

Nico Plomp: Reflection in action.

Terugblik met een socioloog die 35 jaar verbonden is aan de bedrijfsgezondheidszorg

Dick van Putten, Rob Hoedeman



Nico Plomp

Dr. Nico Plomp gaat in september met pensioen na 35 jaar werkzaamheden voor de bedrijfsgezondheidszorg als onderzoeker en docent. Ter gelegenheid daarvan wordt vrijdag 7 september een afscheidssymposium georganiseerd rond thema's die hem na aan het hart liggen: 'Bedrijfsgezondheidszorg tussen markt en professe: professionele integriteit en gedrevenheid in een commerciële omgeving.'

Wat waren belangrijke punten in je loopbaan?

'Belangrijke en leukste periodes uit mijn loopbaan waren:

1. Onderwijs in de Corvu-opleiding tussen 1981 en 1995: het optrekken met en lesgeven aan een groep bedrijfsartsen (in opleiding) met wie je wekelijks een praktijkcasus bespreekt en analyseert vanuit het oogpunt van goed "bedrijfsgezondheidskundig handelen". Wederzijds heel stimulerend en een model voor goed onderwijs.
2. Dissertatie in 1987: ontdekken dat goede bedrijfsgezondheidszorg niet een kwestie is van kiezen voor de werkgever of de werknemers, zoals vaak wordt beweerd, maar vooral een kwestie van verstandig optreden van de bedrijfsarts, "probleemgericht strategisch handelen" zoals ik dat heb genoemd. Daarin houdt men rekening met de mogelijkheden en beperkingen in de situatie. Ik denk dat dat nog steeds geldt, nu de bedrijfsgezondheidszorg vanuit een commerciële setting wordt aangeboden.
3. Mijn bijdrage aan het opzetten van de studierichting gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit in 2002. Sinds Mc Keown weten we dat de sterk toegenomen levensver-

wachting in de twintigste eeuw maar voor een heel klein deel op het conto van de geneeskunde kan worden geschreven en dat maatschappelijke omstandigheden veel bepalender zijn geweest. Dit feit vormt het bestaansrecht van de sociale geneeskunde en ook van de gezondheidswetenschappen. Het is een uitdaging om na te gaan hoe het zit met dat verband tussen gezondheid en samenleving. Vanuit dit perspectief is het ook heel interessant om te kijken naar de plaats en betekenis van de gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg in de samenleving gegeven de problemen van betaalbaarheid en geloofwaardigheid die steeds meer opdoemen.'

Wat waren voor jou de turning points en de zwaardere periodes in je loopbaan?

'Het overlijden van de toenmalige hoogleraar sociale geneeskunde, Jan Piet Kuiper, in 1985 heeft mij veel gedaan. Kuiper was een charismatische man met wie ik het goed kon vinden. Hij zou mijn promotor zijn geweest als hij niet was overleden op zijn 63^e jaar. Dit was ook in de tijd van de TVC: taakverdeling en concentratieoperatie waarbij de medische faculteit van de VU en die van Maastricht werden aangewezen als zwaartepunten voor "extramurale geneeskunde". Een periode met veel uitdagingen en lastige klussen, maar uiteindelijk bleek dat we, als één van de "zachte vakken", niets in te brengen hadden bij de besluitvorming. Met de benoeming van Gerrit van der Wal in 1997 als hoogleraar sociale geneeskunde en twee jaar later Willem van Mechelen brak er weer een bloeitijd aan voor de afdeling.

In 2010 kreeg ik twee keer een TIA. Daarvoor was ik altijd druk met het coördineren van 5 onderwijsblokken bij de studierichting Gezondheidswetenschappen. Na die TIA's ging ik dezelfde werkbelasting als druk ervaren. In overleg met mijn baas Willem van Mechelen kon ik me meer gaan focussen op het schrijven van publicaties over onderzoeksmateriaal dat ik had verkregen in projecten die ik met studenten had uitgevoerd.'

Je hebt veel gepubliceerd over ontwikkelingen in de bedrijfsgezondheidszorg. Hoe kijk je tegen de huidige ontwikkelingen aan?

'Ik heb me nooit gemengd in de discussie of de marktwerking goed of slecht is. Ik snap de verontrusting over de commercialisering, ook binnen de NVAB. Toch is het een realiteit en is er geen politieke steun voor een standpunt tegen commercialisering.

Ik vond het veel interessanter om me af te vragen wat de impact is van de regimeomslag in de bedrijfsgezondheidszorg voor de dienstverlening en voor de betrokken artsen. In 1999 hebben we vanuit onze afdeling een colloquium georganiseerd waarvoor praktiserende bedrijfsartsen schriftelijk problemen of dilemma's hadden aangeboden die voortkwamen uit de regimeomslag; bijvoorbeeld wat moet ik met de opdracht voor het uitvoeren van spoedcontroles? Deze dilemma's werden door twee referenten becommentarieerd en ten slotte werden er conclusies getrokken over wat nodig of gewenst is met het oog op de geloofwaardigheid van het handelen van de bedrijfsarts. Uit bijdragen van Peter Westerholm uit Zweden en Rainer Müller uit Bremen bleek dat men over de grens tegen een aantal dilemma's anders aankeek. Het is belangrijker de discussie op te gang te brengen over *good practice and bad practice* in een commerciële setting dan om voor of tegen te zijn.'

Welke strategie is nodig om in te spelen op de ontwikkelingen die leiden tot commercialisering?

'Ik ben niet tegen commercialisering, het heeft ook veel goeds gebracht. Veel bedrijven hebben nu arbozorg, waar voorheen niets was. Op landelijk niveau ontbreekt echter een marktmeester die aangeeft wat wel en niet kan, zoals de Zorgautoriteit in de curatieve zorg. Iedereen heeft belang bij een gereguleerde marktwerking maar je ziet dat marktpartijen er zelf niet in sla-

gen om de markt beter te organiseren, de grote arbodiensten beconcurreren elkaar in een overlevingsgevecht. Het is wachten wanneer de wal het schip keert.'

Uit jullie onderzoek komt naar voren dat bedrijfsartsen niet blij zijn met hun richtlijnen, klopt die indruk?

'Uit kwantitatief onderzoek, ook elders, komt steeds naar voren dat 50% van de bedrijfsartsen zegt er niet mee uit de voeten te kunnen. In focusgroepen hebben we bedrijfsartsen de stelling voorgelegd: het uitvoeren van de richtlijnen in de praktijk is ondoenlijk, waarom niet/wel. Het aantal uitspraken dat aangaf dat richtlijnen niet uitvoerbaar zijn, was drie keer hoger dan het aantal uitspraken ervoor. Maar het gaat natuurlijk meer om de achterliggende argumentatie. Zelf vind ik dat richtlijnen heel zinnig zijn. Alleen is er discussie mogelijk over hoe strikt die regels moeten zijn.'

Bij richtlijnen wordt altijd aangegeven dat het een hulpmiddel is, waarvan je gemotiveerd mag afwijken. Waarom dan toch zo negatief?

'Veel artsen hebben een bepaalde routine in hun werk. Pas als ze daarmee niet uit de voeten kunnen, kijken ze naar de richtlijnen. Dat vind ik geen slechte houding. De visitatie lijkt evenwel uit te stralen dat een richtlijn heel letterlijk moet worden genomen, met uitschrijven van motivaties waarom die niet precies is gevolgd. Dat is meer werk waar niet iedereen op zit te wachten en de vraag is of je daarmee de kwaliteit van het handelen vergroot; een belangrijk negatief effect lijkt mij in ieder geval dat je de vrijheid in het handelen te zeer beperkt en de bedrijfsarts die zich er niet aan houdt of kan houden, een slecht gevoel bezorgt.

Ik verwijs in mijn onderzoek naar een rapport van de Regieraad. Daarin zijn verschillende richtlijnen uit diverse landen over dezelfde onderwerpen vergeleken. De Regieraad constateert een heel grote variatie en dat er vaak meer oplossingen zijn voor dezelfde kwaal. Met andere woorden de "evidence" is vaak niet zo eenduidig als wordt gesuggereerd. Dat betekent dat bij het toepassen van richtlijnen doorgaans meer vrijheidsgraden mogelijk zijn. In de richtlijn voor werknemers met psychische klachten staat bijvoorbeeld dat patiënten binnen 2 weken verzuim moeten worden opgeroepen. In veel situaties is dan niet mogelijk omdat het contact tussen bedrijf en arbo dienst dat niet toestaat. Hoe erg is dat? Is dat rampzalig als iemand anders dat doet?

'Ik ben niet tegen commercialisering, het heeft ook veel goeds gebracht'

Met een eigen regiemodel kun je bijvoorbeeld ook regelen dat de chef in ieder geval binnen een week contact heeft.'

'Bedrijfsartsen zijn geen afsluitkoelies'

'De organisatorische context van de praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg loopt sterk uiteen; het maakt nogal wat uit of je bedrijfsarts in de bouw bent of bij de politie, stel ik me voor. In een gevarieerde marktomgeving passen geen rigide richtlijnen en die zijn doorgaans ook niet noodzakelijk. Je moet professionals ook niet willen reduceren tot afsluitkoelies die op aanwijzing van een richtlijn kleppen moeten openen en sluiten. Terwijl de intentie van richtlijnen is de kwaliteit van het professioneel handelen te verbeteren, kan een te rigide toepassing de professionaliteit van het beroep juist ondermijnen, omdat voorbij wordt gegaan aan de uniekheid van casus en context. De kern van het professioneel werk is ruimte voor eigen invulling en interpretatie. Dat is ook de lol die bedrijfsartsen aan het werk ontleiden.

Er moet een balans zijn tussen onbepaaldheid aan de ene kant (geen situatie/patiënt is hetzelfde, je moet ook gevoelig zijn voor die variatie, anders ben je een botterik) en aan de andere kant de kennis en deskundigheid. Het zoeken van die balans is een vorm van *reflection in action*: het toetsen van je handelen en routines aan de standaarden van *good practice*.'

Hoe kijk je aan tegen het vertrouwen van de werknemer in de bedrijfsarts, werkzaam in een commerciële setting?

'Het vertrouwen in de bedrijfsarts wordt nogal eens in twijfel getrokken, omdat deze een loyaliteit heeft naar de werknemer, zijn patiënt, en de werkgever. Bovendien is er geen vrije artsenuitvoering. Dat gold ook in de periode voor de commercialisering. Het is een gegeven dat inherent is aan zijn positie.

Professionals bezweren de dualiteit in hun positie met algemene, morele statements over onafhankelijkheid, "goed doen" in het belang van de patiënt zoals is vastgelegd in een professioneel statuut. Voor de cliënten van de bedrijfsarts is dat geen voldoende remedie. Uit mijn onderzoek

onder werknemers bleek bijvoorbeeld dat het vertrouwen en de tevredenheid van werknemers sterk afhangt van de aard van het gezondheidsprobleem. Het meest tevreden is de werknemer met een eenvoudige klacht, die met een pil of pleister geholpen wordt. Lastiger wordt het als iemand zegt dat "hij niet weet hoe hij deze baan nog twintig jaar moet volhouden". Een simpele, kant-en-klare oplossing is er dan niet, de werknemer voelt zich kwetsbaar, weet niet precies waar hij zijn probleem moet aankaarten, bij zijn baas, bedrijfs- of huisarts en wat daarvan de gevolgen kunnen zijn. Hij is op zijn hoede, en neigt naar wantrouwen, wat niets met het gedrag en de intentie van de bedrijfsarts te maken heeft. Maar om vertrouwen te krijgen moet de bedrijfsarts in dit laatste geval heel anders en minder directief optreden dan bij de klacht waarbij een medisch technische interventie wordt verwacht. Hij is meer begeleider en coach. Op basis van deze uitkomst heb ik het *roldifferentiatie-model voor de bedrijfsarts* ontwikkeld, dat inhoudt dat afhankelijk van het probleem dat speelt, de bedrijfsarts een andere rol dient te vervullen ten einde het vertrouwen te krijgen.

Naast de rol van expert en begeleider onderscheidt het model nog een derde rol, die van pleitbezorger. Die rol komt voort uit de positie van de bedrijfsarts in relatie tot het bedrijf. In die hoedanigheid spreekt de dokter met de baas, heeft hij invloed en kan hij voor een werknemer iets bepleiten, bijvoorbeeld langere pauzes realiseren of andere werkplek. Mijn idee bij het model is dat je er als bedrijfsarts bewust van moet zijn dat je, anders dan de curatieve artsen, meer rollen hebt te vervullen en dat je die moet kunnen variëren om vertrouwen te krijgen. Wezenlijk is hiervoor dat de bedrijfsarts duidelijk maakt hoe hij omgaat met zijn dubbele loyaliteit.

Toch is het adequaat handelen van de bedrijfsarts geen garantie dat vertrouwen wordt verkregen en conflicten uitblijven. Een behoorlijke conflictregeling kan helpen als jij er met een patiënt niet uitkomt, om wat voor reden dan ook, dan moet de patiënt het met een ander kunnen proberen. Ook voor de bedrijfsarts; dat moet niet als motie van wantrouwen worden gezien.'

'Vertrouwen is iets anders dan tevredenheid'

'Arbodiensten gaan vaak uit van klanttevredenheid, maar dat is toch iets anders dan vertrouwen. Vertrouwen is een positieve attitude van een patiënt ten opzichte van de arts waarbij deze zich kwetsbaar durft op te stellen en een risico neemt met het oog op de toekomst. Het zal wel vaak samengaan met tevredenheid, maar je kunt vertrouwen hebben zonder dat er sprake is van tevredenheid en omgekeerd.'

Er komen minder bedrijfsartsen en er is een stroming om de bedrijfsgeneeskunde te integreren in de curatieve zorg. Hoe kijk jij naar deze ontwikkelingen?

'De druk op mensen om aan het werk te blijven neemt toe. Dat creëert een grotere vraag naar advies over mogelijkheden om met een beperking toch nog duurzaam en zinvol aan het werk te blijven. Het is de grote uitdaging voor de bedrijfsgezondheidszorg te bepalen waar zij een bijdrage kan leveren. Per situatie en doelgroep (ouderen, chronisch zieken) zal de rol van de bedrijfsarts verschillen. Zeker de werknemers die langer dan 6 weken arbeidsongeschikt blijven, zitten in een lastige positie en kunnen veel baat hebben bij een bedrijfsarts en bij hen is afstemming op de curatieve zorg vaak gewenst. De

NVAB heeft hier een cruciale rol. Zij dient te anticiperen op deze ontwikkelingen en nadenken over de vraag welke strategieën nodig zijn.'

Hoe ga je verder na september?

'Per 1 september wordt mijn arbeidscontract bij het VUmc omgezet in een nulurencontract. Daardoor heb ik nog wel toegang tot faciliteiten zoals bibliotheek en nieuwe software. Ik voel me nu als voor een eindexamen: in de afgelopen twee jaar heb ik vier artikelen gepubliceerd, twee zijn onderweg voor publicatie en twee in voorbereiding. Op 7 september is het afscheidssymposium waar wordt stilgestaan bij knelpunten rond de geloofwaardigheid van de bedrijfsgezondheidszorg in een commerciële setting. Als dit allemaal achter de rug is, zie ik wel verder. Ik voel me goed en stel me een meer ontspannen leven voor met meer aandacht voor muziek, fietsen en sociale bedrijvigheid. Ik ga door met buurtbemiddeling wat ik al jaren als vrijwilligerswerk doe. Een overzichtelijk advies- of onderzoeksprojectje, zoals ik afgelopen jaren wel heb gedaan, zou daar wel in passen, denk ik. Ik ga nu niet veel commitments aan. Ik voel me in ieder geval een bevoorrecht mens.'

CONGRESVERSLAG

ICOH 2012, Cancún Mexico

Aan een zonovergoten landtong in het meest oostelijke deel van Mexico vond het dertigste ICOH-congres plaats: 'Occupational health for all, from research to practice'. Vele tientallen kilometers lang is die landtong, met maar één soort bebouwing: hotels en resorts vol chillende, vooral Amerikaanse, vakantievierders. En met één uitzondering daarop, het congrescentrum waar 1650 bedrijfsartsen en andere arboprofessionals de donkere koelte indoken om te luisteren en praten over ontwikkelingen in de *occupational health*. Vele honderden presentaties passeerden in de loop van een week de revue, van uiterst diepgravend tot lekker oppervlakkig, van erg goed tot echt wel bedenkelijk, van hapklare brok tot reflectiebevorderend. Vermoeiend, want het was veel en veelzijdig. Maar ook leerzaam en inspirerend.

In de inleidende lezingen hoorde je schrijnende verhalen over nieuwe vormen van slavernij die helaas niet alleen van toepassing zijn op ontwikkelingslanden. Dat anno 2012 de ILO, de WHO

en de ICOH opnieuw moeten oproepen tot *occupational health as a human right*. Voor 85% van de werkenden in de wereld blijkt dat slecht geregeld (waarbij ik het vage vermoeden had dat Nederland ten onrechte voor de volle mep bij de resterende 15% werd gerekend). Het 'Cancún Charter' pleit ervoor dat occupational health op de politieke agenda komt van alle landen. Dat is in ons land ooit zo geweest maar vervolgens een 'zaak van sociale partners' (lees: van de markt) geworden, waardoor de arbosector enorm kromp en toezicht vanuit de overheid minder opportuun werd geacht. Waarschijnlijk heeft de wet van de remmende voorsprong ervoor gezorgd dat in Nederland de discussie over het recht op toegang tot de bedrijfsarts weer is opgelaaid.

Het hoofdthema van het congres was: van onderzoek naar praktijk. Overal is het natuurlijk de grote vraag hoe je onderzoeksresultaten in hoofd en handen van uitvoerende bedrijfsartsen en andere arboprofessionals krijgt. Bij ons heet dat