

## Voorwoord van de auteur

### Van 'iatrogeen verzuim' tot Leidraad

Er valt de laatste jaren een sterk toegenomen belangstelling te constateren bij beleidsmakers als de overheid – met name de ministeries van Volksgezondheid en Sociale Zaken –, werkgevers- en werknemerscentrales, adviesorganen als de SER, zorgverzekeraars et cetera – voor de noodzaak van betere arbocuratieve samenwerking: meer afstemming tussen de arbo-wereld en de curatieve gezondheidszorg. Ook de interesse van de curatieve artsorganisaties is vrij recent. De betrokkenheid van de beroepsverenigingen van de medisch specialisten inzake de relatie arbeid-gezondheid, NVAB en NVVG, bestaat vanzelfsprekend al wat langer.

Door deze tamelijk plotselinge beleidsmatige belangstelling zijn er eindelijk ook middelen vrijgekomen voor nader onderzoek, experimenten, onderwijsmodules, instrument-ontwikkeling, evaluaties et cetera. Inmiddels is er zelfs zoveel gaande, dat soms het overzicht, de samenhang en de regie zoek lijken. Dat is echter een luxe-probleem, vergeleken met de situatie in de voorafgaande decennia, waarin er van dergelijke belangstelling nauwelijks sprake was, laat staan van investeringen, hoewel onderzoek vanaf de jaren '60, en zeker in de jaren '70 en '80, allang had aangetoond, dat er veel schortte aan de relatie tussen behandelend artsen en hun sociaal-geneeskundige collegae bedrijfs- en verzekeringsartsen. Deze situatie bleek allereerst ten nadele uit te pakken van de betrokken patiënten/werknemers: wachttijden, somatische fixatie, iatrogeen invalidering, resulterend in onnodig (lang) ziekteverzuim en zelfs (blijvende) arbeidsongeschiktheid.

De Groot (NIPG/TNO) komt de eer toe in dit verband al in 1958 het begrip iatrogeen verzuim te hebben geïntroduceerd, toen vooral duidend op de stijging van het aantal verwijzingen, en daarmee van de wachttijden. In 1967 noemde hij de gezondheidszorg zelfs de belangrijkste oorzaak van het toenemende langdurig ziekteverzuim, vooral vanwege de omslachtige en onvoldoende gecoördineerde medische activiteiten. Het zou evenwel tot 2001 duren eer een ander TNO instituut een instrument zou hebben ontwikkeld om die coördinatie te verbeteren: de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim.

Welke problemen waren er dan in die tussenliggende jaren zoal bekend op het raakvlak van curatie en sociaal-geneeskundig handelen, een raakvlak dat vaak meer op een 'niemandsland' leek? Hoe valt bovengenoemd jarenlange gebrek aan politiek-beleidsmatige interesse te verklaren, en hoe de recente omslag? Welke 'incubatietijd' ging daaraan vooraf en wat speelde er al 'onderhuids'? Wat is er de laatste jaren zoal aan positiefs op gang gekomen? Wat is met name de rol van de artsorganisaties daarbij geweest? Valt er al iets te zeggen over eventuele effecten? Wat dient er in de naaste toekomst te gebeuren?

Deze en andere vragen komen aan bod in de eerstvolgende drie afleveringen van het TBV. Na deze aftrap kunnen anderen hierop reageren, voortborduren, nieuwe elementen en aspecten belichten, en zonodig in discussie gaan.

Al laat niet al het behandelde zich in een keurslijf persen, ter wille van de overzichtelijkheid zijn per artikel aaneensluitende tijdsperiodes gekozen: respectievelijk de ontwikkelingen tot begin jaren '90; vervolgens van 1990-1997, en ten slotte van 1997 tot heden.

## VAN VERLEDEN TOT HEDEN (1): DE PERIODE TOT BEGIN JAREN '90

# Gebrek aan Arbocuratieve afstemming jarenlang herkend maar niet erkend

P.C. Buijs

### De LHV-NVAB-Leidraad: de huidige situatie

Op 12 februari 2001 presenteerden de voorzitters van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Mariëlle A-Tjak en Tineke Slagter, een leidraad voor de afstemming tussen huis- en bedrijfsarts. Deze leidraad<sup>1</sup>, op verzoek van het

Platform Wachttijden door TNO Arbeid ontwikkeld, biedt criteria waarmee de artsen kunnen bepalen wanneer het zin heeft contact met elkaar te zoeken. Tevens bevat de Leidraad een communicatieformulier, gebaseerd op de KNMG-Code terzake. De arts vult dat in samen met de patiënt/werknemer. Deze laatste gaat, na ondertekening, ermee naar de andere arts, en zonodig weer terug met een



antwoordformulier. Op deze manier is de patiënt actief betrokken bij het oplossen van zijn probleem, en de boodschap komt over als bedoeld.

‘De Leidraad is een goed middel om efficiënter samen te werken en om dat samenwerkingsproces inzichtelijk en zelfs toetsbaar te maken, ook voor werkgevers en werknemers.’ Aldus de voorzitters, die aankondigden dat alle huis- en bedrijfsartsen ‘m toegestuurd krijgen. Na de presentatie ontstond er nog een debat tussen de politici (die verwachtten dat de samenwerking nu snel optimaal zou verlopen), de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) en de artsorganisaties (die dat iets minder optimistisch inschatten).

Het bovenstaande vormt een goede illustratie van de situatie anno 2001: de noodzaak voor betere Arbocuratieve samenwerking wordt inmiddels breed onderschreven. Zo maakten de partijen van het Platform (sociale partners, ouderenbonden, zorgverzekeraars, GGZ-, ziekenhuis- en artsorganisaties) er een scherp punt van hun Actieplan van maart 1998)<sup>2</sup>. Ook de politiek ziet de noodzaak ervan in: Paars II nam het plan over, inclusief de financiering. Daardoor konden, naast de Leidraad, ook initiatieven starten als de LHV/NVAB-proefregio's (inclusief evaluatie); een Arbocuratieve onderwijsmodule voor medisch specialisten (LVSG); uitbreiding van het ZON-SMB-programma en het NVAB-Richtlijnen-bureau.

Dat beide beroepsverenigingen de Leidraad gezamenlijk aanboden en breed gaan verspreiden zegt eveneens veel over de onderlinge toenadering, zeker op bestuurlijk niveau. Decentraal gebeurt er echter ook steeds meer. Zo is in Amsterdam al geoefend met de Leidraad, tijdens de nascholingscyclus ‘Meer afstemming, minder WAO?’, georganiseerd door de LHV-, NVAB- en KNMG-afdelingen, ondersteund door ArboUnie en de regionale zorgverzekeraar ZAO. De drie avonden trokken honderden belangstellenden, weliswaar meest bedrijfsartsen, en leidden tot concrete arbocuratieve vervolgprojecten.

Ten slotte de ongeduldige politici: gelukkig onderschrijven ook zij de noodzaak van betere Arbocuratieve samenwerking. Gezien de decennia van politiek-beleidsmatige verwaarlozing past hen echter enige bescheidenheid. Zeker omdat de negatieve gevolgen van gebrek aan samenwerking voor de betrokken patiënten/werknemers (onnodig (lang) verzuim en WAO-instroom) bekend waren. Bovendien kent de Nederlandse gezondheidszorg, met instemming van de politiek, al een eeuw het leerstuk ‘Scheiding behandeling-controle’.<sup>3</sup> Dat heeft, naast positieve effecten, fors bijgedragen aan het ontstaan en bestendigen van een blinde vlek voor arbeid in de curatieve gezondheidszorg, en tot een kloof tussen behandelend artsen en sociaal-geneeskundigen. Dat is niet zomaar weg te werken, ook niet met een Leidraad. Dat vergt inspanningen van de betrokken artsen en hun organisaties, maar ook van de politiek, in de vorm van consistent

ondersteunend beleid. En laten ook de politici hun zegeningen tellen! Het is al verbazend wat er nu mogelijk is vergeleken met nog maar enkele jaren geleden.

Daarom is een blik in het nog niet zo verre verleden zinvol, om het heden meer reliëf te geven en een levensvatbare weg voor verdere verbetering in de nabije toekomst uit te stippen.

### Veel problemen al lang bekend

Arbocuratieve samenwerking lijkt zo vanzelfsprekend. ‘Natuurlijk!’ aldus een huisarts-nascholingskatern ‘Bijblijven’ uit 1996<sup>4</sup>: ‘De ene arts kent immers de thuissituatie en de andere de werkomstandigheden. Samen kunnen ze zich een vrij compleet beeld vormen van een gezamenlijke patiënt/werknemer, in goede en in slechte tijden, bij problemen in de relatie arbeid-gezondheid. Zijn die langdurig, hardnekkig of complex, dan zijn deze artsen de eerst-aangewezenen om ze met elkaar en de patiënt in kaart te brengen en een plan van aanpak op te stellen en uit te (doen) voeren.(...) De praktijk is echter vaak anders...’

Dat laatste kan niet worden ontkend, gezien het nu volgende beknopte overzicht van onderzoeken uit de jaren ‘70 en ‘80, met een al vermelde opmaat in de jaren ‘60 van De Groot en verder onder andere van Querido (1963) en het GAK (1966), en met een uitloop begin jaren ‘90.<sup>5</sup>

Merens-Riedstra en Van Ende (1973) constateerden in hun onderzoek bij 23 hartinfarctpatiënten dat de communicatie tussen de betrokken huisartsen, specialisten, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen van bedrijfsverenigingen of de GMD zeer veel te wensen overliet, dat taakopvattingen niet op elkaar waren afgestemd en intercollegiale toetsing amper plaatsvond. De schaarse contacten met de curatieve sector werden meestal gelegd door verzekeringsartsen.

Van Mansvelt et al. (1974) analyseerden 301 neurologische keuringsrapporten van de Haarlemse Raad van Beroep. Meestal betrof het langdurig verzuim. Bij 15% bleek geestelijke en/of lichamelijke iatrogene invaliditeit te zijn opgetreden door gebrek aan communicatie tussen de behandelende en verzekeringsgeneeskundige sector.

Eeftinck Schattenkerk (1977) volgde 314 ziekenhuispatiënten/werknemers, van wie er 213 meer dan vier dagen verzuimden. Bij 1/3 trad onnodig verzuim op, omdat de verzekeringsarts onvolledige of onvoldoende curatieve informatie had. Behandelend artsen vonden het heel lastig om contact te krijgen met de juiste verzekeringsarts. Specialisten dachten dat bijna alle poliklinische patiënten/werknemers (59% van alle poliklinische patiënten) verzuimden, terwijl slechts 24% dat werkelijk deed. Ten slotte leidde het bespreken van het moment van werkhervatting met de patiënt/werknemer niet tot korter verzuim (zie ook Crul, 1981).

Tordoir et al. volgden voor hun onderzoek 'Gezondheidszorg en lange ziekteduren' (1978) 862 patiënten, die minstens vier weken verzuimden. Van hen bezocht 85% de huisarts, die 66% zelf behandelde – waarvan tweederde samen met de specialist – en 19% direct verwees; 68% onderging een verrichting, één op de vier patiënten werd opgenomen en 23% was onder paramedische behandeling (met name fysiotherapie). Veel aandacht trok de wachttijd: 19,5% van de totale behandelingsduur, meestal vanwege tijdverlies tussen verwijzing en het specialistisch consult na de laatste verrichting. Circa 10% ervan kwam door patients delay en 10% was 'stuurloos', dat wil zeggen zonder medische coördinatie. Tordoir c.s. constateerden toen al lange wachttijden bij onder andere orthopedie, reumatologie en neurochirurgie, en berekenden dat afspraken binnen tien dagen 2300 werkdagen minder verzuim zouden opleveren, oftewel één werkweek per verwezen patiënt.

Soeters (1983) herhaalde dit onderzoek in Zuid-Limburg bij 215 patiënten met vier weken verzuim, en kwam tot 22,1% wachttijden, grotendeels wegens vergelijkbare oorzaken. Alleen de stuurloze periode was drie keer zo lang. Wachttijdreductie met 12,5% zou de verzuimduur met 2,8 werkdagen per manjaar terugbrengen, en de arbeidskosten met 1,2%.

Groothoff (1981) volgde 416 patiënten die langer dan drie maanden verzuimden, en constateerde veel onduidelijkheden en meningsverschillen tussen de betrokken artsen over ieders taak. Volgens de huisartsen was in 24% van de gevallen onbekend of onduidelijk wie de behandeling coördineerde. Voor de werkhervatting was dat 45%. Bij de specialisten bedroegen deze getallen 38%, respectievelijk 60%. Ook schatten huisartsen, specialisten en verzekeringsartsen het werkhervattingsmoment veel te optimistisch in. Voorts bleken huisartsen na drie, zes en negen maanden verzuim in 25% van de gevallen wel te weten wat hun patiënten mankeerden, maar niet dat ze verzuimden. Groothoff schetst dan ook een weinig florissant beeld van de gezondheidszorg, vooral wat betreft gerichtheid op arbeidsreïntegratie en het contact tussen de betrokken artsen.

Hulsmans onderzoek onder WAO'ers (1980) constateert eveneens slechte communicatie tussen de verschillende artsen, alsmede met arbeidsdeskundigen. Behandelend artsen zochten vooral individuele, incidentele oplossingen. Achterliggende oorzaken kwamen weinig aan bod. 'Het hele proces maakt de mensen passief.'

Wiersma (1980) bevestigde dat. Hij volgde 200 mannen vanaf 10 weken verzuim en stuitte op een gebrekkig georganiseerde gezondheidszorg met lange wachttijden, trage verwijzingen, falende patiëntenvoorlichting en gebrekkige sociaalmedische begeleiding vanuit het bedrijf en door behandelend artsen. In de WAO kwamen vooral werknemers met een negatieve perceptie van hun gezondheidstoestand. Dat had minder te maken met de ernst

van de aandoening dan met gevoelens van machteloosheid en vervreemding, die zich uitte in passiviteit.

Uit het omvangrijke WAO-determinantenonderzoek (zie bijvoorbeeld Aarts, 1987) bleek de grote en significante invloed van het oordeel van behandelend artsen op de belangrijkste voorspeller van WAO-toetreding: de perceptie van de eigen gezondheidstoestand.

Dat het anders kan beschreef de verzekeringsarts Luyckx (1982). Hij volgde 200 Philips-werknemers, die langer dan drie maanden verzuimden. Hechte samenwerking tussen huis-, bedrijfs- en verzekeringsartsen bleek te resulteren in 14% WAO-toetreding, tegenover 33% gemiddeld landelijk. De curatieve bemoeienis, vooral van huisartsen, was de eerste drie maanden het grootst.

Een andersoortig positief resultaat boekte Crul (1981). Hij gaf 149 patiënten, die minder dan vier weken verzuimden, aselekt niet of wel een werkhervattingsadvies. Anders dan bij Eeftinck Schattenkerk (1977, zie boven) scheelde dat laatste gemiddeld drie verzuimdagen.

Hamers en Kamphuis (1985) bestudeerden structurele samenwerkingsverbanden van artsen, betrokken bij reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers. Huisartsen en specialisten ontbraken, wegens gebrek aan tijd en interesse, en omdat de bijeenkomsten meestal op voor hen ongunstige tijden waren. Daardoor haakten ook wel geïnteresseerde curatieve artsen af.

Uit 15.655 contacten in zes maanden van 151 verzekeringsartsen met behandelend artsen maakte Epker (1985) op, dat bij 92% daarvan verzekeringsartsen het initiatief namen, ongeveer even vaak met huisartsen als met specialisten. Huisartsen namen bij 12% het initiatief, specialisten bij 5%. Anders dan bij specialisten verliep het contact met huisartsen meestal telefonisch (77%), zodat men direct op elkaars argumenten kon ingaan.

Zo'n eenzijdig contact vonden ook de bedrijfsartsen Beens en Cornelius (1992). Zij vroegen 47 collega's naar hun contacten met huisartsen in de voorafgaande maand. Dat gebeurde gemiddeld 2,5 maal/week (gemiddeld 10 minuten per contact). In 78% van de gevallen nam de bedrijfsarts het initiatief. Gestructureerd overleg kwam vrijwel niet voor. Huisartsen namen gemiddeld slechts één keer per drie maanden zelf contact op, meestal om informatie te geven, en vaak als reactie op eerder contact. Dat komt overeen met NIVEL-onderzoek (1990), waaruit bleek dat huisartsen 0,1 keer per week contact opnemen met bedrijfs- of verzekeringsartsen. Van Attekum (1978, 1983) kwam hoger uit (0,2 respectievelijk 0,3 keer per week), maar wijt dat aan overschattingen door de huisartsen.

Een illustratieve afsluiting van dit overzicht vormt Schröers onderzoek bij 114 overspannen werknemers naar de betrokkenheid van huisartsen, andere hulpverleners en verzekeringsartsen (1993). Kenmerkend was een



lange verzuimduur en veel verloop bij verzuimbeëindiging, door WAO-intrede en ontslag(name). Slechts weinigen herstelden binnen een jaar. De hulpverlening was heterogeen, zonder coördinatie tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts. De huisarts hield de gevalsbehandeling meestal in eigen, passief beheer en bemoeide zich amper met het verzuim, hooguit met de ziekmelding. Meestal was er geen bedrijfsarts of kwam deze te laat in actie. De verzekeringsarts beperkte de begeleiding vaak tot spreekuurcontacten. Zowel bij diens begeleiding als bij de behandeling traden aanzienlijke stuurloze perioden op. Kortom: de enige (potentiële) casemanager is de overspannen werknemer zelf.

Liefhebbers van déjà lu-ervaringen raadde Schröer tenslotte aan om '... achtereenvolgens publicaties uit de jaren '60, '70, '80 en '90 te lezen over samenwerking tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige.'

### **Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: een langdurig problematische relatie**

Op grond van de tot dan toe bekende onderzoeksliteratuur en andere relevante publicaties inventariseerde Buijs<sup>5</sup> tal van knelpunten in de relatie tussen curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, en concludeerde dat die, eventueel in combinatie, kunnen '... resulteren in dan wel bijdragen aan een te lange behandelingsduur, iatrogene invalidering, medicalisering, somatische fixatie, arbeidsongeschiktheidsgewenning, hospitalisering en andere processen die het verzuim kunnen verlengen en WAO-toetreding kunnen bevorderen.'

Niet te voorspellen was toen, dat 14 jaar later de SER in haar advies Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg<sup>6</sup> bij de probleemstelling deze inventarisatie uitgebreid zou weergeven als '... nog steeds een handzame en actuele rubricering van de knelpunten (...) welke tevens een samenvattend overzicht biedt van de meest relevante onderzoeksbevindingen'. Bestudering van de literatuur na 1985 laat volgens de SER helaas zien dat deze knelpunten nog steeds actueel zijn, talrijke beleidsontwikkelingen ten spijt. Daarom volgt hier de genoemde inventarisatie, ingedeeld in vijf elkaar soms overlappende categorieën:

#### **A. Organisatie van de gezondheidszorg**

- (te) veel accent op de tweede lijn;
- te lange (poli)klinische wachttijden in het algemeen, en voor bepaalde specialismen in het bijzonder;
- te lange opnameduren, onder meer door intramurale inefficiëntie en gebrek aan extramurale opvangmogelijkheden;
- een gebrek aan ambulante en tussenvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg;
- de arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg.

#### **B. Beoefening van de geneeskunde**

- het onvoldoende buiten het medische ka-

naal houden van niet-medische problematiek;

- te weinig aandacht voor preventie;
- een te weinig integrale, en daardoor medicaliserende en somatisch fixerende benadering;
- te veel verwijzingen;
- te veel diagnostische (en therapeutische) verrichtingen;
- te weinig aandacht voor revalidatiegeneeskunde;
- onkunde en te optimistische verwachtingen over (het moment van) de werkhervatting;
- te weinig evaluatie van behandelmethoden.

#### **C. Samenwerking**

- te weinig communicatie, overleg en coördinatie, zowel binnen de curatieve sector zelf als van daaruit met bedrijfs- en verzekeringsartsen en andere betrokkenen, alsook tussen de diverse hulpverleners en de patiënt/verzekerde;
- onvoldoende en inadequate begeleiding, gericht op werkhervatting.

#### **D. Gevolgen scheiding behandeling-controle**

- te weinig kennis van en interesse voor de relatie werk-gezondheid, en voor de (uitvoering van de) arbeidsongeschiktheidswetten;
- statusverschillen, belangentegenstellingen en competentiekwesties ten opzichte van bedrijfs- en vooral verzekeringsartsen.

#### **E. Algemene knelpunten, zoals:**

- te weinig kennis over het ontstaan van arbeidsongeschiktheid en de invloed daarop vanuit de curatieve sector;
- problemen bij het exact omschrijven en toepassen van de begrippen ziek en gezond, arbeidsgeschikt en -ongeschikt;
- tekort aan aangepaste arbeidsplaatsen;
- te weinig aandacht in de opleiding voor genoemde knelpunten.

De SER spitst haar advies vervolgens toe op de vraag, hoe deze knelpunten dan wel opgelost moeten worden, zonder aantasting van basiswaarden in de gezondheidszorg als waarborgen van kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid, en het vermijden van tweedeling of voorrang voor werknemers.

Dit advies, waarover later meer, viel in aanmerkelijk betere beleidsmatige aarde dan een verwant SER-advies uit 1980. Al was het ziekteverzuim toen op een historisch hoogtepunt en zwol ook de WAO-instroom flink aan, van serieuze politiek-beleidsmatige verontrusting bleek indertijd weinig.

#### **1983: Adviesaanvraag SMB**

Toch kon de overheid niet aan bovenaangehaalde onderzoeksliteratuur voorbijgaan. Mede tegen die achtergrond dienden medio 1983 de ministeries van Sociale Zaken en Welzijn & Volksgezondheid een Adviesaanvraag inzake sociaalmedische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen in bij de Nationale Raad voor Volksgezondheid (NRV)<sup>7</sup>. Als argumenten golden vooral de oplopende kosten voor de sociale zekerheid, het-



geen de indruk wekte als zou de hoofdoorzaak daarvoor de slechte samenwerking tussen de betrokken artsen zijn. Later zou Lamers, inder tijd Directeur-Generaal bij Sociale Zaken, voor de Parlementaire Onderzoekscommissie Buurmeijer verklaren, dat deze adviesaanvraag kwam nadat het toenmalige kabinet een veel fundamentele niet had aangedurfd, namelijk over de rol van de sociale partners bij de WAO.

Kern van de adviesaanvraag was het in één medische hand leggen van de coördinatie van de behandeling en van de werkhervatting: hetzij bij de huisarts – die dan ziekenbriefjes zou moeten schrijven, net als in menig buitenland – hetzij bij de verzekeringsarts. Die zou dan mogen ingrijpen in de behandeling, net als vóór 1967 bij de Ongevallenwet. Het derde, arbeidsgezondheidskundig geheten model bleek bij nadere bestudering slechts een ondersteuning door een bedrijfsarts te betreffen van het verzekeringsgeneeskundige model.

Alle drie modellen betekenden het doorbreken van de Scheiding behandeling-controle. Dat alleen al lokte direct de nodige weerstand uit. Organisaties als de NVAB, LHV, LVSG, GAK, RCO (werkgevers) en de Gehandicaptenraad ontwikkelden daarop eigen analyses en oplossingen<sup>8</sup>. Dat gold ook voor de CCOZ met onder andere een pleidooi voor een centrale rol voor het koppel huisarts-bedrijfsarts<sup>9</sup>.

#### 1987: het NRV-advies

Het was dan ook niet verwonderlijk, dat de NRV – met daarin de sociale partners, artsen- en patiëntenorganisaties – na ampele overwegingen de drie modellen eind 1987 afwees, evenals het combineren van bedrijfsartsentaken en controletaken in één persoon. Wel formuleerde ze bruikbare definities en uitgangspunten, en werd er een goede beschrijving gegeven van de diverse spelers en hun onderlinge relaties. Voorgesteld werd vervolgens te komen tot een optimalisering van de bestaande situatie, met een protocol voor complexe gevallen en met speciale aandacht voor de rol van de werknemer<sup>10</sup>.

Dit zou echter onvoldoende zijn, zeker achteraf gezien. Al bepleitte de NRV experimenten, er werd toch te weinig recht gedaan aan toenmalige problemen als de ontbrekende rol van de bedrijven/werkgever/chef, de stagnerende uitbreiding van de BGZ, toenemende activiteiten op Arbo-gebied van diverse bedrijfsverenigingen, betaald uit premiegelden, en de verbrokkelde sociaal-medische begeleiding, met (te) veel artsen. Het ontbrak echter aan verdergaande analyses en voldoende consensus en draagvlak voor verdergaande stappen.

Het zou vervolgens tot medio 1992 duren eer het kabinet, dat de NRV in 1983 nog tot spoed had gemaand, op dit advies zou reageren. Daarmee besloeg dit adviestraject dus zo'n negen jaar, hetgeen niet bepaald getuigt van een urgentiegevoel bij de beleidsmakers ten aanzien van de slecht functionerende arbocuratieve samenwerking, hoe zeer ook bij hen de negatieve gevolgen bekend veronder-

steld mochten worden voor diegenen, die het als eersten aangaat: de betrokken patiënten/werknemers, die daardoor extra risico op arbeidsongeschiktheid liepen.

#### 1990: Een kentering kondigt zich aan

Toch zouden de jaren '90 een kentering brengen, die zich in 1990 al deed voorvoelen. Als startschot kan de one-liner 'Nederland is ziek' uit dat jaar beschouwd worden, uitgesproken door toenmalig premier Lubbers. Die zei bovendien te zullen aftreden als het aantal arbeidsongeschikten de miljoen zou bereiken. Daarmee kreeg de WAO-problematiek in één keer de politieke prioriteit, die ze verdiende. Mede daardoor werd 1990 ook het jaar, waarin werkgevers- en werknemerscentrales het voor het eerst eens werden over een fundamentele, meer preventieve aanpak van de WAO-instroom dan tot dan toe. In het Na-jaarsaccorderd werd voortgebouwd op voorstellen uit 1989 van de Tripartiete Werkgroep Arbeidsongeschiktheids-preventie, met vertegenwoordigers van de overheid en de sociale partners. De laatste waren door staatssecretaris De Graaf (Sociale Zaken) tijdens het kabinet-Lubbers-II te hulp geroepen, toen de eerste grote WAO-ingreep, de Stelselherziening Sociale Zekerheid van het kabinet Lubbers-I (1985), onvoldoende bleek te werken.

Ook de artsorganisaties kwamen in 1990 met initiatieven. De NVAB wijdde haar jaarlijkse Bedrijfsgeneeskundige Dagen<sup>11</sup> aan het thema Sociaal-medische begeleiding, voor het eerst georganiseerd samen met NVVG-leden. In vervolg daarop ontwikkelde het NVAB-bestuur het concept 'Eén arts voor arbeid en gezondheid'<sup>12</sup>, mede in reactie op genoemd na-jaarsakkoord. En op het KNMG-jaarcongres, herfst 1990, nam voorzitter Cense de uitdaging van de toenmalige staatssecretaris voor Volksgezondheid Simons aan: Wat kunnen artsen bijdragen aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid?

#### Literatuur

- 1 Anema JR, Buijs PC, Van Putten DJ. Samenwerking huisarts, bedrijfsarts en patiënt: wanneer en hoe? Een Leidraad voor de praktijk. Wordt binnenkort gepubliceerd in Medisch Contact.
- 2 Aktieplan Aanpak Wachtlijden. Zorgverzekeraars Nederland, Secretariaat, Zeist. Aangeboden Perscentrum Nieuwspoor, 12-3-1998.
- 3 Buijs PC, Hart J. Why Dutch GPs do not certify. Br J General Practice 1997; 860-61.
- 4 Buijs PC. Zijn huisarts en bedrijfsarts partners? In: Arbeidsgeneeskunde. Cumulatief Geneeskundig nascholingsysteem Bijblijven (Red: Van Dijk FJH, Haspels PE) 1996;3:50-59.
- 5 Voor bronvermelding van de 18 onderzoeken, vermeld in de paragraaf 'Veel problemen al lang bekend', zie:  
- Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1984.  
- Klein Hesselink DJ, Kruidenier HJ, Veerman TJ, Buijs PC. Afwezigheid verklaard. Amsterdam: NIA, 1993.
- 6 Sociaal-economische Raad. Sociale zekerheid en gezondheidszorg. Advies, uitgebracht Den Haag, juni 1998, p 38-42.



- 7 SZW/WVC. Adviesaanvraag inzake sociaal-medische begeleiding. Den Haag, 18-7-1983.
- 8 Diverse reacties op Adviesaanvraag SMB uit 1983. TSG 1984;62:723 e.v.
- 9 Buijs PC, De Keyser JAL. Samenwerking van artsen bij langerdurend ziekteverzuim. Med Contact 1984;39: 331-334.
- 10 Nationale Raad Volksgezondheid. Advies inzake sociaal-medische begeleiding, Zoetermeer, 7-12-1987.
- 11 NVAB. Sociaal-medische Begeleiding, Verslag Bedrijfs-geneeskundige Dagen. Maandblad Arbeidsomstandigheden 1990;66:539 e.v.
- 12 NVAB-bestuur. Preventie van arbeidsongeschiktheid. Med Contact 1991;46:431-33.

#### Correspondentieadres

Dr. P.C. Buijs, TNO Arbeid, postbus 718, 2130 AS Hoofddorp.

### Nawoord van de redactie

De redactie heeft dr. Peter Buijs, senior adviseur/onderzoeker bij TNO Arbeid, gevraagd een openingsdrieluik te schrijven voor de nieuwe TBV-rubriek Arbocuratieve samenwerking. Buijs, ex-huisarts en begin jaren '80 omgeschoold in de arbeids- en bedrijfs-geneeskunde, is bij uitstek expert op dit gebied: sinds zijn promotie in 1984 op het onderwerp curatieve gezondheidszorg, ziekte-verzuim en arbeidsongeschiktheid is hij nauw

betrokken geweest bij tal van Arbocuratieve ontwikkelingen en initiatieven. Hij deed dit via onderzoek, lezingen, (inter)nationale publicaties, bijdragen aan de diverse opleidingen, bij- en nascholingen, als NVAB-bestuurder (1987-1991) en onder meer als duo-voorzitter van de NVAB/NVVG-Commissie 'Eén arts voor Arbeid-Gezondheid'. Zijn door onderzoek en praktijk gestaafde overtuiging is dat er een betere afstemming dient te komen tussen de curatieve sector en de betrokken sociaal-geneeskundige beroepsgroepen: de verzekeringsgeneeskundigen en sinds de invoering van TZ/Arbo (1994) vooral bedrijfsartsen. Dit is in ieders belang, van de betrokken artsen, werkgevers, overheid, ziektekostenverzekeraars, UVT's, maar allereerst en vooral de betreffende (potentiële) patiënten/werknemers. Het is dan ook zeker mede aan hem te danken dat dit thema, dat tot begin jaren '90 politiek-beleidsmatig nauwelijks interessant was, langzaam maar gestaag de prioriteit heeft gekregen die het verdient. Niet alleen bij de (curatieve) artsen, maar vooral ook bij de beleidsmakers in Den Haag en elders.

Dat daardoor dit drieluik soms een wat persoonlijke kleuring kan krijgen, vindt de redactie eerder een voor- dan een nadeel. Overigens schrijft Buijs het drieluik mede als onderdeel van het implementatietraject van het door ZorgOnderzoek Nederland (ZON) ondersteunde project Leren Samenwerken bij sociaal-medische begeleiding (SMB).

## NIEUWS

### Vereniging OPS wil maatregelen tegen kankergevaar oplosmiddelen

De Vereniging OPS (Organo PsychoSyndroom) krijgt de laatste tijd steeds vaker meldingen van kanker onder werknemers die met oplosmiddelen hebben gewerkt. Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt het vermoeden dat blootstelling aan oplosmiddelen niet alleen leidt tot OPS maar ook tot kanker en aandoeningen aan organen en weefsels. Een recente overzichtsstudie van de Chemiewinkel Amsterdam bevestigt het vermoeden van de Vereniging. Het document 'carcinogeniteit van oplosmiddelen' laat zien dat blootstelling aan oplosmiddelen kan leiden tot kanker aan onder andere nieren, lever, longen, blaas en darmen.

Uit het document 'blootstelling aan organische oplosmiddelen en effecten op weefsels en organen' blijkt onder andere dat oplosmiddelen schade kunnen toebrengen aan hart, longen en spieren. De Vereniging OPS wil dat er meer aandacht komt voor deze gevaren. Daarom roept ze de overheid op maatregelen te nemen. Ook is ze van mening dat werknemers beter beschermd moeten worden tegen deze gevaren. Een betere preventie en meer aandacht van Arbodiensten voor deze risico's zouden hieraan een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Ook wil de Vereniging overleg met de Hartstichting en het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF) over een eventuele samenwerking tegen deze gezondheidsgevaren van oplosmiddelen.

*Wierum, 28 maart 2001*