

# Sociaal-medische begeleiding: modegril of uitdaging?

**Steeds vaker duikt de term sociaal-medische begeleiding op. Hoe komt dat, en wat is het eigenlijk? Een modegril, gewoon verzuimbegeleiding? Of iets uitdagenders, met preventieve meerwaarde, in relatie tot arbeidsomstandigheden? Hebben alleen dokters ermee te maken, of ook anderen,**

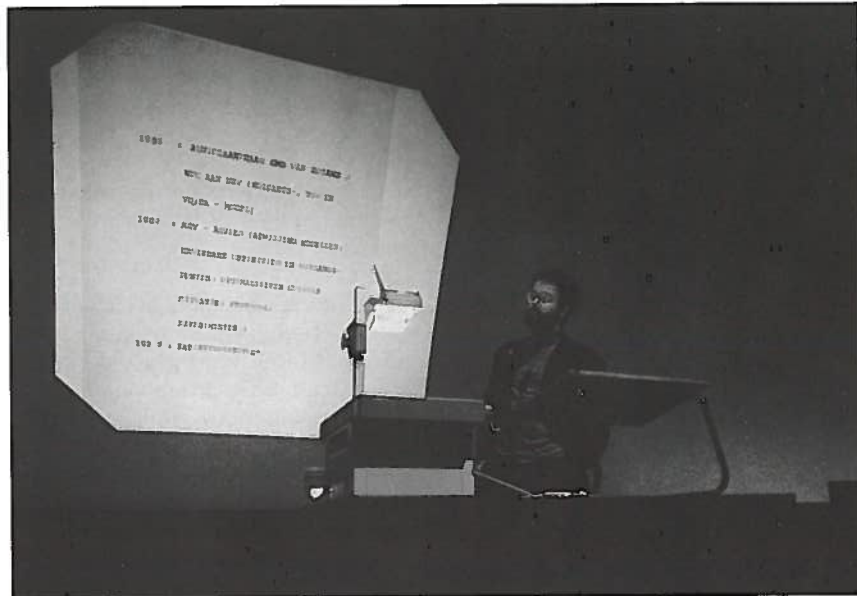
**m.n. binnen de bedrijven? Houdt het werknemers uit de WAO? Wat willen sociale partners en overheid ermee? En moeten sociaal-geneeskundigen zich niet veel meer mengen in de discussie hierover, ook gezien de eigen toekomst.**

'SMB, weg ermee!!!' was als verzuiming nogal eens te beluisteren tijdens de talrijke intensieve vergaderingen van de voorbereidingsgroep voor deze dagen. Die groep kwam al een jaar geleden tot stand en had nog tijd te kort, gezien de buitengewoon complexe materie, de vele begripsverwarringen en verschillen van inzicht: van bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen (VG'-en) tegenover elkaar, maar net zo goed onderling.

'SMB, weg ermee!!!' verzochten ook sommige bedrijfsartsen, als het thema weer eens geagendeerd staat: 'Er zijn toch nog wel andere belangrijke zaken? We hoeven het toch niet alleen te doen met verzekeringsgeneeskundigen. Alsof er geen arbeidshygiënist of bedrijfsverpleegkundigen meer zijn ...'

'SMB, weg ermee!!!' roepen diegenen die het maar een modegril vinden: 'Gewoon de oude verzuimbegeleiding in een nieuw jasje! Zeker een aanloopje voor een fusie van bedrijfsartsen en VG'en!' Of, nog anders: 'Wat een klef woord, begeleiden... Alsof de moderne, zelfbewuste, werknemer daar behoefte aan heeft. Die wil gewoon een goed advies, en verder geen gezeur!'

'SMB, weg ermee!!!' schreven De Keijzer en ikzelf in 1984 in iets diplomatieker bewoordingen namens de toenmalige CCOZ, in reactie op de Adviesaanvraag uit 1983 over deze materie. Met name de daarin gehanteerde definitie van SMB leek onduidelijk: 'Werkzaamheden van in hoofdzaak medische en sociaal-medische aard, welke achtereenvolgens betrekking (kunnen) hebben op signalering, preventie, controle, interventie, revalidatie alsmede reïntegratie'. Het woordje 'kunnen' tussen haakjes maakt deze omschrijving nogal multi-interpretabel. Verwijzend naar ook door anderen gesignaleerde verwarring op dit punt, o.a. in het alweer bijna vergeten NVAB/NVVG-rapport uit 1975, concludeerden wij:



**P.C. Buijs: 'Er valt binnen de BGZ een herwaardering te constateren van de betrokkenheid bij de zieke werknemer naast de meer traditionele aandacht voor primaire preventie.' Foto: Peter Pennarts**

'Derhalve is de overweging gerechtvaardigd, de term "sociaal-medische begeleiding" (voorlopig) te laten rusten en te bekijken - meer vanuit de verzuimer dan vanuit de arts gezien - wat er feitelijk gebeurt of zou moeten gebeuren als iemand in de Ziektewet geraakt'.

Om zo'n benadering te rechtvaardigen bestonden er in 1984 al voldoende redenen, met name de ook in de adviesaanvraag genoemde iatrogene invloeden bij SMB. Die waren vaak al jarenlang bekend, zowel binnen de curatieve als de sociaal-geneeskundige sector, veroorzaakt door knelpunten als:

- gebrek aan communicatie en coördinatie
- gebrek aan kennis van arbeidsomstandigheden en sociale zekerheid in curatieve sector, naast (te) veel verwijzingen en diagnostische verichtingen; lange wachttijden; weinig aandacht voor snelle revalidatie

- te optimistische verwachting over werkhervatting
- te kort schietende wetenschappelijke kennis en opleidingen.

Na 1983 is het begrip SMB echter een eigen leven gaan leiden, vooral tengevolge van het adviseringsproces in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. In de Adviesaanvraag aan de Raad, afkomstig van de Ministeries van SZW en WVC, worden een betere samenwerking en coördinatie tussen de betrokken artsen genoemd als belangrijkste middelen om genoemde iatrogene invloeden tegen te gaan. Men dacht dat eenvoudig te kunnen bereiken door de twee coördinatieprocessen - bij de behandeling en bij de werkhervatting - in één hand te leggen, nl. bij de huisarts of bij de VG. In een derde model figureerde nog een bedrijfarts, maar dan als een soort hulp van de VG. Bij alle drie de modellen werd de scheiding ►

behandeling-controle doorbroken. Deze aanvraag leidde tot een jarenlang debat binnen en tussen de betrokken groeperingen en hun achterbannen: werkgevers, werknemers, overheid, patiëntenorganisaties en de diverse beroepsgroepen. Pas eind 1987 kwam het advies: afwijzing van de drie voorgestelde modellen, een aantal zinvolle uitgangspunten en definities (zie kaders A,B,C,D), een eigen model – kortweg een optimalisering van de huidige gang van zaken, met een protocol voor complexe situaties – en een aanbeveling tot experimenteren.

Over de langere termijn liet men zich niet uit, en er is weinig fantasie voor nodig om te veronderstellen dat daarover te veel verschil van mening verwacht werd. Moet bijvoorbeeld de door alle partijen wenselijk geachte uitbreiding van de BGZ verplicht (werknemers), of vrijwillig (werkgevers) tot stand komen? En hoe verhoudt zich dat tot aspiraties vanuit bedrijfsverenigingen (GAK, Detam) tot meer preventieve, bedrijfsgerichte activiteiten, eventueel tot volwaardige BGZ aan toe?

#### **SMB, wie doet er wat mee?**

Sinds het uitkomen van het NRV-advies ontstonden er allerlei initiatieven waardoor het 'SMB, weg ermee' steeds minder te handhaven viel. Zelf ben ik daar mede schuldig aan, bijvoorbeeld door een artikel in Medisch Contact (1988), dat leidde tot een groot aantal discussiebijdragen, zij het helaas (nog) niet uit de curatieve hoek. Ook in andere vakbladen loopt de discussie, zoals in het TSG met een recent lezenwaardig stuk van Willems (1990).

Wat de BGZ betreft: mede naar aanleiding van de nota 'BGZ in perspectief' verhiel de NVAB SMB tot eerste prioriteit.

De federatie van BGD'en ontwikkelde een standpunt, verwant aan het tandem-model, waarmee Lunshof voortbouwde op de eerder genoemde CCOZ-bijdrage. In diverse opleidingen heeft SMB zich inmiddels een vaste plek verworven; de CORVU wijdde er onlangs nog een themadag aan. Voorts zijn er bij diverse BGD'en onderzoeken uitgevoerd, gaande of in voorbereiding op dit punt.

Concluderend: er valt binnen de BGZ een herwaardering te constateren van de betrokkenheid bij de zieke werknemer, in het kader van preventie van arbeidsongeschiktheid, naast de meer traditionele aandacht voor primaire preventie. Terwijl er vanuit de verzekeringsgeneeskunde eerder een omgekeerde beweging lijkt op te

**A.** 'Al die door de verzekerde gevraagde activiteiten van medici en andere hulpverleners, die erop gericht zijn het herstel van de gezondheid en de werkhervatting te bevorderen. Daarbij dient de arts op harmonieuze wijze de patiënt te ondersteunen en zich steeds rekenschap te geven van de door de overheid in de vooruitgangnota patiëntenbeleid omschreven patiëntenrechten. De verzekerde zelf is de aangewezen persoon om een goede samenwerking en inschakeling van de verschillende hulpverleners te stimuleren en op elkaar af te stemmen.' (Gehandicaptenraad 1984) ■

treden: naast de meer traditionele (spreekkamer)aandacht voor de zieke werknemer zijn er ontwikkelingen in meer preventieve richting. Daarmee wordt ook, nadrukkelijker dan voorheen, daadwerkelijk het traditionele domein van de BGZ betreden: de werkplek.

Wat de sociale partners betreft is het beeld wisselend. Op centraal niveau wordt SMB weliswaar genoemd in het rapport van de Stichting van de Arbeid over de WAO-problematiek van eind vorig jaar, en wel in het kader van preventie. Maar in eerdere concepten stond het daar veel prominenter ... Decentraler vallen concretere initiatieven te signaleren, zoals dat van de Algemene Werkgevers Vereniging en de Industriebond-FNV, onderzoeksmatig gesteund door het NIA, om een bedrijfsgezondheidskundig model van SMB uit te proberen. Daarvoor blijkt bij veel bedrijven en BGD'en animo te bestaan, en ook in andere bedrijfstakken.

En dan is er nog de overheid, die in 1983 op een spoedig advies aandrang bij de NRV, vanwege het toenemend aantal uitkeringen. Dat advies ligt er nu al vanaf 1987, maar het kabinet moet nog steeds reageren, terwijl de WAO-instroom blijft toenemen, en ook het ziekteverzuim weer stijgt (zie tabel 1). Of het kabinet zich deze aarzeling kan permitteren is zeer de vraag. Zeker is dat de direct betrokkenen bij deze materie voor aarzeling geen tijd hebben. Dat geldt allereerst onze beroepsgroepen: bedrijfsartsen en VG'en hebben nu eenmaal dagelijks te maken met werknemers in of bijna in de Ziektewet of de WAO, dan wel op weg naar werkhervatting. Van ons worden elke dag activiteiten, overleggen, adviezen en beslissingen verwacht, onder te brengen onder de noemer SMB.

Maar zoals we maar al te goed weten

zijn wij lang niet de enigen die ontstaan, aard en duur van ziekteverzuim beïnvloeden. Dat doen allereerst ook onze curatieve collegae, met wie wij samen als een soort onheilige drie-eenheid figureren in menig beleidsstuk over SMB. Onheilig, omdat er zoals we al zagen, het nodige aan te merken blijkt te zijn op onze onderlinge samenwerking, en bovendien op de gebrekkige kennis en interesse van behandelende artsen terzake. En dan hebben we het nog niet over de wachttijden, over het een-richtingsverkeer – wij nemen meestal contact op – of over de frustrerende ervaringen bij het inwinnen van relevante informatie...

Echter, niet alleen – of niet in de eerste plaats – dokters zijn bepalend voor hoe het werknemers vergaat, m.n. hen die voor langere tijd ziek dreigen te worden. Minstens zo belangrijk, maar veel minder in kaart gebracht zijn de betrokkenen op bedrijfsniveau bij arbeidsomstandigheden- en sociaal beleid: personeelszaken, het management, de chefs of andere leidinggevenden. Hoe gaan zij om met ziekteverzuim en met arbeidsomstandighedenproblematiek? Schuiven ze het door naar de BGD, PZ of de VG? Of wordt het als een lijnverantwoordelijkheid gezien? Zo ja, heeft dat dan ook de steun van de top, en krijgen de chefs en andere leidinggevenden trainingen over hoe met dergelijke problemen om te gaan? Hoe is de bemoeienis vanuit de OR of de VGW-commissie? En in hoeverre worden werknemers bijvoorbeeld getraind in het omgaan met stress?

Maar niet alleen aard en stijl van leidinggeven of het sociaal beleid zijn medebepalend. Vanouds, maar allernuist achterhaald zijn daar de arbeidsomstandigheden in engere zin: de fysieke en psychische belasting, vaak direct gerelateerd aan het productieproces en aan de ontwikkelingen daarbinnen, vaak gedictieerd door technologische en rentabiliteitsoverwegingen. Ontwikkelingen als: het op aanzienlijke schaal wegvallen van werkplekken 'in de luwte' – geschikt voor (tijdelijk) gedeeltelijk arbeidsongeschikten – ten gevolge van automatisering, rationalisatie of bijvoorbeeld privatisering van kantines, postbesteldiensten e.d. Voorts de steeds maar toenemende eisen vanuit het productieproces, waaraan blijkens signalen vanuit de GMD, ook relatief gezonde mensen steeds minder kunnen voldoen, met als gevolg een uitstoot waar geen WAGW tegen opgewassen lijkt. En dan de 'stille kracht' hiërarchier, de steeds maar toenemende arbeidsproductiviteit,

die tot de hoogste ter wereld behoort, en als visitekaartje voor het Nederlandse bedrijfsleven geldt. Maar de keerzijde ervan kon weleens het hoge percentage arbeidsongeschikten zijn. Een dure afkoopregeling voor minder-productieven ...

En dan hebben we het nog niet gehad over andere ziekteverzuim- en WAO-determinanten van macro-economische, culturele of persoonsgebonden aard, zoals leeftijd, geslacht, verwerkingscapaciteit en coping-gedrag.

### SMB, op weg ermee

Deze dagen zijn echter niet bedoeld om allereerst naar anderen te wijzen, maar om ons eigen aandeel en plaats bij SMB onder de loep te nemen, elkaars taal te leren begrijpen, onze sterkere en zwakkere punten te inventariseren, onze reële en vermeende geschillen, onze kennis over hoe het loopt en onze ideeën over hoe het beter zou kunnen. En als we daar redelijk uit zijn dienen we dat nadrukkelijk onder de aandacht te brengen van werkgevers- en werknemersorganisaties, en van de overheid als wet- en mede regelgever. Zij bepalen immers – veel meer dan in de curatieve sector – de setting waarbinnen wij geacht worden ons werk te doen. Dat geldt niet alleen VG'en, maar zeker ook bedrijfsartsen: Die hebben het bijvoorbeeld lang niet altijd voor het zeggen als het gaat om wel of niet Ziektewet-controle. Of over de bizarre situatie dat de BGZ als enige binnen het totaal aan gezondheidszorgvoorzieningen haar produkt rechtstreeks op de markt moet zien te slijten. Om maar te zwijgen over de rechtsongelijkheid ten opzichte van de meerderheid van de beroepsbevolking, die niet onder zo'n voorziening valt, anders dan in menig ander beschaafd land...

Het is goed even bij deze randvoorwaarden stil te staan, al was het maar om de discussie niet te beginnen met het morele, oer-Nederlandse vingertje van 'Wat jij doet kan medisch-ethisch niet door de beugel!', bijvoorbeeld van curatieve artsen tegen verzekeringsgeneeskundigen, of van bedrijfsartsen zonder tegen bedrijfsartsen met ZW-controle. Zo'n benadering doet meestal weinig recht aan de vaak beperkte keuzevrijheid in dezen. Waarmee een principiële discussie zeker niet uit de weg hoeft te worden gegaan. Ook als sociaal-geneeskundigen hebben we de eed of belofte van Hippocrates afgelegd. De vraag is derhalve zeker legitiem hoe die zich verhoudt tot onze huidige werksituatie en de derden-belangen die daar kunnen spelen, vanuit het bedrijf of de uitvoeringsorganen.

Daarover is zeer wel te praten als gezondheidskundige argumenten vooropgesteld worden: de feitelijke of veronderstelde invloed van ons doen en laten op de gezondheid van werknemers.

SMB, òp weg ermee dus, al was het alleen maar omdat we inmiddels geen keus meer hebben: het begrip is beleidsmatig en in het veld te veel ingeburgerd. En of we het nu zo noemen of niet: onze beroepsgroepen hebben als geen ander te maken met werknemers, die om gezondheidsredenen tijdelijk of blijvend hun werk

**B.** 'Alle werkzaamheden die door deskundigen worden verricht ten behoeve van arbeidsongeschikte werknemers, gericht op herstel, of behoud van hun geestelijke en/of lichamelijke gezondheid, en gericht op (gedeeltelijke) werkhervatting of op het aanpassen aan een arbeidsloos bestaan.' (A. de Graaf, CGOZ, 1987)

niet meer aankunnen. In dat kader hebben wij met elkaar te maken, of we dat nu leuk vinden of niet. Dan is het zaak sámen, en niet langs elkaar heen te werken in aanvulling op, en niet in concurrentie met elkaar, allereerst omwille van de betrokken werknemers.

Dat was voor de NVAB ook een belangrijke overweging om SMB een hoge prioriteit te geven. Vanuit mijn eigen ervaringen tijdens die voorbereiding wil ik nu een nadere toelichting geven op het programma.

### SMB, wat bedoelt men ermee?

Een van de belangrijkste, maar ook vermoedendste opgaven voor de werkgroep was het voortdurend nagaan of we het over hetzelfde hadden als we ons bogen over SMB of aspecten daarvan. En dat bleek al allerminst eenvoudig bij het definiëren. We zagen reeds de pogingen van het kabinet en van de Nationale Raad. Maar er bestaan er veel meer (zie kaders A, B, C en D).

De werkgroep heeft zich niet te lang verdiept in scholastische discussies over de juiste definitie. Die van de NRV leek nog het bruikbaarst als vertrekpunt, vanwege de breedheid en de kennelijk unanieme ondersteuning binnen de Raad. Ons leek echter de vraag belangrijker welke activiteiten uit die definitie er specifiek van bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen verwacht mogen

worden. Een handzaam overzicht daarvan ontbreekt merkwaardigerwijs in het advies. Een gedachtenwisseling hierover binnen de werkgroep leverde de volgende elementen op:

- selectie (wie wel/niet op spreekuur), eventueel op basis van:
- nadere info-inwinning (eigen verklaring)
- (claim)beoordeling
- verdere begeleiding (routing, (vervolg)contact, Sociaal Medisch Team, coördinatie, info opvragen bij curatieve sector, revalidatie, eventueel interventie/melding GMD)
- werkhervatting/reïntegratie (eigen/passend werk)
- preventieve acties (individueel of groepsgewijs); signalering; SMB plaatsen in breder kader van bedrijfsgezondheidskundige zorg (gegevens van aanstellingskeuring, PBGO, spreekuurcontacten zonder ziekmelding, GVO).

Over hoe sociaal-geneeskundigen in diverse werksituaties met deze ele-

**C.** 'Het geheel aan activiteiten, met name binnen het bedrijf, ter voorkoming of beperking van vermijdbaar verzuim en (blijvende) ongeschiktheid; de centrale rol voor de BGZ, moet er voor zorgen dat genoemde activiteiten zich niet beperken tot begeleiding, rehabilitatie en reïntegratie, maar uitdrukkelijk ook preventief gericht zijn, met name op de aanpak van bedrijfs- of functiegebonden oorzaken of achtergronden van de arbeidsongeschiktheid.' (AWV / IB-FNV / NIA, 1989)

mente omgaan is amper onderzoek beschikbaar, in tegenstelling tot talrijke beschouwingen over hoe het zou moeten (tot die van NRV aan toe), om maar te zwijgen over dokterscasuïstiek en borrelpraat. Met het oog daarop wilden we een representatieve enquête houden onder NVAB- en NVVG-leden. Helaas ontbrak uiteindelijk de tijd om dat verantwoord te doen, maar daar komen we nog op terug.

Uit bovengenoemde opsomming zijn die elementen gekozen die in de werkgroep de meeste en interessantste discussies opleverden, en de moeite waard leken te laten belichten vanuit de diverse bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige posities. Wat de sprekers betreft hebben we het 'dicht bij huis' gezocht: geen kopstukken – die zijn er ook amper op dit terrein, waar éénoog al gauw koning is. Ook wilden ▶



we deze keer geen overheid of sociale partners, hoe belangrijk ook, maar 'gewoon onder elkaar', met sprekers van de werkvloer, zonder opsmuk vertellend over de weerbarstige praktijk van elke dag, en voors en tegens daarvan.

### SMB als uitdaging

Je kan dezer dagen geen krant open slaan of het gaat over de arbeidsongeschiktheidsproblematiek. Zelfs kritiek op de Arbeidsinspectie wordt in dat kader geplaatst. Het lijkt wel of 'de politiek' opeens met schrik dit vraagstuk ontdekt heeft. Er vallen zelfs nogal tegenstrijdige uitspraken van diverse bewindslieden te beluisteren, bijvoorbeeld over wel of niet verplichte quotering. Zo tegenstrijdig dat de oppositie al vraagt hoe het staat met het hoge goed van de eenheid van kabinetsoptvatting... Deze, wat paniekerig aandoende reacties worden vooral ingegeven door de opnieuw hoger dan geschatte toename aan arbeidsongeschikten, met name van ABP-zijde. Dit leidde tot ingrijpende correcties van het moment waarop het miljoen verwacht kan worden. Werd dat in 1988 nog gehouden op 2010, vorig jaar werd al gesproken over 'wellicht nog deze eeuw', en dit jaar zelf over 1993... Nog niet zo lang geleden verbond premier Lubbers zijn politieke lot aan het getal van één miljoen uitkeringsgerechtigden. Dat betrof echter werklozen, en daaraan besteden overheid en sociale partners sindsdien veel aandacht, meer dan aan het arbeidsongeschiktheidsvraagstuk. Maar die laatste tijdbom – want zo mag je het rustig noemen – tikte al toen de werkloosheid nog geen ècht probleem was, zoals in de eerste helft van de jaren zeventig. Er werd toen al van diverse kanten gewaarschuwd, maar beleidsmakers leken in het algemeen niet ècht bereid zich in de materie te verdiepen, met name niet in de oorzaken en achtergronden. En zoals niet ongebruikelijk bij het korte-baanwerk dat de politiek vaak is, kwamen er pas maatregelen toen de nood zo hoog gestegen was dat men geen tijd meer zei te hebben voor veel meer dan symptomenbestrijding: de kortingen op de uitkeringen in het kader van Bestek '81, de ziekengeld-affaire uit 1981/1982, en de Stelselherziening Sociale Zekerheid in 1986. Dat zo'n aanpak niet werkt moest echter ook staatssecretaris De Graaf erkennen: het aantal arbeidsongeschikten bleef stijgen. Eind 1988 werden de sociale partners te hulp geroepen, om samen met de overheid voorstellen te ontwikkelen: een stap vooruit. Toen is ook voor het eerst

**D.** 'Het geheel van activiteiten van medici of andere hulpverleners die ofwel door verzekerde gevraagd worden, danwel welke voor hem nodig worden geacht en die gericht zijn op herstel, behoud of bevorderen van gezondheid en maatschappelijk evenwicht en die in beginsel zijn gericht op werkhervatting'. Dat betekent: '...het zo doelmatig en snel mogelijk integreren van patiënt / verzekerde in het arbeidsproces, het voorkomen van onnodig verzuim en het vermijden van medicalisering.' (NRV, 1987)

het thema preventie van arbeidsongeschiktheid serieus onder de loep genomen, in relatie tot arbeidsomstandigheden: opnieuw een stap vooruit. Tal van maatregelen werden voorgesteld, velen unaniem. Daarbij kreeg overigens uitbreiding van de BGZ ruim aandacht, in tegenstelling tot de plannen op preventief gebied van de uitvoeringsorganen. Het eindrapport (oktober 1989) is door het nieuwe kabinet in grote lijnen overgenomen (maart 1990). Dan blijkt er echter – mooie woorden ten spijt – toch teleurstellend weinig geld beschikbaar, juist voor preventie. Ideeën voor een fonds voor onderzoek en experimenten op dit terrein – te voeden uit de sociale-zekerheids-gelden – worden bijvoorbeeld amper gehonoreerd. En de SMB? Die wordt gereduceerd tot secundaire preventie, waarover een apart standpunt wordt aangekondigd, mede in reactie op het NVR-advies. En daar kunnen we het dan mee doen...

Over dit alles valt natuurlijk veel meer te zeggen dan hier mogelijk is. Relevant voor sociaal-geneeskundigen is in ieder geval de wrange constatering dat er over zaken, die ons werkterrein betreffen, bijna twee jaar gepraat wordt zonder dat er daarbij een structureel beroep gedaan wordt op de deskundigheid van diegenen die dagelijks geconfronteerd worden met de aan de orde zijnde problematiek. Op ons dus! Wel hebben de vakcentrales regelmatig overlegd met een delegatie van het NVAB-bestuur, en eenmalig ook de werkgeverscentrales. Voorts zijn er natuurlijk afgevaardigden van ons betrokken bij diverse adviesorganen. Maar waar het nu om gaat, en wat ook ons zelf aan te rekenen is, is dat veel relevante praktijkervaring onbenut en onbesproken blijft, niet systematisch onderzocht wordt. Niet dat wij het ei van Columbus voorhanden hebben, dat heeft in dezen niemand. Maar om te beginnen zou-

den wij gevraagd kunnen worden, of voorgestelde maatregelen wel zullen helpen. En wellicht leven er creatieve ideeën bij ons, die niet te verzinnen zijn van achter een departementaal bureau of vanuit kantoren van sociale partners... Zie bijvoorbeeld het NVVG-verzuimpreventierapport, het NVAB-standpunt over de aanstellingskeuring, of de Open Brief aan de kabinetsformateur inzake arbeidsongeschiktheidspreventie.

Op die manier zouden wij als sociale geneeskundigen ons ook veel nadrukkelijker moeten mengen in het maatschappelijke debat. Daarmee zouden we de samenleving af en toe een spiegel kunnen voorhouden, daar waar wij problemen, die elders veroorzaakt worden, krijgen doorgeschoven, teneinde ze zo geruisloos mogelijk op te lossen, al dan niet gemedicaliseerd. En zeker dienen we met sociaal-medische argumenten een humaan tegenwicht te bieden tegen louter financieel-economische redenties op dit terrein. Waarom zouden wij als beroepsgroep bijvoorbeeld niet publiekelijk duidelijk maken dat het medisch gezien zeer frustrerend is om werknemers die na jaren de productie-eisen niet meer kunnen bijbenen, maar nog wel kunnen en willen blijven werken, een 'restcapaciteit' toe te kennen, wetend dat het perspectief voor hen eerder de bijstand is dan het vinden van passend werk.

Zo valt van SMB zeer wel een uitdaging te maken. Zeker als we het niet opvatten in de klassieke zin van verzuimbegeleiding, maar eigentijds. Niet beperkt tot op zijn best secundaire preventie, maar zich ook uitstrekkend tot primaire preventie, door het te plaatsen in een breder kader van het totaal aan sociaal-medische zorg: de aanstellingskeuring, vormen van PBGO, voorlichting, advisering, werkplekonderzoek, spreekuurcontacten voordat het tot een ziekmelding komt. Dit vereist instrumenten om tijdig te signaleren, en om aan de hand van individuele en afdelingsgewijze verzuimcijfers eventuele preventieve consequenties te trekken omtrent de arbeidsomstandigheden, stijl van leidinggeven, coping van werknemers, en dergelijke. Zo valt SMB te plaatsen in het hart van de arbeidsongeschiktheidspreventie en in het hart van de bedrijven, waar de problemen ontstaan en vaak ook opgelost moeten en kunnen worden. Hier zullen verzekerings- en bedrijfsartsen nog veel met elkaar te maken krijgen. En het is niet gezegd dat dat probleemloos zal verlopen. Over onze hoofden heen lijken ook ontwikkelingen gaande die

potentiële conflictstof in zich bergen. Een handicap daarbij is dat een heldere, consistente visie over hoe onze beroepsgroepen zich in relatie met elkaar verder dienen te ontwikkelen ontbreekt: bij onszelf, bij de overheid en bij de sociale partners. Welke van de twee modellen uit het debat hierover moet het worden? Het complementaire – VG en bedrijfsarts náást elkaar – of het integratie-model? Of een mengvorm? Of iets heel anders?

#### SMB: naar een nieuwe functie?

Op het NVVG-congres, 8 december

**Tabel 1. Recente ontwikkeling van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid**

	ziekteverzuim-percentage (bron: NIA)	aantal arbeidsongeschikten (bron: SVR-jaarverslagen)
1986	8,4	776 000
1987	8,1	794 000
1988	8,5	814 000
1989	8,8	840 000 (geschat)

1989, zei werkgevers-woordvoerder Van Kesteren nog dat hij het ontwikkelen van zo'n visie vooralsnog overliet aan de beroepsgroepen. Welnu, duidelijker kan de handschoen ons niet toegeworpen worden. En ik denk dat we die móeten opnemen, hoezeer we er zelf ook nog niet uit zijn.

Doen we het níét, dan wordt er óver ons beslist. Of er wordt niet beslist, en dan konden zich de komende jaren welens twee conflicterende ontwikkelingen doorzetten. Beide onder verantwoordelijkheid van overheid en sociale partners, beide mede beargumenteerd vanuit preventie van arbeidsongeschiktheid: enerzijds naar BGZ voor de hele beroepsbevolking, anderzijds naar bedrijfsgebonden VG'en voor alle bedrijven. Beide met vrije toegang tot werkplek en management, beide beschikkend over registratiegegevens, beide met bemoeienis met zieke werknemers, beide (ook) preventief gericht. Wat een doublures, verwarring en wrijvingen zal dat kunnen opleveren...

Nemen we die handschoen wèl op, en doen we het verstandig, op basis van gezondheidskundige argumenten, met respect voor elkaars identiteit en het verder ontwikkelen daarvan, dan zouden we wel eens een eind kunnen komen. Dan lijkt het wel verstandig een kortere en een langere termijnstrategie uit elkaar te houden. Voor de korte termijn dient mijns inziens zeker het complementaire model centraal te staan.

Dat zou ook kunnen gelden voor de langere termijn. Maar – en nu praat ik strikt op persoonlijke titel – wellicht valt er ook toe te werken naar een sociaal-geneeskundige functie, die we voorlopig een arbeidsgezondheidskundige zullen noemen. Deze werkt regionaal en bedrijfsgericht, is goed bekend met bedrijven, werkplekken en met het netwerk van relevante personen aldaar: bedrijfsleidingen OR, management en PZ. Hij of zij heeft kennis van arbeidsomstandigheden, van preventie en van basale sociale zekerheidszaken en heeft te maken met gezonde en met zieke werk-

nemers, vanaf de aanstellingskeuring tot het moment van uittreden uit het arbeidsproces. Een soort huisarts van het bedrijf, met een beroepsmatig onafhankelijke positie, waar vertrouwelijkheid gegarandeerd is, voor werknemers en management. Dat vormt een voorwaarde om te weten te kunnen komen wat er écht aan de hand is, en – minstens zo belangrijk – om eindelijk eens met de curatieve sector tot een creatievere informatie-uitwisseling en samenwerking te kunnen komen: één van de grootste knelpunten buiten het bedrijf; één arts ten slotte die de werknemer adviseert omtrent een zo spoedig mogelijke, eventueel aangepaste werkhervatting; die in dat kader goed kan samenwerken met andere deskundigen op arbeidsomstandigheden en sociale zekerheidsreinen. Op de laatste moet hij met name kunnen terugvallen als hij er zelf niet uitkomt, enigszins in vergelijking met de huisarts en de specialist: bij complexe verzekeringsgeneeskundige problematiek, voor specifieke adviezen of voorzieningen, bij het vermoeden van WAO-aspecten, en ook bij verschil van mening inzake werkhervatting. Dat vraagt overigens wel om speciale voorzieningen en regelingen rond de claimbeoordeling, bijvoorbeeld in de vorm van een second opinion. Zowel ten bate van de sociaal-geneeskundige – als deze bijvoorbeeld hervatting geïndiceerd acht – als ten bate van de werknemer, als die zich bijvoorbeeld ten onrechte

richting WAO gemanipuleerd voelt. Verwacht mag echter worden dat werknemer en bedrijfsarts er meestal gezamenlijk uitkomen, zonodig na consultatie.

Het merendeel van de huidige bedrijfsartsen en VG'en zou naar zo'n functie om-, her- of bij te scholen zijn, terwijl de overigen zich kunnen specialiseren. Mede afhankelijk van de inzet van anderen zou de werkdruk van deze artsen aangepast moeten worden, terwijl de financiering (deels) vanuit de sociale zekerheids-gelden zou dienen te geschieden.

Tot zover een ruwe schets, op basis van denkwerk van diverse zijden. Ongetwijfeld valt er het nodige op aan te merken, maar zo'n functie zou wel tegemoetkomen aan tal van verlangens van betrokkenen: bedrijfsartsen kunnen meer bemoeienis hebben met zieke werknemers, met behoud van hun (veronderstelde) vertrouwenspositie, ofwel het verkrijgen ervan (bij huidige combifunctie). En de uitzonderingspositie van de BGZ in de totale gezondheidszorg kan dan beëindigd worden, namelijk de volledige afhankelijkheid van 'markt'-financiering, met alle risico's vandien. Verzekeringsgeneeskundigen kunnen zo pas écht preventief, bedrijfsgericht werken en de werknemers al leren kennen vóór de ziekmelding. En voor beide betekent zo'n constructie het vervangen van een (potentieel) concurrerende verhouding door één van samenwerking en van planmatige uitbouw van de arbeidsgezondheidskundige zorg over alle werknemers. Werkgevers zien dan hun wens vervuld om de bedrijfsarts meer bij het verzuim te betrekken en de vakcentrales hun pleidooi tegen de combifunctie, of, breder geformuleerd, hun wens om begeleiding en claimbeoordeling gescheiden te houden. De curatieve sector zou veel creatiever, adequater en sneller kunnen overleggen en samenwerken met zo'n arbeidsgezondheidskundige die niet zèlf aan claimbeoordeling doet. De overheid zal de veel overzichtelijker coördinatielijn moeten aanspreken (zie de Adviesaanvraag uit 1983) en het aanpakken van de arbeidsomstandighedenproblematiek bij één van de wortels. De gehandicaptenorganisaties hebben hun 'vertrouwensarts' op het werk en meer in het algemeen krijgen zieke werknemers in de meeste gevallen met één deskundige te maken, i.p.v. met de bedrijfsarts en de VG, waardoor de kans op doublures, langs elkaar heen werken of op elkaar wachten, afneemt. Maar het belangrijkste kon wel eens zijn – ook met het oog op de EEG- ▶



richtlijn inzake preventie voor 1992 – dat hiermee elk bedrijf of organisatie te voorzien is van een vorm van preventieve arbeidsgezondheidskundige zorg. Een tot nu toe vroom gebleven verlangen van alle betrokken groeperingen.

Ten slotte kan het creëren van zo'n functie bijdragen aan het doorbreken van de muur tussen arbeidsomstandighedenbeleid en sociaal beleid, tussen preventie en sociale zekerheid. Een muur die je overal kunt tegenkomen, organisatorisch en financieel: binnen bedrijven, bij organisaties van werkgevers en werknemers, en bij de overheid: DGA en DGSZ. Wil een werkelijke preventie van arbeidsongeschiktheid van de grond komen, dan dient die muur geslecht te worden. En hoewel bedrijfsartsen en VG'en die muur in zekere zin ook representeren dwingt juist de praktijk tot het doorbreken ervan, tot het leren begrijpen van de denkwereld aan 'gene zijde'.

### P.C. Buijs

Sociaal-geneeskundige NIA, Amsterdam

### Literatuur

- Advies SMB + bijlagen, NRV, Zoetermeer, 1987.
- Buijs, P.C.; SMB, een zaak die alle artsen aangaat, Medisch Contact 43 (1988), nr. 38, 1131-1136, alsmede bijdragen in vervolg daarop van bijvoorbeeld T. Lunshof, J.B.S. Bruins Slot, M. v.d. Toorn, P.C. den Bieman en S. Knepper, in resp. MC 43 (1988), nr. 45, 1381-1383; 43 (1988), nr. 51, 1593-1596; 44 (1989), nr. 5, 155-156; 44 (1989), nr. 9, 296-297; 45 (1990), nr. 5, 143-146.
- Buijs, P.C., R. Prins en R.J. van Amstel; SMB en Arbobeleid: een verslag van 8 case-studies, NIA, Amsterdam, 1989.
- CORVU; Visie op verzuimbegeleiding, Symposium AMC 23 maart 1990.
- Dijk, F.J.H. van; BGZ: één stap achteruit, twee stappen vooruit? TSG 67 (1989), 40-46; plus dispuut hierover in TSG 67 (1989), nr. 7, 250-253.
- Federatie van gezamenlijke BGD'en; 'Standpunt inzake SMB', Den Haag, 1990.
- Kabinetstandpunt m.b.t. aanbevelingen van de tripartiete werkgroep volumebeleid arbeidsongeschiktheidsregelingen + bijlagen; Den Haag, 6 maart 1990.
- NVAB; Open brief aan de kabinetsformateur met betrekking tot arbeidsongeschiktheidspreventie, 2 oktober 1989, NVAB-infobulletin, 20 (1989), nr. 4, 16-17.
- NVAB; Aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen, Utrecht, oktober 1989.
- NVVG; Verzuimpreventie, Utrecht, april 1989.
- Willems, J.H.B.M.; Sociale verzekeringsgeneeskunde en BGZ: één weg naar de toekomst? TSG 68 (1990), nr. 4, 191-197.
- Wonderen, Th. van; Industrie wil start maken met SMB; Arbo-nieuws (1989), nr. 12, 6-7.

Een uitgebreidere literatuurlijst is op te vragen bij de auteur.

## Holland, spruiten-land!

# Selectie bij sociaal-medische begeleiding

**Nederland is een spruitenexporteur van formaat in de wereld! Dat is niet zomaar van de ene op de andere dag gekomen. Allereerst is gekeken naar afzetmarkten, en dat bleken in de zeventiger jaren groeimarkten te zijn. Vervolgens is uitgebreid geëxperimenteerd met teelttechnieken, typen grond en dergelijke.**

Dit onderzoek blijkt van wezenlijk belang voor toekomstig succes. Doelstelling bij dit alles was op een effectieve en efficiënte methode een product op de markt te brengen om hiermee winst te kunnen maken. Om constante hoge kwaliteit te kunnen garanderen moest er een uitgekende manier van selectie plaatshebben.

Selectie is een must, het achterwege laten levert zeker spruiten op, maar hoogstens geschikt voor de babyvoeding.

Om die doelstelling te halen, moeten er selectiecriteria komen. Dus ..., waar dient bij groente op te worden gelet – U merkt dat daar ook beoordeling om de hoek komt kijken – ofwel: wat zijn criteria voor goede en minder kwaliteit:

Kleur, formaat, vorm en smaak om de belangrijkste te noemen. Selectie op kleur is eenvoudig en is objectief goed vast te leggen. Selectie op formaat is dat ook: zeven met vaste openingen selecteren de verschillende formaten uit.

Kleur en formaat noemen we de objectieve selectiecriteria. Vorm is zeker belangrijk voor de acceptatie door de cliënt. Maar wat is de aantrekkelijkste vorm? En de smaak? Over smaak valt niet te twisten! Toch moet er een soort communis opinio voorhanden zijn om de verhandelbaarheid van deze groente te ondersteunen.

Vorm en smaak noemen we subjectieve selectiecriteria.

Voor zowel objectieve als subjectieve criteria is onderzoek bijvoorbeeld in de markt, onontbeerlijk.

### Samenvattend:

1e: Noodzakelijk is de doelstelling bij het in de export nemen: omzetvergroting en dus winst maken!

2e: Er dient een doelstelling te zijn voor het doen doorvoeren van selectie. Effect: constante topkwaliteit en dus hogere marges.

3e: Selectie dient uitgevoerd te worden met behulp van zo goed mogelijk geformuleerde criteria, liefst objectieve en aan de hand van grondig onderzoek verkregen.

Wellicht hebt u het idee zich in de verkeerde zaal te bevinden ..., niets is echter minder waar. Ik zal u van dat idee afhelpen door over te stappen naar selectie bij sociaal-medische begeleiding (SMB).

Analoog aan bovenstaande kan worden geconstateerd dat er naast doelstellingen betreffende SMB ook doelstellingen en adequate criteria ten behoeve van selectie moeten zijn. Immers, in wat zou het spruiten-telen met SMB verschillen? Ach, misschien is de agrarische sector internationaal gezien wat succesvoller.

### Doelstellingen

Wat is/zijn doelstelling(en) bij Sociaal-Medische Begeleiding? Ik noem de twee belangrijkste:

1. behoud van functioneren, met name in het arbeidsproces;
2. preventie van gezondheidsschade in/door werk.

Kan, om die doelstellingen te halen, selectie daarbij behulpzaam zijn en zo ja welke criteria dienen daarvoor geformuleerd te worden?

Er zijn twee heel goede argumenten te bedenken om selectie uit te voeren, te weten selectie in het kader van effectiviteit en selectie in het kader van efficiëntie. En die beide afgezet tegen de te behalen doelstelling.

Ad 1. Effectiviteit of doelgerichtheid: juist die mensen weten op te sporen die je in het kader van je doelstelling wilt vangen. Selectie van risico-