

jaar. Aan het GAK zullen de komende tijd 6 bedrijfsartsen verbonden worden als een aanzet om de VG'en bij te scholen, te adviseren bij bijzondere problemen en om branchegericht onderzoek te verrichten.

Deze bedrijfsartsen krijgen m.i. een prachtige functie: men kan zich verder specialiseren; men wordt gericht gevraagd bij bijzondere problemen; deze bedrijfsartsen hebben weer steun van de diverse adviseurs. Op deze manier kunnen de bedrijfsverenigingen voor de ook kleine bedrijven hoogwaardig onderzoek en advisering ter beschikking stellen.

#### Model voor preventie bij kleine bedrijven

Het is al eerder aan de orde geweest, de preventieve zorg voor de grote groep kleine bedrijven, die logistiek niet regelmatig te bezoeken zijn, tenzij de arts genoeg neemt met een haastige kop koffie bij de personeelsafdeling, als die er al is! Gerichte aandacht, mogelijk gemaakt door een goed signaleringssysteem is daarbij de beste oplossing. Het gebruik maken van ziekteverzuimgegevens is daarbij onontbeerlijk.

Als aparte VG'en en bedrijfsartsen ingezet zouden worden voor de grote massa van kleine bedrijven zou door de versnippering de contact frequenties van deze artsen met de bedrijven laag zijn; het gezamenlijk overleg tussen deze twee artsen zou een papieren en moeizaam overleg worden met vertragingen enzovoorts. Daarom denk ik dat voor deze bedrijven één van deze twee artsen het contact zou moeten onderhouden, en dan efficiënt, dus ondersteund met voldoende tijd, met een signaleringssysteem en met deskundigheid.

Voor de kleine bedrijven waar geen bedrijfsarts voorkomt denk ik aan een model voor preventie zoals dat door het GAK wordt ontwikkeld. De VG bewaakt en signaleert aan de hand van de gegevens uit de Ziekte-wet en de ziekteverzuimregistratie. Deze VG heeft al een ingang bij het bedrijf en zal bij voorkomende problemen op het gebied van verzuim, arbeidsongeschiktheid en gezondheidsschade in principe zelf gericht adviseren aan het bedrijf. Daarbij wordt de VG ondersteund door specialisten: de bedrijfsartsen en de arbeidshygiënist. Deze specialisten kunnen binnen de organisatie in dienst worden genomen: zo heeft de DETAM nu al 2 bedrijfsartsen; het GAK beschikt over 30 verschillende adviseurs en binnenkort over 6 bedrijfsartsen. Deze bedrijfsartsen kunnen voor een deel ook door de BGD'en worden geleverd. Daarmee

zal de komende tijd worden geëxperimenteerd, waarbij gekeken zal worden wat het beste werkt. De consultant bedrijfsartsen zullen ad hoc bij bijzondere problemen worden ingezet t.b.v. de VG'en, zij zullen dus niet rechtstreeks BGZ voor de bedrijven verzorgen. Daarnaast zullen de bedrijfsartsen bij branchegericht onderzoek worden ingeschakeld.

Tot slot: waar ik me niet op richt als ik het heb over het bedrijfsarts-consultantmodel zijn de grote bedrijven. Voor de grote bedrijven geldt een andere situatie. Daar zijn al aparte VG'en en bedrijfsartsen werkzaam. Die grote bedrijven bieden logistiek de mogelijkheid tot intensiever contact voor zowel de bedrijfsarts als voor de VG. Daarom kan hier ook regelmatige afstemming tussen de bedrijfsarts en de VG plaatsvinden, ieder met een eigen inbreng en verantwoordelijkheid.

Naar ik hoop is door het voorgaande nieuwe informatie en inzicht gekregen

in wat de bedrijfsverenigingen voor ogen staat op het gebied van de preventie van verzuim, arbeidsongeschiktheid en gezondheidsschade. Daarbij moeten wij ons realiseren dat deze ontwikkelingen gaande zijn en geenszins volledig uitgekristalliseerd zijn. Kijken we achterom dan kunnen we sedert 1980 al weer grote veranderingen constateren, hoewel het voor diegenen die het dagelijks meemaken misschien nog onduidelijk is, of misschien soms nog wat te langzaam gaat. Een eindplaatje staat nog niet vast, dat zal samen met de klanten tot stand moeten komen. Zo'n eindplaatje verandert daarmee ook telkens, want wat we in 1980 voor onmogelijk hielden, blijkt nu toch alwaar tamelijk gewoon.

#### P.C.M. den Bieman

Onderdirecteur medische zaken GAK, Amsterdam

### Inleiding modellen voor sociaal medische begeleiding

## 'Op dit terrein is meer overdacht dan onderzocht'

**Preventie en beïnvloeding van ziekteverzuim en WAO staan momenteel (weer) sterk in de belangstelling. De Stichting van de Arbeid heeft een interim-advies uitgebracht, steeds meer bedrijfsverenigingen gaan bedrijfsgericht werken, de NVVG heeft een beleidsvisie het licht doen zien en op de cursus- en seminarmarkt is het ziekteverzuim momenteel een 'topic'.**

Ook in het beleidsgericht onderzoek in Nederland is het ziekteverzuim en de WAO als onderzoeksthema nooit 'weg geweest', zij het dat de loop der tijd meer inzicht in oorzaken is verkregen dan in effectieve beïnvloedingsstrategieën.

Reeds een aantal jaren ben ik als onderzoeker zijdelings betrokken bij de discussies rond SMB. Verder heb ik door mijn werk vaak een kijkje kunnen nemen over de grenzen, waardoor sommige zaken, zowel elders als hier, enige verbodsbijzetting en nieuwsgierigheid kunnen oproepen. Vanuit deze positie als geïnteresseerd onderzoeker wil ik over 'coördinatie' een tweetal aspecten onder de aandacht brengen.

Het min of meer unieke karakter van de discussies over SMB. D.w.z.: van-

uit internationaal perspectief is het thema belangrijker en controversiëler dan in menig ander Westeuropees land. De eerste vraag is dan ook of er bepaalde omstandigheden of factoren zijn, die er voor zorgen dat SMB kennelijk in dit land problematisch verloopt, terwijl dit elders minder het geval lijkt te zijn.

Voor mijn tweede thema gaat het niet om een vergelijking met het buitenland maar om veronderstellingen, vanzelfsprekendheden en stereotypen, die de laatste tien jaar opduiken uit de talrijke publikaties en lezingen over ons SMB. Wellicht kunnen we nagaan welke veronderstellingen of verwachtingen aan de hier gepresenteerde modellen ten grondslag liggen. Er is toch mijns inziens 'meer overdacht dan onder-

zocht' op dit terrein en bij bepaalde uitgangspunten zet ik graag een vraagteken.

### Verschillen met buitenland

Ruim 6 jaar geleden heeft de toenmalige Stichting CCOZ in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken een internationaal onderzoek uitgevoerd naar de betrokkenheid van huisarts, bedrijfsarts en VG bij arbeidsongeschiktheid (Andriessen, Holthuis en Prins, 1983). In een zestal Westeuropese landen werden de wettelijke regelingen (legitimatie, controle, begeleiding, revalidatie) de coördinatie en samenwerking van de artsen en de (vermeende) effecten geïnventariseerd. In het onderzoek waren België, West-Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk, Zweden en Denemarken opgenomen.

Wat het thema SMB en coördinatie betreft bleek, dat daarvoor elders in het algemeen niet de belangstelling bestaat bij beroepsorganisaties, uitvoeringsorganen en overheid, zoals die we in Nederland kennen. Wat waren de voor ons thema belangrijkste bevindingen en conclusies? Allereerst blijkt dat de coördinatieproblemen zich meer voordoen in de richting van de curatieve gezondheidszorg dan tussen bedrijfsarts en VG. De taken, rol en bevoegdheden op het sociale verzekeringsvlak zijn relatief weinig omstreden.

Ook werd duidelijk dat het telefonisch of schriftelijk verstrekken van medische informatie door de behandelend arts aan de VG of bedrijfsarts elders niet op die principiële bezwaren stuit, die in Nederland voorkomen. Door de curatieve sector wordt 'het belang van de patiënt' als reden genoemd om hieraan probleemloos mee te werken. Veelal liggen wettelijke regelingen of afspraken hieraan ten grondslag en zijn de vergoedingen ook duidelijk geregeld.

Ten derde lijkt de samenwerking tussen VG, bedrijfsarts en behandelend geneesheer redelijk intensief en succesvol te verlopen, als het gaat om bedrijfsongevallen en beroepsziekten. Controle, behandeling en begeleiding liggen in veel gevallen in handen van één en dezelfde arts, die in opdracht van of met faciliteiten van de ongevallenverzekering werkt. Met de bedrijfsarts wordt vooral afstemming gepleegd over aangepast werk en reïntegraties.

Een vierde vaststelling: m.u.v. Zweden, mag de bedrijfsarts zich elders niet inlaten met verzekeringsgeneeskundige activiteiten. Dit leidt er o.a. toe dat de bedrijfsarts zich in de meeste landen afzijdig houdt van de ziekteverzuimproblematiek.

### Contextuele factoren

Wat zijn nu de achtergronden of contextuele factoren, die elders een redelijke uitvoering van sociaal-medische activiteiten vergemakkelijken of het minder goed functioneren daarvan minder tastbaar maken? *Scheiding van behandeling en controle*  
In Nederland wordt de vertrouwensrelatie met de patiënt als argument gehanteerd om de curatieve of bedrijfsarts verre te houden van de beoordeling en om de informatieoverdracht te reguleren. Elders wordt het wél belang van de patiënt – medische informatie aan de VG door te geven. Het voorschrijven van rust (en medicijnen of doorverwijzing) en de administratieve 'vertaling' in een medisch attest roepen daarbij geen fundamentele bezwaren op. De arbeidsongeschiktheidsverklaring is a.h.w. onderdeel van de therapie. *Gedifferentieerde risicostructuur* (Causaliteitsprincipe). Elders zijn er doorgaans drie relevante verzekeringssectoren onderscheiden, namelijk de ongevallenverzekering, de ziekteverzekering, en de invaliditeitsverzekering. Dit leidt tot 'geïnstitutionaliseerde alertheid' en een uitgebreide en versnipperde uitvoeringsadministratie. Daarin speelt de medische bepaling van de oorzaak van de tijdelijke of permanente arbeidsongeschiktheid een belangrijke rol. In geval van een arbeidsongeval of beroepsziekte is de (gespecialiseerde) curatieve sector sneller en uitgebreider met de patiënt ' bezig' en ook de bedrijfsarts is meer bij de werknemer betrokken dan bij de grotere categorie overige tijdelijke of blijvende arbeidsongeschikten.

*Taak en positie van BGZ en VG*  
Een derde aspect waardoor zich elders minder problemen voordoen is de (wettelijke voorgeschreven) ruime beschikbaarheid van bedrijfsgezondheidszorg. Verder heeft de VG elders weinig ambitie en mogelijkheden om ook Arbo-thema's onder zijn hoede te nemen. De weinige pogingen die er zijn geweest om de (wettelijke) taken van de VG uit te breiden betroffen experimenten om ten aanzien van de curatieve sector een meer sturende invloed aan te wenden (eerder revalideren, vermijden van polypragmasie).

*Het aanbod aan arbeidsongeschiktheid*  
Ook het niveau van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid mag niet als determinant uit het oog worden verloren. Op bedrijfsartsbasis is van internationale verschillen in personeelsbeleid, ontslagbescherming, ziekte- en invaliditeitscriteria, en verschillen in ziektegedrag, het verzuim en invaliditeitsniveau in Neder-

land iets hoger dan elders (Prins, 1990). Dit betekent dat het werk-aanbod en de druk op het uitvoeringsapparaat en de bedrijfsgezondheidszorg ook groter is dan elders.

De conclusie kan worden getrokken dat door een historisch gegroeide situatie enkele knelpunten voorkomen, die in de ons omringende landen eerder of anders geregeld zijn. Het lijkt er sterk op dat de sociale verzekeringswetgeving en arboregelingen elders meer aspecten regelen dan in Nederland. Hier wordt door een combinatie van 'raamwetgeving' en een overleg-georiënteerde cultuur veel uitvoeringszaken overgelaten aan afspraken tussen belanghebbende groepen.

### Vanzelfsprekendheden

Door de Nederlandse wetgeving en uitvoeringspraktijk zijn in dit land meer functionarissen of disciplines bij het thema ziekteverzuim betrokken dan elders. Dit komt ook tot uiting op de markt van de verzuimpreventie en -beïnvloeding, die inmiddels diverse aanbieders telt en een scala aan producten kent. Van bepaalde activiteiten, zoals bijvoorbeeld een verzuimregistratie, is het nut al voldoende bekend en inmiddels ook wettelijk vastgelegd (Arbowet art. 9 en 10). Van veel andere activiteiten is echter veelal nog onvoldoende duidelijk wat de korte en lange termijneffecten zijn en onder welke voorwaarden die effecten verwacht mogen worden. De ervaringen met diverse benaderingen zijn maar fragmentarisch of eenzijdig bekend. Vaak blijkt het om 'successtories' te gaan die enige tijd in het kader van seminars of interviews naar voren worden gebracht. Een 'vergelijkend warenonderzoek' lijkt dan ook zeer gewenst.

Het zal dan ook geen verbedrijfsartszing wekken, dat de discussie over de taken en expertise van bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige bij verzuimpreventie niet direct gevoerd wordt met de uitkomsten van onderzoek of experimenten. Beschouwende, pretenderende of polemiserende artikelen voeren de boventoon, doch 'feiten en cijfers' over het bedrijfsgeneeskundig of verzekeringsgeneeskundig handelen zijn er relatief weinig. Nog minder is bekend over de doeltreffendheid van dit handelen, bijvoorbeeld in het licht van spontane werkhervatting, reïntegratie of WAO-instroom. Het lijkt er sterk op, dat we over de betekenis van bedrijfsfactoren (arbeidsomstandigheden, sociaal beleid) veel meer weten dan over effecten van het handelen van de medische disciplines en

uitvoeringsorganisaties.

Het ontbreken van voldoende empirische kennis over deskundigen, werkmethode, kwaliteitsbewaking en hun effecten, leidt er mede toe dat in de discussies een aantal veronderstellingen en vanzelfsprekendheden voorkomt, waarbij we voor de discussie op deze dag enkele vraagtekens willen zetten.

*a. De zwijgzame werknemer: stereotypen en vanzelfsprekendheden*

Eén van de opvallende punten in de discussies over de medische factoren bij het ziekteverzuim is, dat daarbij vaak enkele uitgangspunten of aannamen worden gehanteerd die niet actueel getoetst zijn. Van diverse argumenten valt op, dat ze aan het belang of aan de zorg voor de verzekerden worden verbonden, zonder dat enige controle op de juistheid ervan wordt gedaan. Vier voorbeelden:

1. de scheiding van behandeling en controle: is de patiënt zo beducht voor de nadelen van informatieuitwisseling tussen de behandelend arts, de bedrijfsarts, en de verzekeringsgeneeskundige?
2. de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts: is het vertrouwen van het personeel in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts zo groot, dat deze optimaal kan functioneren?
3. de vertrouwenspositie van de verzekeringsgeneeskundige: ziet de zieke werknemer de verzekeringsgeneeskundige toch hoofdzakelijk als beoordelaar, waardoor de rol van begeleider niet tot zijn recht kan komen?
4. gepresenteerde voor- of nadelen van de combinatiefunctie: hebben werknemers bij bedrijfsartsen met verzekeringsgeneeskundige taken die twijfels over de verenigbaarheid van taken die door tegenstanders van deze combinatie worden aangegeven? Behoudens enkele incidentele uitzonderingen konden wij t.a.v. deze aspecten weinig empirisch houvast vinden.

*b. Vanzelfsprekendheden ten aanzien van de Arbo-expertise*

Qualitate qua zijn bedrijfsartsen deskundig m.b.t. de kwaliteit van arbeidsomstandigheden en hoe die te verbeteren is. De opleiding tot verzekeringsgeneeskundige laat diverse overeenkomsten zien met die van de bedrijfsarts. Wat de arbo-thematiek betreft lijkt de opleiding echter (nog) niet afgestemd op benodigde expertise voor advisering over arbeidsomstandigheden en sociaal beleid.

*c. Dreigende medicalisering van de verzuimpreventie*

Zoals bekend spelen de niet-medische factoren een belangrijke rol bij het (langdurig) ziekteverzuim. Slechte arbeidsverhoudingen, hoge werkdruk, slechte sfeer en organisatieproblemen blijken belangrijke verzuimfactoren te zijn. Voor werkplekonderzoek en -advies worden door BGD'en en enige bedrijfsverenigingen diverse specialisten ingeschakeld, zoals de arbeidshygiënist, de veiligheidsdeskundige, of verpleegkundigen. Ten aanzien van de niet-medische verzuimoorzaken en belemmeringen voor werkhervatting, kan men de vraag stellen of ook de arts niet een beperkte rol zou moeten hebben, ten gunste van andere disciplines. Het blijkt mij nogal eens, dat bij een dergelijke problematiek de bedrijfsverpleegkundige (of eventueel de maatschappelijk werk(st)er), een belangrijke en wellicht onderschatte rol kunnen hebben. Voor werknemers is de drempel lager, en het informele circuit in het bedrijf kan door deze functionarissen soms ook beter benut worden dan door de arts. In het algemeen kan de vraag gesteld worden of bij de sociaal-geneeskundige disciplines de optimale deskundigheid zit om over sociale en organisatieproblemen de werkgever en werknemer van advies te dienen.

*d. De zwijgende dokter: rolconflicten?*

Als laatste observatie komt de eigen mening over de rol en de positie van beide medische deskundigen bij hun taakuitoefening aan de orde. Dat wil zeggen: over de meningen van de uitvoerende verzekeringsartsen en bedrijfsgeneeskundigen is weinig bekend. Hoe ervaart de sociaal-geneeskundige de combinatiefunctie? Kan de rol van beoordelaar, die een zekere distantie met zich brengt, verenigd worden met die van begeleider? Of heeft een combinatie binnen één dienst de voorkeur boven combinatie in één functie? Wederom kunnen we constateren dat ook van deze groep direct betrokkenen eigenlijk weinig bekend is over hun taakuitoefening en eventuele rolconflicten.

Als we deze vier aspecten overzien luidt de vraag: Hoe wordt hiermee in de gepresenteerde voorstellen van het congres rekening gehouden? Zijn er bepaalde aannames die aan een model ten grondslag liggen en die wellicht enige toetsing verdienen? Wat wordt t.a.v. de mening van de werknemer verondersteld, en wordt er ook rekening mee gehouden? Op welke expertise van de VG of bedrijfsarts wordt een beroep gedaan, kan hier be-

redigend aan worden tegemoet gekomen, en wat zijn de randvoorwaarden waaronder het model werkt of zou kunnen werken? En denkt U dat die in uw werksituatie als bedrijfsarts en VG ook aanwezig zijn? Wellicht kunnen de antwoorden op deze vragen bijdragen zijn aan de kritische toetsing van de voorgestelde modellen.

**R. Prins**

Wetenschappelijk medewerker NIA, Amsterdam

**Literatuur**

- Andriessen, S., Holthuis, R. en R. Prins; Sociaal-medische betrokkenheid bij ziekten en arbeidsongeschiktheidsregelingen; een internationale verkenning. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1983.
- Prins, R.; Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands; a comparative study. NIA, Amsterdam, 1990.