaak niet erg betrouwbaar kon van iets meer dan de helft van de teams een globale schatting van de bestede tijd per activiteit verkregen worden. Het beeld is als volgt:

- begeleiding van lang en frequent verzuim samen kost de meeste tijd, ongeveer een derde van het totaal; de antwoorden lopen uiteen van 1 tot ongeveer 80% van de tijd van het BGZ-team besteed aan de cliëntorganisatie;
- werkplekonderzoek en -bezoek nemen samen ongeveer 25% met een spreiding tussen ongeveer 15% en 60%;
- PBGO of APO (per situatie komt bijna altijd of de ene of de ander vorm voor) nemen rond 15% met een spreiding van 0 tot ongeveer 60%;
- spreekuur (anders dan verzuimbegeleiding) en GPO kosten elk ongeveer 10% met een spreiding van ongeveer 0 tot rond 35%;
- aanstellingskeuringen en -onderzoek, EHBO en GVO nemen elk ongeveer 5% met een spreiding van enkele procenten tot ongeveer 15%;
- overleg (vaak onderdeel van andere activiteiten) kost ca 10% tussen enkele tot enkele tientallen procenten.

De spreiding is groot en de betrouwbaarheid van de schattingen staat niet vast, dus de schattingen zijn zeer globaal.

3.3 Sturing van de BGZ-activiteiten door de teams zelf

Wat betreft elk van de activiteiten die de teams uitvoeren, werd een oordeel gevraagd over:

- de **gewenste** tijdsbesteding,
- het bereiken van de juiste categorieën personeel gezien de gezondheidsrisico's in het bedrijf, en
- de mate waarin een activiteit bijdraagt tot inzicht in knelpunten in de relatie arbeid en gezondheid.

Bijna tweederde van de respondenten vindt dat aan het **totaal van de activiteiten meer tijd** besteed zou moeten worden, bijna eenderde spreekt over evenveel en vrijwel niemand (4%) over minder tijd. Uiteraard lopen de meningen over de verschillende activiteiten uiteen.

Wat betreft de activiteiten die **meer** aandacht en tijd nodig hebben, springen vooral de activiteiten gericht op primaire preventie (nl. PBGO, werkplekonderzoek en -bezoek, en GVO) in het oog. De helft tot tweederde van de respondenten vindt dat hieraan meer gedaan moet worden, ook als zij deze activiteiten feitelijk wel al uitvoeren. De vraag rijst dan ook, waarom men deze activiteiten nog niet uitvoert in de mate die men zelf voldoende vindt.

De meeste teams zijn verder van oordeel dat met deze meer preventief gerichte activiteiten, gezien de bestaande gezondheidsrisico's, de juiste categorieën werknemers worden bereikt en dat ze inzicht geven in de knelpunten in de relatie werk en gezondheid, die eerder nog niet bekend waren.

Aan de andere kant springen twee activiteiten eruit als het gaat om **minder** tijd en aandacht. Ongeveer een kwart van de teams zou minder tijd aan aanstellingskeuringen of -onderzoek en het Algemeen Periodiek Onderzoek willen besteden. Dit zijn ook de activiteiten (overigens samen met begeleiding van frequent kort verzuim) die relatief vaak geen goede signaleringsinstrumenten worden gevonden als het gaat om het bereiken van de juiste categorieën personeel en het signaleren van nieuwe knelpunten.

De andere activiteiten scoren wat evenwichtiger.

Iets minder dan een derde van de teams vindt dat er meer gedaan moet worden aan resp. verzuimbegeleiding (lang verzuim en frequent kort), spreekuur en overleg, terwijl dit van bijna tweederde noch meer noch minder hoeft. Slechts weinigen willen hiervoor minder tijd inruimen. Opvallend is dat dit ook geldt voor begeleiding van frequent-kortverzuimers, hoewel men het vaak een minder goed signaleringsinstrument vindt.

Verder is vermeldenswaard dat de opgegeven percentages werknemers die het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur bezoeken, sterk uiteenlopen.

Tot slot van deze paragraaf enige gegevens over reacties die de teams bij de cliënt ervaren op twee van hun activiteiten.

Wat reïntegratie van arbeidsongeschikte medewerkers aangaat, ontmoet tweederde van de respondenten belemmeringen aan de kant van de cliëntorganisatie en een kwart noemt reïntegratie zelfs nauwelijks mogelijk. Gezien de huidige belangstelling voor reïntegratie zou dit gegeven nader onderzocht moeten worden. Over begeleiding van verzuim is gevraagd of dit het vertrouwen van de werknemers schaadt. Rond 70% van de respondenten vindt de begeleiding van langverzuimers niet ten koste gaan van de vertrouwenspositie ten opzichte van de werknemers en 30% dus wel. Een meerderheid (60%) vindt dat het begeleiden van kort frequent verzuim de vertrouwenspositie van de BGD wèl schaadt. Het wel of niet hebben van de VG-taak maakt geen significant verschil uit.

3.4 Het externe overleg met de betrokkenen

Binnen het onderwerp "extern overleg met de betrokkenen" is wat dieper ingegaan op het langdurig verzuim, omdat dit qua tijdsbesteding centraal lijkt te staan in de BGZ-activiteiten.

Wat betreft het langdurig verzuim onderhouden de verschillende BGZ-teams zeer uiteenlopende overlegpatronen. Als overlegpartner worden PZ en lijnchefs genoemd en in mindere mate het bedrijfsmaatschappelijk werk; directie en OR of VGW-cie noemt men vrijwel niet, wat voor de hand ligt. Meestal (75%) wordt het overleg gevoerd in een Sociaal-Medisch Team (SMT). Het SMT bespreekt behalve individueel verzuim, ook opvallend vaak (40%) algemene BGZ-beleidszaken.

In het kader van de activiteiten rondom verzuimers is ook gevraagd naar contact met collega-artsen buiten de BGD. De samenwerking met verzekeringsgeneeskundigen en de informatievoorziening uit de behandelende sector, huisarts of specialist, vindt weliswaar bijna altijd plaats op initiatief van de BGD, maar wordt gunstig beoordeeld.

Wat betreft "overleg in het algemeen" lopen de frequenties van de contacten ook zeer uiteen. Sommige BGZ-teams overleggen wekelijks met PZ, andere enkele malen per jaar, met een gemiddelde van eenmaal per twee weken. Overleg met de directie van de cliëntorganisatie vindt gemiddeld ongeveer maandelijks plaats. Gevraagd naar gewenste verbeteringen in de contacten, wordt het contact met de directie en het kader door ongeveer 10% van de teams genoemd; het contact met OR of VGW-commissie wordt vaker voor verbetering vatbaar gevonden (25%).

3.5 Advisering aan de cliëntorganisatie

Binnen het onderwerp "advisering aan de cliëntorganisatie" is geen apart aandacht besteed aan de wijze waarop adviezen aan individuele werknemers gegeven worden; dat ze gegeven worden is natuurlijk duidelijk. De vragen in de interviews gingen alleen over advisering aan de andere betrokkenen in het kader van het beleid van de organisatie. Er is eerst een aantal vragen gesteld over aan wie wordt gerapporteerd en geadviseerd, en over de wijze waarop dit gebeurt. Daarna volgden vragen toegespitst op de ervaringen met het advies dat voor het bedrijf de meest ingrijpende gevolgen had, en met het advies dat vanuit het oogpunt van de BGZ het belangrijkste was (hierna wordt steeds gesproken van "meest ingrijpend" en "meest belangrijk").

De helft van de respondenten zegt altijd schriftelijk te rapporteren.

Rapportage vindt in een meerderheid van de gevallen plaats aan het adres van de directie (75%) en PZ (61%). Een minderheid van het kader (25%) en OR of VGW-commissie (36%) ontvangen rapportages. Adviezen gaan in bijna driekwart van de gevallen naar de directie; ongeveer de helft van de drie andere geadresseerden ontvangt ze rechtstreeks.

In tweederde van de gevallen worden adviezen in concept voorbesproken; dit gebeurt bijna even vaak met directie als met kader als met PZ (rond 40%); met OR of VGW-cie in minder dan 10% van de gevallen.

Besprekingen over het definitieve advies vinden meer gelijk verdeeld plaats: directie, kader en PZ voorop (circa 50%), OR of VGW-commissie daarachter (circa 35%).

Gevraagd naar de mate waarin men rekening houdt met de haalbaarheid van het advies voor het bedrijf, antwoordt van de BGZ-teams 39% "sterk" of "geheel", 46% "matig" en 15% "niet".

Als het gaat om de effecten die de teams nastreven op een schaal lopend van "minder dan wat minimaal noodzakelijk is" via "wat minimaal noodzakelijk is" tot "wat maximaal denkbaar is", dan scoren de meeste teams (53%) op de schaalwaarde "tussen minimaal voldoende en maximaal denkbaar".

Een grote meerderheid van de BGZ-teams is van mening dat overeenstemming bestaat met directie of OR (beide 81%) over het doel van het "meest ingrijpende" advies. Voor het "meest belangrijke" advies ligt dit nog hoger (87% resp. 97%). Ongeveer even grote overeenstemming bestaat er met PZ en de OR over de risicogroepen in de organisatie (85 resp. 90%); met de directie is hierover iets minder vaak overeenstemming (71%).

3.6 Het resultaat van advisering

De mate waarin adviezen door individuele werknemers worden opgevolgd, wordt niet erg hoog ingeschat; tweederde zegt "voor een groot deel", de rest zegt "voor een klein deel".

Over het resultaat van de adviezen aan het bedrijf zijn de respondenten positiever; rond driekwart zegt "groot deel" en rond 10% "geheel". Nog positiever is men over de afloop van het "meest ingrijpende" en het "meest belangrijke" advies; rond de helft scoort op de hoogste schaalwaarde "maximaal opgevolgd". Hierbij moet echter aangetekend worden dat bijna een derde van de teams uit de adviezen niet een "meest ingrijpend" of een "meest belangrijk" advies kon kiezen.

Al met al oordeelt slechts 10 tot 20% van de respondenten negatief over de resultaten van hun adviezen aan het bedrijf. Ruim driekwart van de respondenten vindt de BGZ in de organisatie dan ook doeltreffend of vrij doeltreffend; de rest oordeelt: niet zo doeltreffend.

3.7 Het BGZ-beleid van de cliëntorganisatie

De vragen rondom het onderwerp "BGZ-beleid van de cliëntorganisatie" gingen over de betrokkenheid van de geledingen in de organisatie bij het gezondheidsbeleid en over de kwaliteit van het beleid in de cliëntorganisatie.

Het meest valt op dat de respondenten niet goed te spreken zijn over de betrokkenheid van de organisatie bij het gezondheidsbeleid. Rond de helft heeft een ronduit negatief oordeel over de betrokkenheid van de directie, het kader, OR of VGW-cie en de individuele werknemers. Over PZ is men wat milder (30%ervaart te weinig betrokkenheid).

Positiever is het antwoord als het gaat om de kwaliteit van de aandacht die er in de organisatie bestaat voor de gezondheid van de werknemers; driekwart zegt goed (22%) of voldoende (54%); toch vindt dus een vrij omvangrijke rest de kwaliteit onvoldoende (20%) of slecht (4%). (Ongeveer hetzelfde beeld geldt voor één specifiek punt van beleid: 80% vindt de aandacht voor reïntegratie van arbeidsongeschikten voldoende.)

Als het gaat om het stellen van de juiste prioriteiten in het beleid door de cliëntorganisatie in de ogen van de beroepsbeoefenaren, dan is de verdeling van de meer positief en meer negatief getinte antwoorden ongeveer hetzelfde. Op de vraag naar het stellen van de juiste prioriteiten zegt 23% "ja" of "min of meer" (43%); 22 % zegt "enigszins" en 12% "nee".

Blijkbaar werkt zo ongeveer een kwart van de teams binnen het kader van een beleid (van hun cliëntorganisatie) dat volgens hen niet door de beugel kan.

In paragraaf 5.2, wordt in de beschouwing over de relatie tussen het BGZ-team en de cliëntorganisatie teruggekomen op deze bevinding.

3.8 De sturing van de BGD-activiteiten door de cliëntorganisatie

Wat betreft het onderwerp "sturing van de BGD-activiteiten door de cliëntorganisatie" zijn vragen gesteld over de invloed die de organisatie uitoefent op de activiteiten van het BGZ-team, over het contract tussen BGD en bedrijf, het jaarverslag en het jaarplan, en over de maatstaven die in het bedrijf worden aangelegd ter beoordeling van de geboden bedrijfsgezondheidszorg.

Wat de betreft de globale randvoorwaarden waaronder de teams werken het volgende.

In iets meer dan de helft van de zorgsituaties bestaat een contract over de zorg; als de cliënt wensen had (60% daarvan) dan was daaraan meestal (82% van de gevallen) tegemoet gekomen. Met ander woorden, als er een contract is, behelst dit in ongeveer de helft van de gevallen een standaardpakket.

In een kleine meerderheid (61%) van de cliëntorganisaties wordt geen jaarplan voor BGZ gemaakt; een kleine minderheid (29%) van de BGZ-teams maakt geen apart jaarverslag voor de cliëntorganisatie.

De vragen over de meer rechtstreekse beïnvloeding van de activiteiten van de teams door de cliëntorganisatie leverden het volgende op.

De meeste teams schrijven zichzelf van alle geledingen in het bedrijf de meeste invloed toe op de prioriteiten in het onderzoek dat zijzelf in het bedrijf verrichten. Daarna volgt de directie. Als het om de oplossing van BGZ-problemen gaat, is de volgorde andersom. In beide gevallen wordt de OR of VGW-commissie een minder belangrijke rol toegeschreven.

Ten aanzien van twee concrete zaken is gevraagd of de cliëntorganisatie de teams inschakelt.

In grote meerderheid schakelen de bedrijven de bedrijfsarts in als zij onterecht langdurig verzuim of te frequent verzuim vermoeden. In het geval van belangrijke veranderingen in het bedrijf (investeringen of veranderingen in de organisatie van het werk) vindt tweederde van de teams dat zij nooit, of niet vaak genoeg, voor advies worden ingeschakeld. Als advisering op dit gebied opgevat wordt als een voorbeeld van preventief werken in optima forma, dan is er kennelijk nogal wat ruimte voor verbetering.

Over de tijdsbesteding van de BGD bestaan volgens bijna de helft van de teams in de cliëntorganisatie **geen wensen**.

Als de teams **wel** wensen ervaren, dan zouden die bij directie en kader vooral uitgaan naar meer aandacht voor de verzuimbeheersing. De werknemers en OR/VGW-commissie zouden vooral meer tijd voor de beheersing van de werkomstandigheden wensen. Dit is op zich niet verrassend. De maatstaven die de teams de betrokkenen partijen bij het BGZ-beleid toeschrijven, sluiten hierbij in grote mate aan. De beroepsbeoefenaren noemen vooral het verzuim als maatstaf van de directie, PZ en kader; werkomstandigheden spelen als maatstaf voor die partijen een minder voorname rol. Werknemers en OR/VGW-commissie zouden verzuim nooit als maatstaf hebben, maar uitsluitend de werkomstandigheden.

Blijkbaar zijn de wensen van werknemers- en van werkgeverskant soms tegengesteld. In dit deelonderzoek is nog niet nader uitgezocht hoe uitgesproken deze wensen in de cliëntorganisatie zijn en hoe de teams ermee omgaan. Wel lijkt het duidelijk dat hier een onderwerp ligt, waarover de teams met de betrokken partijen een discussie zouden kunnen aangaan, hetgeen de betrokkenheid mede ten goede zou kunnen komen. Dat de teams aarzelend tegenover die discussie zouden kunnen staan, lijkt nogal voor de hand te liggen; zij stellen hun eigen positie ermee natuurlijk ook in zekere mate ter discussie.

Bij het uitbrengen van het belangrijkste advies in professioneel opzicht of het meest ingrijpende advies voor het bedrijf, stuit men vaak (rond 30%) op de grenzen van wat in het bedrijf kan, of overschrijdt men die grenzen (rond 20%). Overigens heeft een kwart tot een derde van de zorgverleners geen inzicht in die grenzen. Ook op dit punt zou een gesprek tussen de partijen mogelijk verhelderend kunnen werken.

3.9 Doeleinden en maatstaven

Tot slot van dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de doeleinden en de maatstaven die de beroepsbeoefenaren aanleggen om de bedrijfsgezondheidszorg inhoud te geven en te evalueren. Zoals bekend hebben de taken van de bedrijfsgezondheidsdienst tot doel het beschermen en bevorderen van de gezondheid in relatie tot het werk. Deze taakstelling is zo globaal dat het onmogelijk is om te beoordelen of deze doelstelling gehaald wordt.

Globale doeleinden zijn ook bijna altijd in de interviews genoemd op de vragen naar de doeleinden die men voor de verschillende activiteiten hanteert; enkele keren ging het om een concrete getalsmaat zoals een MAC-waarde*. Slechts één organisatie kende een concreet streefgetal voor het verzuim. Doelen voor de BGZ zijn dus zelden concreet gesteld.

Een andere vraag was gericht op de maatstaven die de BGZ-teams aanleggen om te beoordelen of de doeleinden van het BGZ-beleid worden bereikt.

Om een ordening in de antwoorden te kunnen aanbrengen is vanuit de gedachtengang van de beleidscyclus (zie paragraaf 2.1) een onderscheid gemaakt in proces-, output-, en effect- of outcome-maatstaven.

Procesmaatstaven zijn die maatstaven die te maken hebben met de wijze waarop het BGZ-beleid tot stand komt, dus de wijze waarop het team zijn activiteiten uitvoert, overleg pleegt, rapporteert en adviseert, en wordt bijgestuurd of beïnvloed door de cliëntorganisatie. Outputmaatstaven hebben betrekking op de mate waarin de adviezen van het team in maatregelen worden omgezet. Effectmaatstaven, tenslotte, handelen over het effect dat de zorg uiteindelijk heeft, met als voornaamste aspect, het behoud van gezondheid.

Ruim de helft van de genoemde maatstaven viel in de categorie effectmaatstaven. Ze hebben meestal een zeer globaal karakter. Als men al concrete maatstaven noemt, gaat het vrijwel steeds om de werkomstandigheden en de daarvoor geldende normen.

Een derde van de maatstaven had betrekking op het proces en meestal in het bijzonder op sturing door de cliëntorganisatie. Blijkbaar toetsen de betreffende teams hun bijdrage aan het beleid vooral door deze aan het oordeel van de cliëntorganisatie te onderwerpen.

Opvallend afwezig zijn procesmaatstaven die betrekking hebben op de activiteiten, zoals het aantal keuringen of werkplekonderzoeken, of op advisering, zoals het aantal uitgebrachte rapporten of adviezen. Blijkbaar zien de BGZ-teams deze zaken niet als maatstaf, of spreekt het vanzelf dat ze daar voldoende aan doen.

Al met al ligt bij de teams wat betreft de maatstaven voor het BGZ-beleid de nadruk op globale effectcriteria; daarnaast vooral op het oordeel van de zorgontvangers over de bijdrage van het team aan het BGZ-beleid.

* MAC staat voor de Maximaal Aanvaarde Concentratie van een schadelijke stof in het werkmilieu; sommige van deze normen zijn wettelijk verplicht.

4. RESULTATEN: SUGGESTIES VOOR BETERE WERKWIJZEN; DE BELANGRIJKSTE KNELPUNTEN EN PLUSPUNTEN IN DE ZORG

4.1 Suggesties voor betere werkwijzen

In de interviews werd voor elke activiteit gepeild naar suggesties ter verbetering van de bestaande werkwijze door het team. Tabel 4.1 laat zien hoe vaak er opmerkingen en suggesties over de onderscheiden activiteiten zijn gemaakt. Alleen de meest gemaakte opmerkingen worden hier besproken.

EHBO gaf geen aanleiding tot opmerkingen.

Tabel 4.1 Percentages respondenten met opmerkingen en suggesties over de activiteiten die zij uitvoeren

| activiteit | percentage respondenten met opmerkingen/suggesties |
|-----------------------------------|--|
| aanstellingskeuring | 61% |
| begeleiding langdurig verzuim | 51% |
| reïntegratie | 20% |
| begeleiding frequent kort verzuim | 61% |
| spreekuur | 29% |
| PBGO | 41% |
| APO | 49% |
| GPO | 25% |
| arb.hygiëne/erg. onderzoek | 41% |
| werkplekbezoek | 25% |
| GVO | 39% |

De aanstellingskeuring

Rond 60% van de teams heeft suggesties gegeven over de aanstellingskeuring. Deze hebben zowel betrekking op de doelstelling van de aanstellingskeuring (11x) als op de inhoud ervan (15x). Wat betreft de doelstelling zou er meer functie- of risicogericht gekeurd moeten worden. Wat betreft de inhoud van de aanstellingskeuring: soms vindt men alleen een anamnese nodig, sommigen vinden dat de biometrie achterwege kan blijven, volgens anderen zou een psychologisch onderzoek toegevoegd moeten worden en zou standaardisatie nodig zijn.

Begeleiding van langdurig verzuimers

Over begeleiding van langdurig verzuim gaf 51% van de teams suggesties. De opmerkingen die gemaakt zijn over deze activiteit lopen sterk uiteen.

De discussie over het wel of niet combineren van de bedrijfsartsentaak en de verzekeringsgeneeskundige taak doemt ook in dit onderzoek op. Door 4 teams wordt dit punt in uiteenlopende mate genoemd: van niet combineren tot het uitsluitend verhelderen van de taken.

Verder zijn er vijf opmerkingen over het overlegpatroon met de VG en de behandelende sector: het contact kan verbeterd worden.

Tot slot worden suggesties gedaan over de rol van het bedrijf bij verzuim (8x). De opmerkingen hebben betrekking op betere registratie, meer aandacht voor de problematiek en verbetering van het contact tussen het bedrijf en de zieke werknemer.

Reïntegratie van blijvend gedeeltelijk arbeidsongeschikten

Over de reïntegratie van blijvend gedeeltelijk arbeidsongeschikten is door 20% van de respondenten opmerkingen gemaakt.

De meeste opmerkingen gaan over het gebrek aan inzet voor reïntegratie van de kant van de cliëntorganisatie. Als oplossingen noemt men: telkens opnieuw aandacht voor reïntegratie bij het bedrijf vragen, passende functies in het bedrijf inventariseren en beter samenwerken met de GMD.

Begeleiding van frequent verzuimers

Ruim 60% van de teams gaf suggesties, die vooral betrekking hebben op de rol van de verschillende partijen bij het begeleiden.

De meeste suggesties (9x) gaan in de richting van versterking van de rol van de directie en het kader bij de begeleiding, en gelijktijdige verzwakking van de rol van de BGD; enkele andere suggesties (2x) hebben betrekking op een verduidelijking van de rol van de BGD.

Ook is de noodzaak van een betere registratie genoemd (4x).

Bedrijfsgezondheidskundig spreekuur

Bijna 30% van de zorgverleners gaf suggesties over het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur. Het te beperkte bezoek aan het spreekuur werd 7 maal genoemd en er werden nogal uiteenlopende oplossingen gesuggereerd: grotere vrijheid tot

spreekuurbezoek, meer bekendheid geven aan het spreekuur, de rol van de BA verduidelijken, het opvoeren van de spreekuurfrequentie, andere taken dan de VG-taak propageren vooral met betrekking tot arbeidsomstandigheden.

Periodiek Bedrijfsgezondheidskundig Onderzoek

Ruim 40% van de respondenten gaat in op het PBGO.

Sommigen bepleiten een lagere frequentie, anderen het groepsgewijs onderzoeken van werknemers in plaats van gespreid in de tijd, weer anderen het groepsgewijs onderzoeken in plaats van bedrijfsgewijs.

Verder werd twee keer opgemerkt dat het bedrijf meer met de uitkomsten van het PBGO zou moeten doen.

Algemeen Periodiek Onderzoek

Op het APO werd door bijna de helft van de teams gereageerd.

Vrijwel steeds gaat het om het beperkte nut van het APO en pleit men voor een ontwikkeling in de richting van het PBGO, omdat deze vorm van onderzoek meer gericht is op preventie in de arbeidssituatie.

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; 2 keer werd gesteld dat het GPO gekoppeld zou moeten worden aan werkplekonderzoek.

Arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek

Over het arbeidshygiënisch en ergonomisch onderzoek werden door ruim 40% van de betrokkenen opmerkingen gemaakt.

Ze gaan in de richting van vergroten van de capaciteit (in aantallen, meer disciplines of bijscholing van het personeel), systematiseren van de werkwijze bij onderzoek en meer betrekken van het bedrijf bij deze activiteiten, bijv. door het instellen van een VGW-commissie.

Werkplekbezoek

Ongeveer 25% van de respondenten is ingegaan op het werkplekbezoek. Vooral de noodzaak om het bezoek meer systematisch en frequenter uit te voeren, is genoemd.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) is door bijna 40% van de betrokkenen gereageerd.

Het gaat om twee groepen opmerkingen: de meeste opmerkingen (negen) gaan over het meer systematisch werken met betere middelen en het meer gericht zijn op doelgroepen, problemen en risico's; een kleiner aantal (vier) wijst op de noodzaak om meer tijd vrij te maken voor GVO.

Uit het bovenstaande zijn de volgende conclusies zijn te trekken.

In de concrete onderzochte situaties kunnen de activiteiten volgens de teams blijkbaar op vele fronten verbeterd worden, waarbij het systematischer en het meer preventief willen werken belangrijke aandachtspunten lijken te zijn. Ook voor anderen vormt de veelheid van suggesties een rijke verzameling van aanbevelingen voor verbeteringen in hun activiteiten. Als de suggesties in daden worden omgezet, mag duidelijk zijn dat het veld voorlopig sterk in beweging zal blijven.

4.2 De belangrijkste knelpunten en pluspunten

Aan de BGZ-teams is, nadat alle activiteiten waren besproken, gevraagd wat men de belangrijkste knelpunten en pluspunten vond in de zorgverlening aan de betreffende cliëntorganisatie. De antwoorden kunnen worden opgevat als referentiekader voor het afwegen van het belang van de gesuggereerde verbeteringen die in de vorige paragraaf zijn besproken.

Er werden vaker pluspunten dan knelpunten gerapporteerd. De antwoorden zijn achteraf ingedeeld naar een aantal onderwerpen. Alleen de antwoorden die meer dan twee keer voorkwamen, staan in tabel 4.2 vermeld.

Tabel 4.2 De belangrijkste pluspunten en knelpunten in de verleende zorg

| onderwerp | pluspunten | | knelpunten | |
|----------------------|----------------------------|-----|-------------------------------------|----|
| aard van de zorg | individuegerichtheid | 3x | moet meer preventiegericht | 3x |
| personele capaciteit | meerdere disciplines | 11x | tekort aan arbeidshygiëne | 9x |
| | ervaren/opgeleid personeel | 9x | onderbezetting in het algemeen | 7x |
| | samenwerking disciplines | 6x | tekort/ontbreken BVK | 7x |
| | arbeidshyg. deskundigheid | 5x | tekort aan adm. capaciteit | 2x |
| | | | tekort aan psycho-soc.kennis | 2x |
| middelen | goede onderz. apparatuur | 3x | tekort in automatisering | 4x |
| | goed geautomatiseerd | 2x | ontoereikende onderzoeks-apparatuur | 2x |
| activiteiten | combinatie BA- en VG-taak | 5x | | |
| | PBGO werkt positief | 3x | | |
| relaties | direct contact met wns. | 7x | ondeskundig in | |
| | goede acceptatie leiding | 4x | omgang met organisatie | 2x |
| | | | te ambtelijke cultuur | 2x |
| cliëntorganisatie | overzichtelijk bedrijf | 3x | | |
| | goed preventief beleid | 2x | | |

Het spreekt voor zich dat de afzonderlijke **activiteiten** niet zo vaak genoemd zijn, omdat deze bij de suggesties (zie de vorige paragraaf) al ruimschoots aan de orde kwamen. Wel brachten vrij veel teams het belang naar voren dat zij hechten aan de combinatie van de VG- en de BA-taak.

Wat de **aard van de zorg** betreft, benadrukt een aantal teams het belang van een individu-gerichte aanpak van de zorg. Enkele andere teams vinden het gebrek aan een preventiegerichte aanpak (zie paragraaf 3.3) een groot knelpunt.

De **personele capaciteit** is kennelijk over het geheel genomen in de huidige zorg het meest kritieke punt; die is namelijk naar samenstelling en kwaliteit door de teams verreweg het meest genoemd, zowel bij de knelpunten als bij de pluspunten. Voldoende ervaren en opgeleid personeel uit meerdere disciplines wordt zeer belangrijk gevonden. Het gaat in het bijzonder om arbeidshygiënische capaciteit en om bedrijfsverpleegkundigen. De behoefte aan een BVK wordt vooral door solistische bedrijfsartsen naar voren gebracht.

Er is dus een kennelijke behoefte om meer dan tot nu multidisciplinair te werken.

Wat de **materiële middelen** aangaat, is het belang van goede onderzoeksapparatuur en goede automatisering genoemd, zonder dat hier overigens concreet op is ingegaan.

De **relaties met de cliëntorganisatie** vormen het op een na meest genoemde onderwerp. Vrij velen wijzen op het belang van de directe contacten met werknemers en een goede acceptatie van de geleverde BGZ door de leiding. Een te ambtelijke cultuur in de cliëntorganisatie is voor enkele teams een belemmering. Ondeskundigheid in de omgang met organisaties wordt vrij weinig genoemd als grootste knelpunt genoemd. Dit is verrassend, omdat uiteenlopende oordelen over aspecten van de relatie met betrokkenen in het vorige hoofdstuk nogal negatief waren. In paragraaf 5.3 komt deze relatie in beschouwende zin uitvoerig aan de orde.

5. BESCHOUWING

5.1 Inleiding

De resultaten overziende, kan gesteld worden dat de vier onderzoeksvragen (paragraaf 2.1) beantwoord zijn. De activiteiten die de beroepsbeoefenaren uitvoeren (vraag 1) en de oordelen die zijzelf over hun eigen handelen hebben (vraag 2), zijn in hoofdstuk 3 aan de orde geweest. De positieve en negatieve punten die zij in hun werk ervaren (vraag 3) en de suggesties ter verbetering (vraag 4) kwamen in hoofdstuk 4 ter sprake.

Commentaar op de uitkomsten is soms ter plaatse gegeven, maar een meer systematische bespreking van de resultaten volgt in dit hoofdstuk.

Aan de orde worden gesteld:

- de BGZ-activiteiten (par. 5.2);
- de relaties van de BGD met de cliëntorganisatie (par. 5.3);
- de doeleinden en maatstaven voor de doeltreffendheid van BGZ (par. 5.4);
- een slotbeschouwing (par. 5.5)

5.2 De BGZ-activiteiten

Het is verleidelijk de tijdsbesteding volgens dit onderzoek te vergelijken met De Winter & Dijkstra (1984). De vergelijking moet echter achterwege blijven omdat deze op drie punten mank gaat. Ten eerste betrof het onderzoek van De Winter en Dijkstra een steekproef van bedrijfsartsen. Hier gaat het in de meeste gevallen niet om alleen bedrijfsartsen, maar om BGZ-teams inclusief bedrijfsverpleegkundigen of arbeidshygiënisten. Ten tweede is in het genoemde onderzoek aan de respondenten gevraagd of zij aan vijftien met name genoemde taken nooit, soms, tamelijk vaak of zeer vaak tijd besteden. Dit leverde een ranglijst op van de activiteiten naar bestede tijd, waarbij de auteurs zelf al aantekenden dat deze volgorde niet veel zegt over de tijd die de activiteiten in absolute zin nemen, zoals in dit onderzoek is geprobeerd vast te stellen. Ten derde bestaat het gebrek aan eenduidigheid van begrippen voor de uiteenlopende activiteiten, dat hen al parten speelde, nog steeds.

De **verzuimbegeleiding** is in bestede tijd de belangrijkste activiteit van een BGZ-team, en wordt wat betreft het langdurig verzuim door ieder team gedaan. De kritiek van werkgeverszijde dat de BGZ-teams zich onvoldoende met verzuim bezig houden, lijkt hiermee niet te rijmen. Mogelijk is de aandacht voor de begeleiding intussen toegenomen. Ook kan het zijn dat de aard van de aandacht niet tot tevredenheid stemt.

Verder valt het op dat de BGZ-teams met een combinatietaak (verzekerings- en bedrijfsgeneeskunde) weliswaar vaak vinden dat het vertrouwen van werknemers in de BGD geschaad wordt, maar zij zijn niet de enigen die dat vinden. Met combinatietaak gaat het om 60%, zonder om 40% van de gevallen.

Het **werkplekbezoek** krijgt vrij veel aandacht. Het gebeurt meer in industriële bedrijven, terwijl vooral BGZ-teams in niet-industriële bedrijven meer tijd wensen te hebben voor deze activiteit. Deze wens wordt ook meer gehoord bij eenvoudige diensten en bij overheidsdiensten.

Dit sluit aan bij de opvattingen van werknemers- en overheidskant, waarin ook meer aandacht voor de werkplek wenselijkheid geacht wordt (zie par. 2.1); de tweede fase van het onderzoek zal nadere informatie bieden over de meningen in de bedrijven zelf.

Er bestaan diverse vormen van **periodiek onderzoek** van werknemers, waarvan het PBGO door velen beschouwd wordt als een belangrijke peiler van BGZ. Volgens dit onderzoek lijkt het PBGO overigens ook nog steeds in opkomst te zijn, gezien de al hiervoor besproken wens APO te willen inwisselen voor PBGO. De vraag dringt zich daarom op of het PBGO feitelijk functioneert als een maatstaf voor goede BGZ. De conclusie moet zijn dat dit niet het geval is. Voor deze conclusie is een aantal redenen te geven.

In de eerste plaats is er volgens dit onderzoek nog steeds een gebrek aan eenduidigheid in de begrippen (vergelijk Van Putten & Oversloot, 1984). Dit geldt met name wat betreft het onderscheid tussen APO en PBGO; wat volgens de beide auteurs APO is, werd door sommige respondenten als PBGO betiteld. In de tweede plaats wordt het PBGO niet door iedereen volledig uitgevoerd; van de teams die het PBGO uitvoeren, verwerkt een vijfde deel de gegevens niet op groepsniveau, hoewel juist deze bewerking gezien wordt als een *conditio sine qua non* van het PBGO. In de derde plaats zijn door BGZ-teams twijfels geuit aan de

mate waarin het PBGO gericht is op risicosituaties, soms vergezeld van de wens PBGO voor GPO in te wisselen*. Tenslotte is het PBGO vrijwel niet als een maatstaf voor BGZ genoemd.

Over het **bedrijfsgeneeskundig spreekuur** rees tijdens de interviews een probleem. Afgrenzing met verzuimbegeleiding (die in de vorm van een verzuimspreekuur wordt gehouden) bleek vaak onmogelijk. Veel BGZ-teams waren niet in staat de tijd besteed aan beide onderwerpen uit elkaar te houden. De vraag is dan ook of de begrippen verzuimbegeleiding, verzuimspreekuur en bedrijfsgeneeskundig spreekuur in de praktijk niet dezelfde lading dekken. Met elkaar nemen deze drie activiteiten overigens de meeste tijd in beslag.

In het tweede deel van dit onderzoek onder de cliëntorganisaties zal onder meer de betekenis van het spreekuur naar het oordeel van de werknemers aan de orde zijn. Dit is van groot belang gezien de conclusie van Plomp (1985), dat een verschil in opvatting tussen de bedrijfsarts en de werknemer over de relatie tussen klachten en werkomstandigheden ten grondslag kan liggen aan geringe belangstelling voor het spreekuur.

De **aanstellingskeuring** wordt door nagenoeg alle BGZ-teams uitgevoerd; het neemt ongeveer vijf procent van de tijd in beslag. Er worden meermalen vraagtekens geplaatst bij deze activiteit; met name wordt de wens uitgesproken meer functiegericht te keuren en te komen tot meer protocollering en standaardisering. Wat betreft de inhoud worden voorstellen gedaan de hoeveelheid biometrische bepalingen te verminderen en psychologisch onderzoek toe te voegen.

Deze uitkomsten vormen een aanvulling op de reeks onderzoeken die recent over dit onderwerp zijn uitgevoerd (Lourijzen, De Kort en Dam, 1991). De conclusie uit die onderzoeken, namelijk dat getwijfeld kan worden aan de waarde van de aanstellingskeuring als selectiemiddel, wordt door de respondenten in dit onderzoek niet als belangrijk knelpunt naar voren gebracht. Wel kan dit oordeel op de achtergrond meegespeeld hebben bij de wens van de teams die minder tijd aan keuringen willen besteden.

* Hierbij moet overigens wel bedacht worden dat deze vormen van onderzoek andere doelen dienen; het PBGO is immers vooral een middel om gezondheidsproblemen in relatie tot het werk te op te sporen en het GPO om de gevolgen van bekende risico's te bewaken.

De GezondheidsVoorlichting- en Opvoeding (GVO), tenslotte, wordt door tweederde van de respondenten als een zelfstandige activiteit uitgevoerd. In de tijdsbesteding neemt het slechts enkele procenten in beslag. Er is in het onderzoek niet ingegaan op de aard van deze activiteit. Helaas is er geen literatuur die het mogelijk maakt na te gaan of de toepassing van GVO toeneemt.

Bij alle BGZ-teams leeft overigens de wens tot uitbreiding van deze activiteit. Met de toenemende vraag van bedrijven naar "health promotion" zal er zeker meer ruimte komen om deze wens te realiseren.

Ter afsluiting van deze beschouwing is een duidelijke verwachting uit te spreken. Zowel uit de belangrijkste knelpunten in de zorg als bij de suggesties ter verbetering van de zorg die in de interviews naar voren zijn gekomen, spreekt de wens meer aan preventieve activiteiten, zoals werkplekonderzoek en GVO, te willen doen. Als deze wens gerealiseerd wordt, dan zal ongetwijfeld de behoefte aan deskundigheid op die terreinen toenemen, wat ook zal leiden tot het opnemen van meer functionarissen uit andere disciplines in BGZ-teams: arbeidshygiënist, bedrijfsverpleegkundigen, ergonomen, psychologen en eventuele anderen. Het belang van samenwerking tussen die disciplines zal dan ook toenemen.

5.3 De relaties van de BGD met de cliëntorganisatie

Bedrijfsgezondheidszorg kan niet zonder goede betrekkingen tussen het bedrijf en het BGZ-team. Om deze reden werden vragen gesteld over de relaties die het BGZ-team met de diverse betrokkenen onderhoudt en hoe zij denken over de opvattingen van die betrokkenen. Zoals eerder bleek, staan de wensen van werkgevers en werknemers over de doelstellingen van BGZ voor een deel op gespannen voet met elkaar. Met name gaat het daarbij om de aandacht voor het verzuim (een wens van werkgevers) en de aandacht voor de werkomstandigheden (een wens van werknemers).

Het moet echter duidelijk zijn dat het niet om alternatieven gaat, maar om accenten in de aandacht. De beroepsbeoefenaren zouden daar in hun relaties met beide partijen invloed op kunnen uitoefenen.

Overigens bleek verder uit het onderzoek dat bijna de helft van de respondenten dacht, dat in de cliëntorganisatie geen wensen bestaan over de tijd, besteed aan werkomstandigheden of aan verzuim. Het ontbreken van wensen kan een uiting zijn van een meer diepgaand gebrek aan aandacht voor de BGZ in de cliëntorganisatie.

Feitelijk oordeelt 30 tot 50% van de teams negatief over de betrokkenheid van de cliëntorganisatie bij de BGZ. Die kritiek heeft zowel betrekking op de directie en het kader, als op de OR. Bij grote bedrijven gaat het vooral om de directie. De bedrijfsarts met de combinatietak van BA en VG en de bedrijfsarts-solist hebben vooral kritiek op de OR, die zij te weinig betrokkenheid verwijten.

De relatie tussen de OR en de BGD is al langer onderwerp van discussie. Van werkgeverszijde wordt gepleit voor een behoedzaam manoeuvreren. Van werknemerszijde wordt veeleer aangedrongen op openheid van de BGD ten opzichte van de OR.

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat er bij veel BGZ-teams onvrede bestaat over de relatie.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat men uitgaat van de gedachte, dat als de individuele werknemer tevreden is, dit vanzelf ook zal gelden voor de werknemersvertegenwoordiging. Dit kan een verkeerde opvatting zijn omdat de rol van de OR verschilt van die van de werknemer, zoals ook betoogd is door Plomp (1987). De OR is medeverantwoordelijk voor het BGZ-beleid van de onderneming en niet een zelfde soort ontvanger van zorg zoals individuele werknemers. Dit pleit voor een gelijksoortige relatie tussen de OR en de BGD als tussen de werkgever en de BGD. Hiermee is een argument gegeven voor de opvatting dat het BGZ-team zorg moet dragen voor een goede relatie met de OR.

De relaties van de BGZ-teams met de cliëntorganisatie laten enkele verschillen zien als ze apart bekeken worden voor de zes kenmerken van de teams (bv. type dienst, bedrijfsgrootte; zie paragraaf 3.1). Onder verwijzing naar hoofdstuk 5 van het oorspronkelijke rapport voor meer resultaten is het zinvol hier op een enkel punt in te gaan.

De BGZ-teams uit gezamenlijke diensten lijken zich wat meer afstandelijk op te stellen, maar de verschillen zijn klein. Het zijn eerder andere kenmerken van de zorgsituatie die samenhangen met verschillen in het relatiepatroon, zoals de bedrijfsgrootte, de samenstelling van het BGZ-team, het type productieproces en

de financieel-economische positie. Bijvoorbeeld in het geval van een goede financieel-economische positie wordt vaker aan de OR en aan PZ geadviseerd en hebben de adviezen meer resultaat. Dit klopt met de idee dat de draagkracht van de cliëntorganisatie een belangrijke rol speelt bij de realisatie van de bedrijfsgezondheidszorg. Op zich is dit niet verwonderlijk, hoewel het de vraag blijft hoe de visie vanuit de cliëntorganisatie op de zorg voor de gezondheid van de werknemers zich verhoudt tot de financieel-economische toestand. Het tweede deelonderzoek gaat ook daarop in.

5.4 Doeleinden, maatstaven en effectiviteit

Uit het onderzoek blijkt dat BGZ-teams nauwelijks concrete maatstaven hantieren voor hun oordeel over de effectiviteit van het BGZ-beleid en dat ze zich vooral bedienen van globale effectmaatstaven. Daardoor kunnen zij logischerwijs de doeltreffendheid van de BGZ niet nauwkeurig vaststellen. Wel wordt soms gebruik gemaakt van objectief vastgelegde grenswaarden, zoals de Maximaal Aanvaarde Concentratie van een stof (MAC-waarde) of de hoogte van het geluidsniveau op de werkplek. Vele aspecten van arbeid en gezondheid zijn echter nog niet uitgedrukt in dergelijke normen. In verband met het al of niet hanteren van dit soort normen kan men tenminste de volgende drie vragen stellen:

1. Kunnen de doelen en maatstaven wel concreet vastgesteld worden?
2. Wat zijn de gevolgen voor het BGZ-beleid, als slechts globale doelen en maatstaven worden gesteld?
3. Waarom houdt de BGD vast aan globale maatstaven?

Wat de **eerste vraag** betreft kan het antwoord eenvoudigweg "ja" luiden. In beginsel zijn op veel gebieden, waarop het BGZ-beleid betrekking heeft concrete effectdoelen en -maatstaven aan te leggen. Daarbij kan gedacht worden aan de omvang van het ziekteverzuim, de gezondheidsklachten ten aanzien van werkstress, de klachtenscores bij het PBGO of het aantal gereïntegreerden na arbeidsongeschiktheid. Dergelijke maatstaven kunnen echter twee typen bezwaar hebben. Enerzijds is moeilijk uit te maken wat de bijdrage is van het BGZ-team aan het bereiken van doelen. Aan de andere kant kan het gebruik van dergelijke maatstaven er toe leiden dat de accenten in de BGZ anders komen te liggen, en

misschien wel leiden tot het werken met (nieuwe) methoden, vaardigheden en eisen, waarover het bedrijf of de BGD nu nog niet beschikt. Voor veel BGZ-teams zou dit aanzienlijke gevolgen met zich kunnen meebrengen: niet de activiteiten staan centraal, maar de effecten van die activiteiten.

Bovendien is het nog maar de vraag of het bedrijf en de BGD overeenstemming kunnen bereiken over dergelijke maatstaven.

De **tweede vraag** wordt in het licht van het voorgaande belangrijker. Als er geen gebruik kan worden gemaakt van concrete maatstaven, is de vraag of er sprake is van het gewenste resultaat, dus de vraag naar effectiviteit, moeilijk nauwkeurig te beantwoorden. De activiteiten van de participanten in het BGZ-beleid berusten daardoor in belangrijke mate op een inspanningsovereenkomst; dat wil zeggen dat de participanten hun activiteiten ontplooiën in het onderlinge vertrouwen dat ieders inspanning een bijdrage aan het gewenste doel is.

Dit maakt het belang van permanent overleg over, en wederzijds inzicht in de activiteiten van de participanten in het beleid groter.

In de eerste plaats is overleg belangrijk om blijvend afstemming te houden over de inhoud van de globale doelen, omdat deze anders voor de participanten uiteen kan gaan lopen. In de tweede plaats bevordert regelmatig contact het vertrouwen dat elke partij voldoende inbreng levert bij het realiseren van de doelstellingen.

Een manier om het wederzijdse vertrouwen te bevorderen is aan de andere partijen te laten zien, wat men doet en hoe men iets doet; met andere woorden te wijzen op procedures en op de aandacht die aan een onderwerp is besteed, gericht op de overtuiging dat een en ander op de juiste wijze gebeurt. Dit leidt weliswaar tot een beperking van de autonomie van de expert (dus van de BGD), maar het kan de betrokkenheid van de cliëntorganisatie vergroten.

Overigens kan intensief overleg gevolgen hebben voor het eventuele spanningsveld tussen de openheid die een OR van de BGD wenst en de behoedzaamheid die een werkgever in de relatie tussen de BGD en de OR wil zien.

Intensief overleg heeft ook de functie dat het de beoordeling kan vergemakkelijken van de bijdrage van de BGD aan de kwaliteit en effectiviteit van het gezondheidsbeleid in de cliëntorganisatie. De argumenten voor deze stelling zijn als volgt.

Men zal vaak geneigd zijn een apart oordeel te willen hebben over de rol van de BGD in het beleid, omdat ook de verantwoordelijkheden gescheiden zijn. Immers, de werkgever is primair verantwoordelijk voor het beleid en de BGD heeft ondersteunende taken, zoals het adviseren over het beleid, het onderzoeken van werknemers en werkomstandigheden, het geven van specifieke adviezen etc. Doordat het beleid en de effecten van BGZ het resultaat zijn van een beleidsproces als geheel, dus van het samenspel tussen de BGD en alle participanten in het beleid in de cliëntorganisatie, wordt in het oordeel over de kwaliteit en effectiviteit de rol van de participanten als vanzelf meegewogen. Om uit dit geheel de bijdrage van de BGD te kunnen beoordelen moet men inzicht hebben in het beleidsproces en de inbreng van de BGD kennen. Deze kennis kan door het overleg sterk bevorderd worden.

De **derde vraag** was, waarom BGD-en vasthouden aan globale maatstaven. Het antwoord ligt voor de hand. Het is namelijk twijfelachtig of het zinvol is op gebieden, waarop geen concrete maatstaven gesteld worden, een poging tot concretisering te doen. Zo is ziekteverzuim als concrete maatstaf zowel voor het bedrijf als voor de BGD riskant, omdat teveel niet beheersbare factoren de omvang van het verzuim bepalen; daardoor vormt verzuim geen goede afspiegeling van de inspanningen van de BGD. BGD-en zullen vaak ook de vrees hebben dat bij een verzuimbeperkend beleid een "ongezonde" factor als angst voor ontslag, tot het achterwege blijven van een ziekmelding of klagen over werkomstandigheden kan leiden.

Een andere factor die kan meespelen bij de neiging aan globale maatstaven vast te houden, is de wens van de deskundige dienst, niet te veel van zijn autonomie te verliezen. Immers, als een beoordeling van de inbreng van de BGD op concrete maatstaven plaatsvindt, valt een deel van de mogelijkheden van de BGD weg om zelf richting te geven aan de activiteiten.

Als de invloeden vanuit het bedrijf aan elkaar tegengesteld zijn, bijvoorbeeld wanneer werkgever en OR verschillend denken over het BGZ beleid, kan de BGD in een comfortabele positie lijken te verkeren. Het mag echter duidelijk zijn dat in deze positie een aantal conflicten op de loer ligt.

Hoewel de discussie over de doelen en maatstaven nog niet is afgerond, kan de **voorlopige conclusie** luiden dat het wenselijk is naar meer concrete doelen en maatstaven te streven, maar dat er principiële beperkingen aan verbonden zijn.

Bij een gebrek aan mogelijkheden zullen voorlopig meer globale doelen de voorkeur houden. Daarbij bestaat de noodzaak tot intensief en open overleg tussen het bedrijf en het BGZ-team over het beleid en de beoordeling ervan. In dat verband zijn meerdere maatstaven die betrekking hebben op de verschillende fasen in het proces van bedrijfsgezondheidszorg wenselijk.

5.5 Slotbeschouwing

Uit het onderzoek komt naar voren dat er grote verschillen in activiteiten bestaan, alsook wat betreft de relaties tussen cliëntorganisatie en BGD. Er is zeker geen sprake van eenvormige BGZ. Misschien is zelfs meer sprake van het in kringen van werkgevers gewenste maatwerk dan zij denken. Mogelijk stemt de deskundige dienst of het BGZ-team de benodigde activiteiten zelfstandig af op de risico's en de risicogroepen, zonder daarover voldoende met de cliënt te overleggen, dus zonder dat duidelijk te maken*.

Dit kan tot het paradoxale effect leiden van ontevredenheid bij de werkgever, doordat deze niet weet dat er in grote mate aan zijn wensen is tegemoetgekomen. De BGD die in deze zin het rolaspect van onderhandelaar met de werkgever veronachtzaamd, kan zodoende zelf schade lijden.

De noodzaak om meer duidelijkheid te verschaffen zou vooral voor verzuimbegeleiding kunnen gelden. Veel directies van cliëntorganisaties hebben namelijk in de ogen van de teams de wens dat meer aan verzuimbegeleiding zou moeten worden gedaan, terwijl veel teams nu al een groot deel van hun tijd aan verzuimproblematiek besteden. Overigens mag verwacht worden dat de druk op dit punt nog zal toenemen gezien de politieke wens tot beheersing van verzuim en WAO-instroom.

Aan de andere kant ervaren veel teams bij de OR de wens meer te doen aan arbeidsomstandigheden. Vrij veel teams willen zelf eveneens meer preventief te werk gaan. Dit stelt BGZ-teams voor een dilemma, omdat zij bij gelijkblijvende menskracht moeilijk aan beide activiteiten meer tijd kunnen besteden. In hun

* Overigens blijkt uit de resultaten ook (zie het oorspronkelijke rapport, hoofdstuk 6) dat de mate waarin van afstemming op de cliëntorganisatie van BGZ-teams aanzienlijk van elkaar verschilt. Daarom valt aan te nemen dat deze vorm van impliciet maatwerk niet over de hele linie kan gelden.

afweging zullen de teams bovendien hun angst voor het verlies van hun vertrouwenspositie door verzuimbegeleiding willen betrekken.

Aan dit krachtenveld is wellicht tegemoet te komen door de werkwijze bij verzuimbegeleiding (in sterkere mate) zo in te richten, dat ook geschikte signalen voor preventie in de arbeidssituatie verkregen worden. Hierbij kan gedacht worden aan het systematisch gecombineerd vastleggen van klachten over werk en gezondheid op het verzuimspreekuur door middel van cliëntcontactregistratie en een vragenlijst (Van Putten & Draaisma, 1991; Draaisma & Van Putten, 1991). De acceptatie van deze werkwijze door de betrokkenen zal daarbij van groot belang zijn.

Met deze stelling grijpt terug op het uitgangspunt van het onderzoek volgens welke acceptatie door de betrokkenen een centraal element is van kwaliteit en effectiviteit.

De geconstateerde diversiteit en het -mogelijk onuitgesproken- maatwerk staan in het tweede deelonderzoek ter discussie. Of de ontvangende partijen de geleverde zorg als passend ervaren, dus als maatwerk beschouwen, zal moeten blijken.

Over de behoefte aan kwaliteitscriteria voor BGZ - een van de aanleidingen voor het onderzoek - kan het volgende worden opgemerkt.

Een zekere mate van maatwerk en diversiteit in de BGZ hoeven algemeen geldende regels voor kwaliteit van BGZ niet uit te sluiten. Om twee redenen zal het echter niet eenvoudig zijn zulke regels op te stellen. In de eerste plaats hoeft een BGD wellicht niet op alle aspecten van de zorg even goed te zijn. Zwakke aspecten kunnen misschien door sterke gecompenseerd worden. In de tweede plaats is duidelijk, dat goede BGZ in de ene situatie nog niet goed hoeft te zijn in de andere situatie. De vraag is daarom of de maatstaven voor BGZ in een concrete zorgsituatie niet juist van die situatie zullen moeten afhangen. Hoewel de gedachte om BGZ per bedrijfstak vorm te geven, bijvoorbeeld op basis van daar aanwezige gezondheidsrisico's, een zeer zinvolle is, zal in het concrete bedrijf toch bepaald moeten worden wat de meest effectieve BGZ kan of zal zijn.

Dit verwijst weer naar het belang van overleg en een minimale consensus tussen het BGZ-team en de betrokkenen over risicogroepen en -factoren, het beleid en zijn doelen, de aanpak van de gezondheidsproblemen in relatie tot het werk, en ieders inbreng.

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. Amsterdam, Coronel Laboratorium/ Studiecentrum Arbeid en Gezondheid etc., 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 Bedrijfsgeneeskundig 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

BUIJS, 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

DE ARBOWET; toelichting en achtergronden. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, gewijzigde druk, februari 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: J. Rantanen & S. Lehtinen (eds.). New trends and developments in occupational health services. Amsterdam etc., Elsevier, 1991. Chapter 6, 49-54

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. & D.J. VAN PUTTEN. Twee verpleeghuizen vergeleken; een vergelijking van de klachten over werk en gezondheid van spreekuurbezoekers per vragenlijst. Leiden, NIPG/TNO, 1991

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. (publikatie 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

HAMERS, P., P. KAMPHUIS, J. VAN POPPEL & H. NIEWLAND. De relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en ziekteverzuim. Arbowedenschap, (1991) 70-75

HART, H.W.C. VAN DER. Leveren zonder prijsdriehoek. Eindhoven, 1983. Dissertatie

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-CLOCQUET. 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, Wolters-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

LOURIJSEN, E.C.P.M., W.L.M. DE KORT & J. DAM. Aanstellingskeuringen, samenvattend rapport. Leiden, NIPG/TNO, 1991

NEDERLANDS NORMALISATIE INSTITUUT (NNI). NEN-ISO 9000; 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)

PUTTEN, D.J. VAN, & F.H.G. MARCELISSEN. Periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek in Nederland als middel bij preventief beleid. In: *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, & 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

PUTTEN, D.J. VAN & D. DRAAISMA. Het vastleggen van gegevens over gezondheid en werk door middel van cliënt-contact-registratieformulieren en vragenlijsten. Leiden, NIPG/TNO, 1991

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 Arboret 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

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, P.G.W. & T.J. VEERMAN (red.). *Handboek ziekteverzuim; gids voor het bedrijfsleven*. Den Haag, Delwel, 1990. pp 157-176

pagina

| | |
|---------|--|
| Bijlage | Kritiek van werkgevers en werknemers op de bedrijfs- gezondheidszorg; reacties uit bedrijfsgezondheidsdiensten en uit overheidskringen |
|---------|--|

49

Bijlage Kritiek van werkgevers en werknemers op de bedrijfsgezondheidszorg; reacties uit bedrijfsgezondheidsdiensten en uit overheidskringen

D. Draaisma, J. Dam en F.H.G. Marcelissen

Inleiding

Naar aanleiding van een discussie in werkgeverskringen, die zijn neerslag kreeg in Fraterman (1986), zijn ook van andere kanten kritische artikelen over bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) verschenen: van werknemers, van de overheid en niet in de laatste plaats van de leveranciers van de zorg zelf. Kenmerkend voor de sfeer in de wereld van beroepsbeoefenaren is dat de congressen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) in 1988 en 1989 in het teken stonden van "de hand in eigen boezem steken" en de vraag "hoe nu verder".

Een inventarisatie van van de in dit verband gepubliceerde discussiepunten is van belang omdat men zich bij de analyse van de knelpunten vaak beperkt tot één of enkele facetten. Het in onderling verband brengen van de verspreide punten van kritiek, kan tot meer inzicht leiden in de verschillen en overeenkomsten.

Hieronder wordt daarom de kritiek van werkgevers en werknemers besproken en wordt nagegaan hoe de overheid en de leveranciers van BGZ op deze kritiek hebben gereageerd, en ook welke verschillen en overeenkomsten er in de kritiek en reacties bestaan.

De kritiek en de reacties worden hier volgens vier categorieën behandeld:

1. de doelstelling en de kosten en opbrengsten van de zorg;
2. de activiteiten en diensten van de BGD levert;
3. de positie en relaties van de BGD in de cliëntorganisatie; en
4. de marktverhoudingen en de uitbreiding van de zorg in Nederland.

Alleen van de meer toegankelijke bronnen is gebruik gemaakt en niet van grijze bronnen (zoals bv. verenigingsbladen als het Info-bulletin van de NVAB) en bronnen die opvattingen doubleren zij achterwege gelaten. Zodoende ontstaat een overzicht van de kritiek die bij alle betrokkenen bekend kan zijn en waarvan de kans groot is dat ze een rol spelen in lopende discussies. Dat houdt ook in dat bronnen betreffende onderzoeksresultaten alleen zijn aangehaald als ze door de betrokkenen zelf zijn genoemd.

Omdat bepaalde termen in de bronnen nogal eens door elkaar worden gebruikt, is het zinvol enige begrippen te definiëren. Onder "bedrijfsgezondheidszorg (BGZ)" verstaan we de activiteiten van de geleidingen in de bedrijven en van deskundigen en deskundige diensten in het kader van het gezondheidsbeleid. Dit beleid zien we als facet van het Arbo-beleid in bedrijven en instellingen. Tot de deskundige diensten behoren de "bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD-en)". In deze diensten zijn vaak meerdere vakspecialisten werkzaam waaronder de bedrijfsarts, de bedrijfsverpleegkundige en de arbeidshygiënist.

Het was niet altijd mogelijk uit de publikaties op te maken of de kritiek op verleende BGZ, de BGD of één van de vakspecialisten betrekking had. Het was daardoor een enkele keer nodig een knoop door te hakken.

We menen dat de begrippen "de BGZ" en "BGD" vaak ten onrechte als synoniemen worden gebruikt. Verder is (of was?) binnen de BGD de bedrijfsartsen-discipline kennelijk zo overheersend, dat de BGD en de bedrijfsarts (BA) als goeddeels overlappend worden ervaren.

Standpunten van werkgeverszijde

Volgens Van de Veerdonk (1988) is de discussie over BGZ in het begin van de tachtiger jaren in werkgeverskringen op gang gekomen door twee oorzaken.

In de eerste plaats was er de invoering van de Arboret en de positieverandering die dat voor de BGD met zich meebracht. Een tweede reden vormde de economische recessie die veel bedrijven ertoe noodzaakte het uitgavenpatroon te herzien. De kernvraag was welke baten er stonden tegenover de kosten. Deze toegenomen aandacht leidde tot een nota van de kant van de Algemene Werkgeversvereniging (AWV), waarin een werkgeversvisie op BGZ werd gegeven. De discussienota was het onderwerp van een aantal discussiebijeenkomsten met werkgevers in het land. In Fraterman (1986) ligt de uitkomst van deze discussie vast. Van de Veerdonk (1988) heeft de standpunten later aangescherpt en op de Bedrijfsgeneeskundige Dagen van de NVAB heeft Scheurer (1988) een bijdrage aan de kritiek geleverd. Al met al zijn enkele harde noten gekraakt.

1. doelstelling, kosten en opbrengsten.

Voor werkgevers moet BGZ een wezenlijke bijdrage leveren aan het sociaal ondernemingsbeleid (Van de Veerdonk, 1988); zij moet afgestemd zijn op de bedrijfssituatie en tegen een redelijke prijs geleverd worden. Scheurer (1988) stelt dat de bijdrage aan de verbetering van het bedrijfsresultaat vooral door verzuimbesteding tot stand moet komen. Daarnaast zou BGZ het vitaal functioneren van de werknemers moeten bevorderen en de BGD in het algemeen nu reeds een visie ontwikkelen op de toekomst van de BGZ gezien de vragen waar de ondernemer voor komt te staan.

De uitgaven voor de BGZ dienen volgens Fraterman (1986) te worden gezien in het kader van het totaal aan uitgaven voor het sociaal beleid van een bedrijf. In het licht van de toegenomen aandacht voor de effectiviteit van het sociale beleid ligt het voor de hand dat ook de BGZ op zijn effectiviteit wordt beoordeeld. Fraterman zegt zich er echter terdege van bewust te zijn dat het moeilijk zal zijn de baten van preventief handelen te beoordelen. Desondanks bestaat de behoefte op basis van financiële afwegingen te komen tot een prioriteiten in de BGZ-activiteiten ten opzichte van andere onderdelen van het sociale bedrijfsbeleid. Als de zorg geleverd wordt op basis van een verrichtingstarief zal meer inzicht ontstaan in de kosten-baten verhouding van de BGD-activiteiten.

2. de activiteiten en diensten.

Volgens Fraterman (1986) zijn de diensten van de BGD niet goed afgestemd op de wensen en behoeften van werkgevers. Zij vinden een standaardpakket met de daaraan gekoppelde uniforme financiering onjuist. De reeks van activiteiten dat de Arboret opsomt, vormt voor hen niet een noodzakelijk pakket van activiteiten, maar slechts een kader. De uitvoering moet binnen dit wettelijke kader,

in overleg tussen bedrijf en BGD, gestalte krijgen aan de hand van de concrete bedrijfssituatie en op basis van een verrichtingentarief. Zulk maatwerk, toegesneden op de bedrijfssituatie, zou kwaliteitsverhogend werken.

Bovendien beschouwen werkgevers het door de BGD-en aangeboden standaardpakket als een mythe, omdat de feitelijke verschillen in geleverde zorg zeer groot zijn. Iedere BGD legt eigen accenten: op het terugdringen van ziekteverzuim, op sociaal-medische teams, op werkplekonderzoek, of op het onafhankelijk adviseurschap voor OR of directie. Van de Veerdonk (1988) merkt later op dat preventieve taken als arbeidshygiëne, veiligheidskunde en ergonomie geruisloos aan het standaardpakket zijn toegevoegd zonder dat een prioriteitenafweging heeft plaatsgevonden. Hij vindt overigens dat deze afweging slechts zeer moeilijk te maken is. Scheurer (1986) vindt bedrijfsadvisering een gevaarlijk terrein voor bedrijfsartsen, tenzij deze beperkt blijft tot gezondheidsthema's. Ook over andere aspecten van de middelen van de BA doet hij stellige uitspraken: er moet meer epidemiologische kennis over de relatie tussen werk en gezondheidsvariabelen opgebouwd worden; in het individuele consult zal het vooral dienen te om aandacht voor "arbeidsplekgezondheidsproblemen".

Fraterman (1986) noemt meer in het bijzonder de ziekteverzuimbegeleiding. Veel bedrijfsartsen hebben volgens hem de neiging om zich afzijdig te houden van de begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers, hetgeen hij een vorm van koudwatervrees noemt. De meeste werkgevers ervaren de opstelling van de bedrijfsarts in de verzuimbestrijding als te passief. Toch pleiten zij niet zonder meer voor het uitvoeren van controletaken in het kader van de Ziekte-wet door de bedrijfsarts.

3. positie en relaties.

Fraterman (1986) vindt de positie van de bedrijfsarts verre van eenvoudig. Hij komt o.a. tot de conclusie dat de bedrijfsarts zich in het bedrijf te vaak als buitenstaander opstelt. Door de status die de arts in het algemeen en dus ook de bedrijfsarts geniet, kan het ertoe leiden dat de verschillende partijen binnen de cliëntorganisatie een verschillende waarde toekennen aan de autoriteit van zijn uitspraken of adviezen. De werkgevers hebben er vooral bezwaar tegen dat gezag wordt toegekend aan de bedrijfsarts op terreinen die weinig of niets uitstaande hebben met zijn medische professie.

Een ander problematisch aspect van de positie van de bedrijfsarts is zijn handelen in het kwetsbare krachtenveld tussen directie, individuele werknemers en OR. Juist vanwege de in de Arboret geformaliseerde relatie tussen de BGD en de OR worden hoge eisen aan de zorgvuldigheid van zijn handelen gesteld.

Samengevat verlangt Fraterman "behoedzaam manoeuvreren" als noodzakelijke handelwijze van de bedrijfsarts .

Tot slot kan worden vermeld dat Scheurer (1988) het nodig vindt dat de ondernemer invloed krijgt op de zorg door middel van beleidsinformatie uit de BGD.

4. marktverhoudingen en uitbreiding van de zorg in Nederland.

Dat de grote verschillen in dienstverlening tussen BGD-en mede in stand worden gehouden door gebiedsafspraken tussen de diensten onderling, vindt Fraterman (1986) onjuist. Werkgevers beschouwen de gebondenheid aan één BGD als feitelijke monopolisering en vinden dat ze uit verschillende BGD-en moeten kunnen kiezen.

Hij vindt verder het uitsluitend aanbieden van een standaardpakket contraproductief voor de uitbreiding van de zorg in Nederland. Bedrijven die belangstelling voor BGZ hebben, worden namelijk met

het standaardpakket voor een alles-of-niets-keuze geplaatst; dit schrikt af en veel bedrijven komen daardoor zelfs niet toe aan het kennismaken met BGZ.

De uitbreiding zelf kan volgens Van de Veerdonk (1988) het beste gestuurd worden met als het criterium de aanwezigheid van direct gezondheidsbedreigende factoren. Dit zou volgens hem het beste gerealiseerd kunnen worden door een bedrijfstakgewijze uitbreiding, want per branche zijn de gezondheidsrisico's het best bekend.

Standpunten van werknemerszijde

De Industriebond FNV heeft een voorlichtingsbrochure onder de titel "Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg" (Industriebond FNV, 1986) gepubliceerd. Er zijn vele standpunten in verwerkt over de huidige BGZ en het functioneren van BGD-en. De brochure wil de doelgroep van OR-leden helpen een oordeel te vormen over het functioneren van de eigen BGD. Gezien de brede opzet is deze publikatie de meest systematische bron voor de kritiek van werknemerszijde. Andere bronnen zullen alleen worden aangehaald voorzover ze extra informatie bieden.

1. doelstelling, kosten en opbrengsten.

Bij de doelstelling van BGZ wordt, in navolging van de Arboret, de nadruk gelegd op preventie, dus het voorkómen dat iemand ziek wordt van zijn werk (Industriebond FNV, 1986). Daarom wordt het opsporen en bestrijden van mogelijke bedreigingen voor de gezondheid gezien als de hoofdtaak van de BGD. Levie (1988) stelt de zaken nog wat pregnanter: een bedrijfsarts is er voor de werknemers, door die werknemers te helpen gezond te blijven op het werk. Het terugdringen van het ziekteverzuim is een gevolg van adequate BGZ, niet een doel op zich.

2. activiteiten en middelen.

De logische consequentie van dit uitgangspunt is (Levie, 1988) dat de bedrijfsarts zich op basis van de relatie arbeid-gezondheid, richt op het geven van adviezen over het verbeteren van de arbeidsomstandigheden. De bedrijfsarts is daarmee in de ogen van de vakbeweging een onderzoeker van die relatie. Adviezen ter verbetering leiden van die relatie moeten dan leiden tot preventie van ziekte en uitval. Tot het instrumentarium van de bedrijfsarts moet, aldus Levie, worden gerekend het geven van adviezen op basis van werkplekonderzoek, groepsonderzoek en beleidsgerichte analyse van individuele gegevens. De auteur meent dat dit uitgerekend de activiteiten zijn, waar bedrijfsartsen weinig tijd voor lijken te hebben.

In het jaarverslag moet de BGD haar activiteiten en bevindingen verantwoorden en vertalen in gewenst toekomstig beleid. Voor de werknemers is dat verslag het instrument bij uitstek om te beoordelen of, en zo ja hoe arbeidsomstandigheden aangepakt worden. Er wordt echter gesignaleerd dat van veel BGD-en, het jaarverslag over het individuele bedrijf veel te wensen overlaat.

Als ander middel, heeft zelfwerkzaamheid van OR-leden zijn intrede gedaan. Zij leren zelf checklists te hanteren om arbeidsomstandigheden te kunnen aanpakken (Vermeulen, 1987).

3. positie en relaties

Wat betreft de relaties van de BGD met werknemers vindt de Industriebond FNV (1986) dat er een gebrek is aan contact tussen de BGD en OR. Er wordt op dat werkgevers de BGD soms onvoldoende gelegenheid geven tot contacten met de OR, de OR krachtens de wet recht heeft op bijstand en advies van de BGD als een onafhankelijke deskundige.

Verder worden er twijfels geuit over de onafhankelijke opstelling van BGD-en, zoals in de vorm van conflictvermijdend gedrag van de kant van de BGD-en. Hiervoor komen verschillende verklaringen ter sprake.

Schmitz (1986) wijst op de zorgelijke financiële positie van een aantal jonge BGD-en door kostenbesparingen bij ondernemingen, door faillissementen van bedrijven en door onderlinge concurrentie tussen BGD-en. Maar deze auteur erkent ook dat door een lage organisatiegraad van werknemers weinig druk op BGD-en kan worden uitgeoefend. Dit komt vooral voor in het midden- en kleinbedrijf, waar de zorg niet verplicht is en de BGZ-problematiek niet onderschat moet worden.

Een ander probleem aan werknemerszijde is de zwakke positie van de individuele werknemer. Deze zou uit angst voor verlies van zijn arbeidsplaats geneigd zijn niet te klagen over de arbeidsomstandigheden. Daarom wordt van de beroepsvereniging van bedrijfsartsen geëist de positie van hun leden t.o.v. de werknemers te verduidelijken.

In sommige gevallen kan een gebrekkige samenwerking van de BGD en de OR toegeschreven worden aan verkeerde verwachtingen ten opzichte van elkaar (Industriebond FNV, 1986). Als oplossingen hiervoor wenst men verduidelijking van de verwachtingen over en weer, een regelmatig contact, een onafhankelijke instelling en goede informatie. Een zeer belangrijk informatiemiddel (zie hierboven) is de inhoud van het jaarverslag als object van overleg tussen OR en BGD, los van het overleg tussen OR en directie van het bedrijf).

4. marktverhoudingen en uitbreiding van de zorg.

Over de uitbreiding van de zorg zijn werknemers het volgens Levie (1988) het eens met werkgevers. De uitbouw van bedrijfsgezondheidszorg zal sterk bevorderd worden door het sluiten van contracten voor hele bedrijfstakken. De opbouw van de BGD-activiteiten moet daarbij worden bepaald aan de hand van gezondheidsrisico's in de bedrijfstak. Deze opvatting stoelt ook op de ervaringen met een dergelijke aanpak in de bouwnijverheid die Soeterbroek (1989) niet alleen als een succes maar zelfs als een doorbraak ziet. Hij wijst daarvoor op twee recente verschijnselen die verdwenen zijn. Ten eerste op de terughoudendheid tegenover verbeteringen in de werksituatie die bij werkgevers die kort geleden nog zeer groot was, getuige het verdwijnen van het bedrijfsgerichte deel uit het collectieve pakket BGZ in de bouwnijverheid; en ten tweede op de grote angst voor ontslag die bestond bij werknemers in het geval ze over de werkomstandigheden zouden klagen. Volgens hem leidt de sterke concurrentiedwang in de bouwnijverheid ertoe dat verbetering van de werkomstandigheden alleen collectief te realiseren is. Sommige werkgevers pleiten volgens hem dan ook voor duidelijke normen en sancties in de Arbwet om de situatie voor de bedrijven gelijk te maken. Deze aanpak acht Soeterbroek van toepassing in andere bedrijfstakken.

Reacties op de kritiek van werkgevers en werknemers

Zowel uit kringen van de BGD-en als de overheid zijn reacties op de kritiek van werkgevers- en werknemerskant losgekomen.

De reacties van de kant van bedrijfsartsen hebben vooral het karakter van het zoeken naar een vernieuwde identiteit. Dit heeft uiteindelijk onder andere geleid tot de instelling van een commissie van de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Deze commissie heeft de opdracht gekregen naast een analyse van de huidige status van BGZ (als zorgverlening) ook de positie van de BA (als professioneel zorgverlener) en de organisatie van de BGZ onder de loop te nemen. Omdat dit stuk een interne discussie nota is, wij er hier niet op in. Dat is ook niet nodig, want het artikel van Lindeboom (1987) geeft de essentie van het stuk weer.

Uit kringen van het Directoraat Generaal van de Arbeid van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (DGA) is uitgebreid inhoudelijk op de kritiek gereageerd. Omdat bij verdere ontwikkeling van de BGZ de overheid ongetwijfeld een belangrijke rol zal spelen, zijn deze standpunten ook in de beschouwing betrokken.

Standpunten vanuit BGD-en

1. doelstelling, kosten vs. opbrengsten.

Over de doelstelling van BGZ zijn uit deze periode van de kant van BGD-en geen nieuwe beschouwingen te vinden. Wel worden duidelijke kanttekeningen door Lindeboom (1987) en Van Collenburg (1988) geplaatst bij de opbrengsten van het werk van BGD-en. Lindeboom stelt dat de bedrijfsarts zich tegenwoordig afvraagt of datgene wat hij in die spreekkamer doet, nog wel adequaat is. Met name vraagt hij zich af wat de zin is van een aanstellingsonderzoek en een periodiek geneeskundig onderzoek.

2. activiteiten en diensten.

Beide auteurs erkennen in feite de hoofdpunten van kritiek van werkgeverskant. Zij onderschrijven dat de BGD veelal routinematig producten in forse kwantiteit heeft geleverd (Lindeboom), en teveel produktgericht bezig is geweest. De beroepsbeoefenaren hebben bovenal energie gestoken in het definiëren van het integraal BGZ pakket (Van Collenburg).

Lindeboom vindt dat de oplossing voor deze problemen gezocht moet worden in de volgende richtingen:

- het differentiëren van diensten en tarieven naar vraag en aanbod;
- meer probleemgericht werken, met nadruk op kwaliteit;
- optimale aandacht voor het verzuim;
- het gezicht naar buiten versterken.
- als bedrijfsarts beter leren werken in het spanningsveld van de organisatie; dus "werken in en aan organisaties"

Met dit laatste punt roert hij de discussie aan over de positie van de BGD en bedrijfsarts die al jaren de was en die vooral over de onafhankelijkheid van de BGD ten opzichte van het bedrijf ging.

3. positie en relaties.

Wat betreft die onafhankelijkheid constateert De Beer (1986) dat er in de eerste plaats sprake is van onduidelijkheid over dit begrip. De onduidelijkheid komt vooral voort uit de geringe betrokkenheid van werkgever en werknemer bij BGZ, in het verleden. Duidelijkheid kan nu volgens hem worden geschapen met een beroep op de Arboret, die stelt dat de bedrijfsarts en de andere deskundigen in de BGD, hun taak uitoefenen met behoud van een zelfstandig oordeel op het gebied van hun deskundigheid en met behoud van hun onafhankelijkheid t.o.v. het hoofd van het bedrijf.

Wel erkent De Beer dat de bedrijfsarts in zijn handelen beïnvloed wordt door:

- a. twijfel aan de onafhankelijkheid van de BA bij andere artsen; de oplossing hiervoor zou zijn, de contacten met de curatief werkzame artsen te intensiveren en daarin de eigen positie te verduidelijken;
- b. de problematische relatie met directie en de OR;
- c. de terughoudende opstelling van werknemerszijde ten opzichte van de BGD. De Beer citeert hier Plomp (1985) die stelt dat werknemers bekend zijn met de dualistische positie van de BGD in het bedrijf. Werknemers stellen zich echter terughoudend op omdat hun onduidelijk is hoe de bedrijfsarts zijn verantwoordelijkheden t.o.v. de partijen afweegt. Pas als zij, de werknemers, het evenwicht verbroken achten en in feite maar één belang zien prevaleren, spreken zij van partijdigheid.
- d. twijfel van managementzijde aan de uitvoerbaarheid van adviezen; deze moet worden weggenomen door met wetenschappelijk en praktisch goed onderbouwde adviezen te komen.
- e. afhankelijkheid van steeds meer deskundigen op het terrein van de BGZ, zoals arbeidshygiënisten, psychologen etc.

De Beer pleit dan ook voor een genuanceerde opstelling ten aanzien van onafhankelijkheid. Duidelijkheid daarover zal moeten komen van een beroepscode van de kant van de NVAB. Hij meent dat voor het dualisme in de positie van de bedrijfsarts begrip is bij de sociale partners en de overheid. Met instemming citeert hij dan Wolvetang (1985) die benadrukt dat de bedrijfsarts als onafhankelijk deskundige verantwoordelijk is voor de inhoud van zijn of haar advies, maar dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het advies berust bij het bedrijf. De consequentie van deze stellingname is, aldus Wolvetang, dat er meestal wel één teleurgestelde partij zal zijn. Hij karakteriseert het spanningsveld met de kenmerken:

- niet alles wat gewenst is, is mogelijk;
- niet alles wat noodzakelijk is, is op korte termijn realiseerbaar;
- niet alles wat gevaarlijk is, is ook riskant bij zorgvuldig handelen;
- niet alles wat hinderlijk is, is een risico voor de gezondheid.

Meyer (1987) acht het, anders dan De Beer, niet zinvol, dat de NVAB streeft naar formalisering van de onafhankelijke positie. Hij vindt het verhogen van de kwaliteit van het advies een betere weg de onafhankelijkheid te waarborgen.

Hij stelt dat als het advies tot stand komt vanuit een wetenschappelijke attitude deze in zichzelf zowel betrokkenheid als onafhankelijkheid herbergt. Zo kan aan het verlangen naar onpartijdigheid van werknemerszijde worden tegemoet gekomen en tegelijkertijd aan de betrokkenheid die werkgevers

vragen, vooral waar het gaat om sociaal-medische begeleiding. Bovendien wordt dan volgens hem de grote goodwill bij werknemers bestaat, beter benut dan nu het geval is.

De sleutel is volgens Meyer het vergroten van de deskundigheid. Hij onderstreept het tekort aan deskundigheid door Van der Maas (1986) te citeren die stelt dat de hele sociale geneeskunde lijdt aan een ernstig gebrek aan vitaliteit, aan een schrijnend tekort aan kennis over doelmatigheid en doeltreffendheid en aan een tekort aan wetenschappelijke attitude en wetenschappelijke omgeving.

4. marktverhoudingen en uitbreiding.

Over de uitbreiding van de zorg geven de bronnen geen informatie.

Wat betreft de interne marktverhoudingen signaleert Lindeboom (1987) dat de BA teruggedrongen wordt in de spreekkamer. Hij constateert dat binnen het bedrijf, de verschijnselen waaraan de bedrijfsarts werkt een grote mate van overlap vertonen met het werkgebied van de personeelsfunctionaris en daarbuiten in toenemende mate ook de verzekeringsgeneeskundige (VG). Beide tendensen leiden tot een toenemende inperking van de markt voor de BGD. Ook de concurrentie binnen de BGD neemt toe, nieuwe deskundigen doen hun intrede op het veld van BGZ, zoals arbeidshygiënist e.d.

Van Collenburg (1988), directeur van een BGD, vindt het opvallend dat de afnemers of gebruikers nauwelijks zijn betrokken bij het proces van het formuleren van het standaardpakket van diensten. De gebruikers lijken kritiekloos tegenover het produkt te staan.

Voorts heeft Van Collenburg forse kritiek op de BGD als onderneming. Hij verwijt de BGD-en dat er veelal sprake is van een onduidelijke organisatiestructuur en het bestaan van verouderde structuren. Bovendien, zo stelt hij, ontbreken management-informatiesystemen.

Standpunten uit overheidskringen

De overheid stelt zich terughoudend op wat betreft de uitbreiding van de verplichte zorg voor meer bedrijven en bedrijfstakken. Gezien de kritiek van werkgevers zou de kans op acceptatie hiervan ook vrij klein zijn. Het gevolg is dat BGD-en eerst zullen moeten aantonen een type zorg te kunnen leveren dat de sociale partners willen.

Verder is de kritiek uit kringen van de overheid, gezien de bijdragen van Buma (1986) Van Hees (1987) De Roos (1987) en Willems (1987), bepaald duidelijk.

1. doelstelling, kosten en opbrengsten.

In essentie onderschrijft de overheid de bestaande kritiek van werkgeverskant, aangezien De Roos (1987) stelt dat de vraag naar "value for money" met kwaliteit en maatwerk tegemoet getreden moet worden.

Willems (1987) schetst de historische verschuiving in doelstelling van BGZ, van curatie van het individu met uit arbeid voorkomende ziekten, tot een situatieve gezondheidszorg meer gericht op groepen en preventie. Deze ontwikkeling vindt hij nog te aarzelend.

Wat betreft de rol van de bedrijfsartsen komt hij tot de conclusie dat er sprake is van rolonduidelijkheid, ontevredenheid en het onvoldoende toegerust zijn voor de taken waarvoor men gesteld is, zich baserend op De Winter en Dijkstra (1984), Plomp (1985) en Tanke (1985). Zijn kritiek komt erop neer dat de bedrijfsarts "geen vlees, geen vis en zeker geen deskundige" dreigt te worden.

De oplossing is dat er in de rol van de bedrijfsarts meer nadruk op het mens-gerichte handelen moet komen te liggen. Op dat vlak heeft de bedrijfsarts een spilfunctie. Rondom het individu vindt de integratie plaats van de gegevens uit de verschillende disciplines. Alles onder voorwaarde dat het eindproduct voor alle betrokkenen inzichtelijk is, en een bedrijfskundig realistische formulering van een gezondheidsbeleid moet zijn.

Van Hees (1987) werkt de stelling uit dat de BGD moet zorgdragen voor de deskundige inbreng ten behoeve van het overleg met (en tussen) werkgevers en werknemers. Het probleem voor de BGD is volgens hem daarbij dat er vaak sprake is van een zwak gearticuleerde vraag vanuit de verschillende geledingen van de zorgpopulatie die bovendien tegenstrijdigheden lijken te bevatten. Van Hees signaleert overigens uit werkgeverskringen niet alleen kritische (Fraterman, 1986) maar ook optimistische (Bollen, 1987) geluiden.

De vrij vage doelstellingen, die lastig te operationaliseren zijn en die effectiviteitsbepalingen moeilijk maken, zijn een handicap voor een goede informatieverstrekking aan directie en OR. Zij zijn het immers die zorg dragen voor een beleid inzake de arbeidssituatie. De informatie dient dan ook begrijpelijk en hanteerbaar te zijn.

De Roos (1987) constateert dat gezondheid in relatie tot het werk niet meer het exclusieve terrein is van de BGD, doordat het aantal verschillende disciplines op het gebied van de arbeidsomstandigheden nogal is toegenomen.

In verband met deze toenemende inbreng van anderen dan allen de BGD en de bedrijfsarts in de BGZ stelt hij de organisatie van de BGZ aan de orde. Deze heeft traditioneel het karakter van een hiërarchisch gesloten organisatiestructuur. Dit past niet meer goed bij ontwikkelingen in het bedrijfsleven, waar de nadruk steeds meer verschuift van organisatiestructuur naar organisatieprocessen. Hij suggereert dat opener organisatiestructuren zoals projectmanagement, matrixorganisatie of netwerken in de BGZ een aantal problemen kunnen oplossen. Het "grote bedrijven model", hoewel dit tot ontwikkeling van BGZ heeft geleid, zal bij verdere toepassing verstarrend kunnen werken.

2. Activiteiten en diensten.

Alle bovengenoemde auteurs geven na hun analyse van de knelpunten, hun opvattingen over wenselijke veranderingen in het activiteitenpakket.

Het instrumentarium voor de BGD moet volgens De Roos (1987) bestaan uit het spreekuur als kernfunctie, vanwege het individuele contact; het werkplekonderzoek en de "werkplekdiagnose" voor het inzicht in de belastende omstandigheden en de ongunstige belastingsfactoren; deelname aan een netwerk van relaties, waarbinnen de BGD een eigen specifieke bijdrage levert.

Over de dienstverlening door de BGD in z'n algemeenheid suggereert Willems (1987) dat de BGD-activiteiten verbreed moeten worden, zij het met afstemming op de behoeften van werknemers en werkgevers en onderbouwd door feiten die de noodzaak van die behoefte aantonen. Daarvoor is een intensiever contact met gesprekspartners in de onderneming nodig en de ruimte daarvoor kan gevonden worden door minder spreekuren en keuringen. Het beleid van de BGD moet afgestemd zijn op de doelgroepen. Er moeten zwaardere accenten komen te liggen op criteria van doelmatigheid en doeltreffendheid en meer aandacht voor kwaliteit dan voor kwantiteit.

De Arboret schrijft tripartite overleg voor en volgens Van Hees (1987) hangt dit vooral af van de actieve opstelling van de BGD af. Hij erkent echter dat dit geen eenvoudige opdracht is.

3. positie en relaties.

De Roos (1987) verwacht dat OR en de vakbeweging als gebruikers van de dienstverlening van BGZ steeds meer invloed zullen krijgen op de gezondheidsrisico's in de arbeid. Het zou volgens hem van vitaal belang zijn voor de BGD-en als zij dit proces zouden ondersteunen. Zijn indruk is echter dat dit nog maar nauwelijks gebeurt.

4. marktverhoudingen en uitbreiding van de zorg

De opvattingen uit overheidskringen over de interne en externe marktverhoudingen van de BGD-en zijn hierboven en passant voldoende aan de orde gekomen.

Buma (1986) wijst op het gezondheidsrisico als criterium voor de uitbreiding van de zorg. Hij verwacht dat de BGZ zich in kleinere bedrijven vooral zal richten op een beperkt aantal essentiële knelpunten, omdat de bedrijfsituaties daar niet erg complex zijn, en kleine ondernemers maar over beperkte middelen beschikken. Integrale BGZ zou daarmee op de achtergrond raken. De gezondheidsrisico's zijn in de bedrijven in een bedrijfstak min of meer gelijk. Buma voorspelt daarom dat collectief uit te voeren taken op het gebied van de gezondheidsbescherming zullen worden geconcentreerd bij overkoepelende organen van bedrijfstakken (zoals bijv. de Stichting Arbeid en de Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren). Of de bestaande BGD-en hierbij een grote rol zullen spelen acht hij niet zeker.

Bespreking van de opvattingen van de vier partijen per onderwerp

De kritiek en de verschillen in opvatting over de huidige BGZ uit kringen van werkgevers, werknemers, BGD-en en overheid naar voren zijn gekomen, zijn als volgt samen te vatten.

1. Doelstelling, kosten en opbrengsten van BGZ

Over de globale doelstelling van BGZ is tussen de vier partijen geen verschil van mening. Dat het beleid mede gericht is op een zo groot mogelijke veiligheid, een zo goed mogelijke bescherming van de gezondheid en het bevorderen van het welzijn (De Arbeid, 1988) is kennelijk boven discussie verheven.

De concrete uitwerking van deze doelstelling blijkt echter niet voor alle betrokkenen in dezelfde richting te . Werkgevers plaatsen BGZ in het financieel-economische kader van kosten en baten. Zij willen daarom "maatwerk" tegen overzichtelijke kosten en verder, beter inzicht in de verrichtingen van de BGD. Hun twijfel aan de baten spitsen zij toe op de bijdrage van de BGD aan het bestrijden van ziekteverzuim en verder spreken zij over het bevorderen van het vitaal functioneren van werknemers. Als het over direct gezondheidsbedreigende factoren gaat, hebben zij geen bezwaar tegen werkplekgerichte activiteiten; anders wordt het als het om vage vermoedens gaat die kostbare gevolgen kunnen hebben. De werkgevers willen deze activiteiten wel, mits hun concurrentiepositie niet geschaad wordt.

Werknemersorganisaties vinden BGZ noodzakelijk; het bestrijden van de risico's in het werk zien zij als hoofddoel en ze beschouwen verlaging van ziekteverzuim slechts als een neveneffect.

Van werkgeverskant wordt gesproken over "direct gezondheidsbedreigende factoren", terwijl van werknemerskant ook het "opsporen van mogelijke bedreigingen" belangrijk wordt gevonden. Blijkbaar spreken beide partijen vanuit verschillende visies op de risico's. Het zal er dus in concrete situaties op aan komen deze verschillen te overbruggen, wil het tot een gezamenlijke bereidheid komen, risicosituaties te verbeteren.

Vanuit de BGD-en is slechts één reactie te signaleren de wensen van werkgevers die bovendien nogal vaag geformuleerd is in termen van een optimale aandacht voor de verzuimbestrijding. Vaag blijft wat de beroepsbeoefenaren bedoelen met "optimale aandacht"; verder blijft de vraag onbeantwoord, op welke wijze zij hun doelstelling operationeel willen maken, gezien de opvattingen van werknemers en werkgevers.

De overheid brengt het doel van BGZ niet expliciet ter sprake (dat staat immers al in de Arbowet), maar bepleit wel aanpassing aan de wensen van werkgevers en werknemers.

2. Activiteiten en diensten door de BGD.

Zoals hierboven blijkt, vindt het centrale thema maatwerk (dus dienst- en tariefdifferentiatie) van de werkgevers bij overige betrokkenen weerklank, hoewel een erg duidelijk reactie van werknemerskant niet is te ontwaren.

Vanuit BGD-en wordt differentiatie ook gewenst geacht. Men wil daar ook meer probleem- en marktgericht werken en erkent dat er teveel is uitgegaan van de bruikbaarheid van de eigen standaardactiviteiten voor elke situatie.

De werkgevers hebben het niet alleen over differentiatie naar de wensen en behoeften van het bedrijf, maar ook over een bedrijfstakgewijze aanpak. Ook de werknemers zien veel in afspraken met werkgeversorganisaties in bedrijfstakken. Beide partijen verwachten blijkbaar door middel van collectieve afspraken, BGD-en meer in de richting van aandacht voor de gezondheidsrisico's te sturen. Er kan vermoed worden dat de werknemersorganisaties huiverig zijn voor maatwerk op ondernemingsniveau, omdat daarvoor de invloed van de OR nog lang niet overal groot genoeg is; vandaar ook de nadruk op het vastleggen van algemene minimumnormen voor gezondheidsrisico's in CAO's of Arbowet.

Wat de inhoud van de activiteiten van de BGD betreft, menen de werkgevers dat bedrijfsadvisering een gevaarlijk terrein is voor bedrijfsartsen. Er ontbreekt namelijk nog veel kennis over de relatie tussen werk en gezondheid. Men dient zich daarom te beperken tot advisering naar aanleiding van gezondheidsthema's.

De werknemers leggen nadruk op de adviesrol van de BGD bij het signaleren en verbeteren van de arbeidsomstandigheden. Het middel daartoe bij uitstek is volgens hen het werkplekonderzoek. Van het nut van dit middel lijken de werkgevers minder overtuigd te zijn, hoewel zij erkennen dat er gezondheidsbedreigende factoren bestaan, die aandacht verdienen.

Over de kwaliteit van de activiteiten in de BGZ worden door werkgevers en werknemers geen opmerkingen gemaakt.

De zorgverleners zelf stellen het nut van sommige activiteiten (aanstellingskeuringen en periodiek geneeskundig onderzoek) ter discussie; ze wensen de kwaliteit van hun adviezen te verbeteren en de haalbaarheid van de adviezen "op te rekken". Zij signaleren bij zichzelf een tekort aan deskundigheid inzake het optreden in organisaties.

De overheid legt net als de werknemers een accent op werkplekonderzoek en ze bespeurt een tekort aan kwaliteit op dit punt. Ze ziet bedrijfsartsen vooral als spil in de contacten met de individuele werknemer; daarbij moet de bedrijfsarts de informatie uit verschillende disciplines integreren.

Bij het voorgaande rijst de belangrijke vraag op in hoeverre, bij gelijkblijvende tijd- en geldmiddelen, activiteiten als werkplekonderzoek en advisering onder druk komen te staan, als werkgevers veel meer aandacht aan verzuimbestrijding gegeven willen zien.

3. Positie en relaties van de BGD ten opzichte van de geledingen in het bedrijf.

Een ander centraal onderwerp is de positie en relatie van de BGD ten opzichte van de geledingen in de cliëntorganisatie.

De werkgevers willen meer invloed op de zorg krijgen en bepleiten behoedzaamheid van de BGD ten opzichte van de OR, hoewel ze niet erg duidelijk maken wat ze hiermee bedoelen.

Ook werknemers wensen meer invloed op de BGD. Zij vinden dat de BGD zich onafhankelijker ten opzichte van de werkgever moet opstellen en verder dat de OR vaak onvoldoende ondersteund wordt door de BGD. Het wantrouwen van individuele werknemers over de partijdigheid van de BGD, dat blijkens onderzoek soms bestaat, is ook in de ogen van de BGD-en en de overheid een probleem.

Nu was de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts al langer een punt van discussie in de beroepsgroep zelf. De oplossing wordt vooral gezocht in een beroepscode; daarin ligt de nadruk op de scheiding van verantwoordelijkheden voor het beleid. De BGD is verantwoordelijk voor het advies en de werkgever, in overleg met de OR, voor de uitvoering. Verduidelijking van deze rollen zou de oplossing dichterbij moeten brengen.

De vraag is echter of dit ook automatisch leidt tot het overbruggen van de afstand tussen de BGD en de cliëntorganisatie.

De vertegenwoordigers uit de BGZ zien deze afstand ook wel; zij menen namelijk dat werkgevers en werknemers nogal eens te weinig betrokkenheid tonen bij BGZ en constateren tegelijkertijd dat de klant nooit betrokken is bij het overleg over het dienstenpakket. Een beschouwer van deze kritiek, overigens, kan gemakkelijk de conclusie trekken dat betrokkenheid niet gestimuleerd wordt door een gebrek aan overleg met de klant over een dergelijk onderwerp.

De overheid acht een goede relatie en een goed overlegklimaat tussen de BGD en de geledingen in het bedrijf nodig. Zij stelt dat het, gezien de ongespecificeerde vraag van de klant naar de diensten van de BGD, een taak van de BGD is de relatie met de geledingen in het bedrijf te ontwikkelen.

4. Marktverhoudingen voor de BGD-en en uitbreiding van de zorg.

Werkgevers benadrukken in sterke mate dat de BGD een concurrerend produkt moet bieden; concurrerend met zowel andere BGD-en als met andere functionarissen in het sociaal beleid binnen het bedrijf. De werknemers hebben zich over dit punt, in de geraadpleegde literatuur, niet uitgelaten; wel hebben zij een voorkeur voor gezamenlijke BGD-en*.

* een gezamenlijke BGD is een stichting of vereniging waarbij bedrijven in een bepaalde regio zich kunnen aansluiten

Dat de externe concurrentie in feite al bestaat, wordt door de beroepsbeoefenaren erkend zonder er conclusies aan te verbinden.

De sociale partners en de overheid zijn het eens over bedrijfstaksgewijze uitbreiding van de zorg die ook feitelijk al plaatsvindt, maar werknemers willen een snellere en complete uitbreiding over de hele werkende populatie.

LITERATUUR

BEER, P.M.H. DE, Onafhankelijkheid van de bedrijfsarts; visie van de beroepsorganisatie. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 693-696

BOLLEN, J.M., Volvo op weg naar een gezonde, mensvriendelijke onderneming. Maanbl. Arbeidsomstandigheden 63 (1987) 443-446

BUMA, S., Gedachtenvorming binnen de overheid met betrekking tot de bedrijfsgezondheidszorg voor kleine en middelgrote bedrijven. In: Verslag Symposium: Bedrijfsgezondheidszorg, óók voor kleine en middelgrote ondernemingen en instellingen? Amsterdam, BGD-Oostenburg, 1986

COLLENBURG, J.J. VAN, De onderneming BGD in de toekomst. Maanbl. Arbeidsomstandigheden (64) 1988 529-532

DE ARBOWET; toelichting en achtergronden. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, gewijzigde druk, februari 1988

DIJKSTRA, A., De bedrijfsarts tussen werkplek en spreekkamer. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 644-648

FRATERMAN, A., Bedrijfsgezondheidszorg en bedrijfsarts; een werkgeversvisie. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 700-703

HEES, O.S. VAN, De bedrijfsarts, werkgever en werknemers: een complexe driehoeksverhouding. Maanbl. Arbeidsomstandigheden 63 (1987) 682-686

INDUSTRIEBOND FNV, Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg; naar een goede verhouding, ondernemingsraad en bedrijfsgezondheidszorg. Amsterdam, Industriebond FNV, 1986

LEVIE, H., Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg. Maanbl. Arbeidsomstandigheden 64 (1988) 257-258

LINDEBOOM, R.D., De macht van "de arts" en de macht van "de baas". Maanbl. Arbeidsomstandigheden 63 (1987) 449-455

MAAS, P.J. VAN DER, Sociale Geneeskunde: op zoek naar een nieuw elan. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 325-353

MEYER, E., De "onafhankelijkheid" van de bedrijfsarts. T. Soc. Gezondheidsz. 65 (1987) 338-339

PLOMP, H.N., Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten; een studie naar de afstemming van vraag en aanbod in de bedrijfsgezondheidszorg. Amsterdam, VU-uitgeverij, 1985

RAPPORT DE TOEKOMST VAN DE BEDRIJFSGEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND (1971).
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken, 1979.

ROOS, A.J. DE, Heden en toekomst van de arbeid, bedrijfsgezondheidszorg in een maatschappij in verandering. Maanbl. Arbeidsomstandigheden 63 (1987) 433-439

SCHEURER, J.G., De bedrijfsgezondheid in de onderneming van de toekomst. Maanbl. Arbeidsomstandigheden 64 (1988) 525-529

SCHMITZ, H.P.W., Gedachtenvorming in kringen van werknemers met betrekking tot bedrijfsgezondheidszorg voor kleine en middelgrote bedrijven en instellingen. In: Verslag Symposium Bedrijfsgezondheidszorg, óók voor kleine en middelgrote ondernemingen en instellingen? Amsterdam, BGD-Oostenburg, 1986.

SOETERBROEK, F. Bezinning op effectiviteit van arbowetgeving; vakbeweging slaat nieuwe wegen in. Maanbl. Arbeidsomstandigheden 65 (1989) 363-367.

TANKE, G.M.H., Beeld van de BGZ; enkele observaties betreffende plaats en taak van de bedrijfsgezondheidszorg in 7 arbeidsorganisaties. Amsterdam, scriptie Corvu-opleiding, 1985

VEERDONK, J.J.M. VAN DE, Visie van werkgevers op arbozaken: "BGZ is eenheidsworst: aanpak bedrijfstakgewijs noodzakelijk". Maanbl. Arbeidsomstandigheden 64 (1988) 161-166

VERMEULEN, W.E.J., Scholing OR/VGW-commissie uit de kinderschoenen. Maanbl. Arbeidsomstandigheden 63 (1987) 535-539

VREEMAN, R.L., Artsen en arbeiders; werknemersbelangen en de bedrijfsgezondheidszorg. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 697-699

WILLEMS, J.H.B.M., Enige bespiegelingen over (de toekomst van) de bedrijfsarts in Nederland. Maanbl. Arbeidsomstandigheden, 63 (1987) 429-432

WINTER, C.R. DE & A. DIJKSTRA (red.), De bedrijfsarts over zijn werk. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1984

WOLVETANG, H., Wat kunnen ondernemingsraden verwachten van de deskundige diensten? Voorzucht bij de manifestatie van de Industriebond FNV, 3 april 1985. Informatie Bulletin NVAB 16 (1985) nr. 3 19-22

Reprografie NIPG-TNO
Projectnummer: 3436