

BGD speelt belangrijke rol bij reïntegratie

Reïntegratie in de arbeid is een begrip met een betrekkelijk korte geschiedenis. Voor zover ik kon nagaan wordt het voor het eerst genoemd in de adviesaanvraag inzake sociaal medische begeleiding bij ziek-

te en arbeidsongeschiktheidsregelingen van 1983 (Cie. Lamers). In de leerboeken over bedrijfsgezondheidszorg wordt tot dan toe gesproken van 'revalidatie in het bedrijf'.



J. Dam: 'Aan de uitspraak: "De huisarts zei dat ik nog maar even rustig aan moest doen" is voor menig leidinggevende moeilijk betekenis te hechten.' Foto: Peter Pennarts

In grote lijnen wordt hetzelfde bedoeld: begeleiding naar maatschappelijk herstel, in het bijzonder naar werkhervatting. De activiteiten worden geacht gericht te zijn op terugkeer in de arbeid. Daartoe worden langdurig zieken begeleid in spreekuren, wordt overleg gevoerd en advies gegeven. In de ons omringende landen wordt gesproken van 'rehabilitation'.

De afgelopen decennia hebben wij, als samenleving een arbeidspopulatie gecreëerd die in Nederland de gezondste deelpopulatie vormt en internationaal gezien tot een van de meest produktieve behoort, zij het gering in omvang. De maatschappelijke prijs die wij daarvoor hebben betaald is hoog: 800 000 arbeidsongeschikten en 26 miljard jaarlijks aan uitkeringen. De regering maakt zich daarover,

naar mijn mening terecht, zorgen en kondigt maatregelen af. De maatregelen hebben tot doel dit enorme volume terug te dringen. Het mag dan ook geen verbazing wekken dat reïntegratieproblematiek zich in toenemende belangstelling mag verheugen. Niet alleen bij VG'en. Ook bedrijfsartsen zien voor zichzelf een belangrijke rol weggelegd. Er kan weer ronduit gesproken worden over de rol van de bedrijfsarts bij individuele hulpverlening. Het belang daarvan zal ik later onderstrepen.

Momenteel voert het NIPG een studie uit naar de effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg, onder leiding van Draaisma. (1) In dat onderzoek zijn bedrijfsgezondheidsteams onder andere geïnterviewd over hun activiteiten. Hoewel het onderzoek nog in

het stadium van de eerste analyses verkeert, wil ik alvast een tipje van de sluier oplichten. Later dit jaar is het eerste deelrapport tegemoet te zien.

In het onderzoek is een onderscheid gemaakt tussen 'begeleiding langdurig verzuim' en 'begeleiding bij reïntegratie van gehandicapte werknemers'. In de interviews blijkt dat beide activiteiten moeilijk af te grenzen zijn. 2/3 van de respondenten zegt dat de procedures niet van elkaar verschillen. Ik zal mij dan ook beperken tot de resultaten van het hoofdstuk 'begeleiding langdurig verzuim'.

Wat blijkt:

- indien een bedrijfsarts ook de VG-taak heeft, is er minder vaak sprake van een vaste ondergrens voor het starten van de begeleiding. Anders ligt de grens vanaf 3 weken;
- hoe verder de BGD van de VG-taak afstaat des te meer komen standaardprocedures voor;
- schakelt het bedrijf u in als men het verzuim onterecht lang vindt duren? Volgens de respondenten is er een relatie met de financieel-economische positie: hoe beter de positie hoe minder de BGD wordt ingeschakeld;
- het bestaan van een SMT blijkt vooral gekoppeld te zijn aan het hebben van VG-taken. Bij overheidsdiensten en enkelvoudige met VG-taak komt in 90% van de gevallen het SMT voor, bij de gezamenlijke BGD of indien de VG-taak buiten de BGD ligt in de helft van de gevallen;
- contacten met de curatieve sector wordt door allen onderhouden. Gaat het om de beoordeling van de informatie-uitwisseling dan blijkt dat BGD'en, werkzaam in een industriële setting wat vaker klagen over het niet tijdig verkrijgen van de informatie; ook BGZ-teams werkzaam voor grote bedrijven klagen hierover duidelijk vaker;
- wordt gevraagd naar het percentage daadwerkelijke begeleidingen t.o.v. de potentiële populatie dan blijkt dit

percentage hoger te liggen indien de bedrijfsarts de VG-taak uitvoert. Ook als dit niet het geval is wordt nog gemiddeld 80% van de langdurig verzuimbegeleiders begeleid. Het is dan ook de vraag op grond van welke criteria verzuimbegeleiding wordt aangevraagd en met welk doel dat gebeurt. De selectie lijkt vooralsnog vooral op verzekeringsgeneeskundige overwegingen plaats te vinden;

- op de vraag of voldoende aandacht gegeven kan worden aan de verzuimbegeleiding antwoordt 90%: ja. Het is nog de vraag welke aanleiding de overige 10% zien om 'nee' te zeggen. Mogelijk is er een verband met de samenstelling van het BGZ-team. Na de beschrijving van de activiteit zelf is het interessant na te gaan wat dit nu allemaal oplevert;
- 3/4 van de respondenten zegt vanuit de begeleiding knelpunten op het spoor te zijn gekomen die men daarvoor nog niet kende. Bij de overheids-BGD'en bedraagt dit zelfs 100%. Het ziet er naar uit dat 'begeleiding' een belangrijk, zo niet één van de belangrijkste signaleringsinstrumenten voor de BGD is;
- op de vraag of op basis van die knelpunten adviezen worden gegeven antwoordt 98%: ja, indien het aan werknemers is gericht. Gaat het over adviezen aan het bedrijf dan daalt de score tot 75%;
- de eerste analyse laat zien dat in kleine bedrijven er significant minder vaak geadviseerd wordt op basis van knelpunten uit de verzuimbegeleiding.

Tot slot van dit hoofdstuk in het onderzoek is gevraagd naar de consequentie die de verzuimbegeleiding heeft voor de vertrouwenspositie van de BGD. Van de BGD'en die geen VG-taak hebben zegt 90% dat de begeleiding niet ten koste gaat van die positie. Bij enkelvoudige diensten en overheidsdiensten bedraagt dit percentage 60.

Tot zover een eerste inzicht in de gegevens van het onderzoek naar effectiviteit van de bedrijfsgezondheidszorg. Het stadium waarin het onderzoek zich bevindt laat nog geen verder gaande interpretatie toe.

Afbakenen

Duidelijk is dat de gebruikte begrippen: revalidatie, reïntegratie en verzuimbegeleiding niet eenduidig zijn. Ik wil daarom een poging doen tot het afbakenen van het voor dit moment belangrijke begrip reïntegratie.

Verreweg de meeste terugkeer in de arbeid, in het geval van arbeidsongeschiktheid, vindt plaats zonder dat een medisch deskundige daarmee

bemoeienis heeft. Veelal bepalen de werknemer en – namens de werkgever – diens chef wanneer en hoe hervatting zal plaatsvinden. Er treedt een nieuwe fase in naar mijn idee ook een nieuw proces in indien niet tot overeenstemming wordt gekomen. Legio oorzaken kunnen daaraan ten grondslag liggen. Een voor de hand liggende is twijfel over iemands inzetbaarheid bij terugkeer in geval van langdurige arbeidsongeschiktheid. Aan de uitspraak: 'De huisarts zei dat ik nog maar even rustig aan moest doen' is voor menig leidinggevende moeilijk betekenis te hechten.



Het Eindhovense ingeruild voor het Utrechtse. Foto: Peter Pennarts

Iedere belemmering in de normale rolvulling kan dan aanleiding zijn tot het raadplegen van een deskundige. In het onderhavige geval zal dat doorgaans een medisch geschoold iemand zijn. Het is de taak van deze medicus aan betrokken partijen te adviseren hoe een optimale afstemming te bereiken tussen de eisen van het werk en de capaciteiten van de persoon. Indien terugkeer in de arbeid afhankelijk is van zo'n medisch advies wil ik spreken van 'reïntegratie in de arbeid' en staat het in het teken van de sociaal-medische begeleiding.

Wat weten we van hoe er tegen deze activiteit aangekeken wordt. Ik wil het onderzoek van Plomp (2) in herinnering roepen die organisaties heeft gevraagd naar de BGD-inbreng na langdurige arbeidsongeschiktheid.

Professionele staffunctionarissen zijn in hoge mate van oordeel dat de inbreng van de BGD noodzakelijk is. Afdelingschefs zijn dat aanzienlijk minder vaak van oordeel. Op de vraag hoe de huidige inbreng beoordeeld wordt, antwoordde 3/4 van de professionals 'goed'; van de afdelingschefs nog geen 40%. Het oordeel was overigens in enige mate afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van een reïntegratiebeleid binnen de organisatie. Het maakt duidelijk dat de medische functie door betrokken partijen geenszins gelijklopend beoordeeld wordt.

Sanctionering

De medische functie bij reïntegratie kenmerkt zich door minstens twee aspecten. In de eerste plaats het deskundig advies. In het kader van zowel de sociale wetgeving als ook in de Arbeidsomstandighedenwet speelt de medicus een belangrijke rol waar het gaat om de beoordeling van de vraag of iemand geschikt is zijn werk of werk in aangepaste zin te verrichten. Hoe moeilijk die afweging is en hoe weinig onderbouwd soms hoeft ik in dit gezelschap niet te memoreren. De medische functie ligt voor de hand, maar is in zijn professionele uitwerking buitengewoon lastig, vooral waar het gaat om de evaluatie van het advies. Ik zal hier thans niet verder op ingaan.

Ik wil nader ingaan op het tweede aspect: de impliciete sanctionering ►

van de arbeidsgeschiktheid of ongeschiktheid als neveneffect van de begeleiding. Deze start op het moment dat betrokkene wordt uitgenodigd voor het spreekuur. In het geval van de verzekeringsgeneeskunde is dit aspect geformaliseerd. De BV doet een uitspraak op grond van het medisch advies. Voor de bedrijfsarts zonder VG-taak is dit veel impliciet, maar heeft naar mijn mening dezelfde lading voor de omstanders. De medicus, van welke signatuur dan ook, is nu eenmaal in hoge mate betrokken, zoals ook blijkt uit het effectiviteitsonderzoek (zoals ik al eerder zei wordt vrijwel eenieder die in aanmerking komt ook daadwerkelijk begeleid) en eerder onderzoek van Dijkstra en de Winter. (3) Daarin vormden de taken die samenhangen met de reïntegratie de top 4 van alle activiteiten.

Aan het advies dat de arts vervolgens geeft wordt door alle partijen waarde gehecht, er wordt beleid op gebaseerd. Vertrouwen in het oordeel en loyaliteit zijn in dit verband essentiële begrippen.

Fraai geïllustreerd kan dit worden in de vele gevallen waarin de arts een zogenaamde 'derde partij rol' inneemt in een conflict tussen werkgever en werknemer inzake geschiktheid en mogelijkheid tot terugkeer in aangepast werk. Soms verloopt dit desastreus als de arts optreedt als 'afgevaardigde' van één van beide partijen.

Het is aan de medicus, bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige, zijn of haar rol te herkennen, te onderkennen en zodanig vorm te geven dat de medische inbreng in de oplossing van reïntegratiebelemmeringen inzichtelijk wordt voor werkgever en werknemer en onderwerp van evaluatie kan zijn van de beroepsgroep en de opdrachtgever.

Professionaliteit

Ik wil tot slot van mijn betoog enkele richtingen noemen waarin een oplossing gezocht kan worden:

1. erkennen dat de BGD, in het bijzonder de bedrijfsarts een belangrijke rol speelt bij reïntegratie. De veldonderzoekers laten zien dat dit een omvangrijke activiteit is. Het feit dat er over gesproken mag worden maakt een meer professionele benadering mogelijk;
2. die professionaliteit houdt in: duidelijkheid verschaffen in de wijze waarop het deskundige advies tot stand komt, welke overwegingen een rol hebben gespeeld en binnen welke randvoorwaarden het advies geplaatst is. Ik wil hiervoor de term reïntegratieplan reserveren. In zo'n

plan wordt beschreven aan welke medische aandoeningen de persoon lijdende is, welke arbeidscapaciteiten resteren, hoe de cliënt het werk beleeft en zijn eigen reïntegratiewensen en mogelijkheden ziet. Aan de zijde van het werk kan in kaart gebracht worden, door welke eisen de onmogelijkheid tot werken is gebaseerd, wat de beleving is m.b.t. reïntegratie van betrokkene en welk reïntegratiebeleid het bedrijf voorstaat. Het geheel kan vervat worden in reïntegratievoorwaarden. Vervolgens worden de reïntegratiemogelijkheden (bijvoorbeeld een andere functie) gerelateerd aan de voorwaarden en aan de wettelijke instrumenten (arbeidsrecht en sociaal verzekeringsrecht). Het mag duidelijk zijn dat dit veelal teamwork vereist. De werkwijze van de GMD kan daarvoor model staan, zij het dat reïntegratie in mijn ogen dicht bij de plaats van handeling dient te geschieden.

3. trek consequenties uit onderzoeksresultaten. In dit verband wil ik een onderzoek van Draaisma (4) in herinnering roepen dat reeds in 1983 is gepubliceerd en waarin wordt aangegeven dat het 'rode akerschap' leidt tot de minste WAO-intrede. Misschien is het idee van het tandemmodel dan toch niet zo nieuw als het zich liet aanzien. In zijn betoog zal Knepper duidelijk maken welke lering zoal getrokken kan worden uit de GMD uitvoeringspraktijk.

4. het zal daarom nodig zijn te laten zien wat je als sociaal-geneeskundige doet. Waar staat de arts met zijn vele loyaliteiten. Het lijkt mij een van de kernpunten van discussie. Laat ik er in dit stadium dit van zeggen. Indien beide functionarissen zich eenzelfde taakstelling eigen maken is er geen reden tot scheiding van de functies. In zijn huidige vorm doen wij het naar mijn idee voor de werknemer en de werkgever niet goed. Die zullen bij voorbaat enig wantrouwen naar de arts koesteren of minstens met spanning afwachten hoe de arts omgaat met de loyaliteiten. Dit bevordert niet het streven van reïntegratie: de juiste man op de juiste plaats. Zeker nu het politieke tij keert en een inspanning gevraagd wordt om minder validen in het arbeidsproces op te nemen is een heldere positie van de arts als adviseur een eerste vereiste. Vanuit die adviespositie kan de arts professioneel vorm en inhoud geven aan het medisch facet van het reïntegratiebeleid van het bedrijf.

J. Dam

NIPG-TNO, Leiden

Literatuur

1. D. Draaisma e.a.; Effectiviteit van BGZ, in voorbereiding.
2. H.N. Plomp; Bedrijven en bedrijfsgezondheidsdiensten, vu uitgeverij Amsterdam 1987.
3. De Winter, Dijkstra; De bedrijfsarts over zijn werk, NIPG-TNO Leiden 1984.
4. D. Draaisma; Ziekteverzuim, WAO-intrede en Verzekeringsvorm in de Ziekte-wet, szw Den Haag 1983.