

# In de ban van preventie

P.G. Koenders

## SAMENVATTING

In het beroepsprofiel van de bedrijfsarts staat de primaire preventie van verzuim centraal. De mogelijkheden van de bedrijfsarts bij de primaire preventie van verzuim door verbetering van arbeidsomstandigheden zijn echter beperkt. Het effect van investeringen in arbeidsomstandigheden op het verzuim is gegeven het beperkte aandeel van de arbeid in het verzuim gering.

Secundaire preventie van verzuim zoals voorgeschreven in de Wet verbetering poortwachter is effectief gebleken. Met name de rol van de bedrijfsarts bij de secundaire preventie van langdurig verzuim kan worden versterkt.

Wil de bedrijfsarts zijn rol als medisch casemanager optimaal vervullen dan dient hij:

1. betrokken te zijn bij het formuleren van het verzuimbeleid van de onderneming waaraan hij adviseert;
2. zijn deskundigheid en autonome positie ook in te zetten om de verzuimende medewerker aan te spreken op de eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het verzuim- en herstelgedrag;
3. het medisch casemanagement een centrale plek te geven in de probleemanalyse.

Verbetering van arbeidsomstandigheden blijft het nastreven waard ter voorkoming van ongevallen en beroepsziekten. De bedrijfsarts dient daartoe nauw samen te werken met de overige kerndeskundigen.

De rol van arbeidsomstandigheden als ziekmakende en verzuimveroorzakende factor is gering. Verdere verbetering van arbeidsomstandigheden zal niet resulteren in een daling van het verzuim. Verzuimdaling kan nog wel worden bereikt door optimalisering van de regie op het medisch case-management door de bedrijfsarts.

De vraag wat de rol van de bedrijfsarts is in de verzuimbegeleiding heeft de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) sinds haar oprichting verdeeld.<sup>1</sup> De discussie spitste zich daarbij veelal toe op de vraag of het bedrijfsgeneeskundig oordeel nu onderdeel uitmaakt van de claimbeoordeling of zich beperkt tot de probleembeoordeling.<sup>2,3</sup> Niet ter discussie stond de idee dat primaire preventie, verbetering van arbeidsomstandigheden, de weg is naar structurele verlaging van het ziekteverzuim.<sup>4</sup>

Geheel in lijn met dit preventiedenken voorspelde Van der Vliet in 2002 een toename van het verzuim door de invoering van de Wet verbetering

poortwachter, een wet die zich naar zijn mening eenzijdig richt op de verantwoording van re-integratie-inspanningen en niet op de bron, de zieke organisatie.<sup>5</sup> Als het verzuim toch daalt spreekt Spreeuwiers in 2006 over de 'nieuwe verhulling' (doorwerken met gezondheidsklachten) waartoe het 'overspannen beroep op de eigen verantwoordelijkheid' naar zijn mening aanleiding geeft.<sup>6</sup>

Inmiddels is aangetoond dat de Wet verbetering poortwachter werkt. Het verzuim in Nederland daalt en na herbeoordeling vinden ook ex-WAO'ers weer hun weg naar de arbeidsmarkt.<sup>7,8</sup>

## WAT IS DE OMVANG VAN HET ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN GERELATEERD VERZUIM?

Van der Vliet noch Spreeuwiers kwantificeert het effect van primaire preventie op verzuim. Hoe groot is nu het potentiële effect van primaire preventie?

Er zijn twee bronnen waaruit ik de omvang van het arbeidsgebonden verzuim probeer te herleiden. De eerste bron is de verzuimende medewerker zelf, de tweede is de registratie van beroepsgebonden aandoeningen van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB).

Uitgaande van 6 miljoen werknemers en een meldingsfrequentie van 1,5 ontvangen arbodiensten 9 miljoen verzuimmeldingen per jaar.<sup>9</sup>

Verzuimende medewerkers geven op een eigenverklaring in 6% van de gevallen (540 duizend meldingen) aan dat arbeidsomstandigheden een rol spelen bij het ontstaan van hun verzuim.<sup>10</sup> Bedrijfsartsen melden 5740 maal een beroepsgebonden aandoening bij het NCvB in 2005. Van deze meldingen kwam 39% voort uit een verzuimspreekuur (dit deel van de meldingen gaat gepaard met verzuim).<sup>11</sup>

Beschouwen we de door bedrijfsartsen gemelde beroepsgebonden aandoeningen gepaard gaande met verzuim als een ondergrens en de zelfrapportage door de medewerker als een bovengrens, dan bedraagt het aandeel van arbeidsomstandigheden gerelateerd verzuim tussen de 0,025% en de 6% van alle verzuimmeldingen.

**ZIEKTEVERZUIM,  
VERZUIM-  
BEGELEIDING,  
PREVENTIE,  
BEDRIJFSARTS, WAO,  
ARBEIDS-  
ONGESCHIKTHEID,  
ARBEIDSOMSTANDIG-  
HEDEN.**

Veronderstel nu dat via primaire preventie alle arbeidsomstandigheden gerelateerde ziekten kunnen worden voorkomen. Maak daarbij de aanname dat medewerkers met een beroepsziekte net als medewerkers die melden dat hun verzuim arbeidsgebonden is, twee keer zo lang verzuimen als normaal.<sup>10</sup> In dit utopische geval daalt het nationaal verzuimpercentage met 0,05% van 4% naar 3,95% in het geval van preventie van beroepsziekten en met 12% van 4% naar 3,52% door preventie van arbeidsgebonden verzuim.

### WERKT PREVENTIE BIJ ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN GERELATEERD VERZUIM?

Het Kinderwetje van Van Houten uit 1874 markeert de start van de maatschappelijke betrokkenheid van artsen bij het uitbannen van kinderarbeid, het voorkomen van arbeidsongevallen en beroepsziekten.<sup>1</sup> Er is veel bereikt. Kinderarbeid komt in Nederland niet meer voor en in 2004 waren er minder dan 11 ongevallen per 1.000 werkenden en betrof het totaal aantal dodelijke slachtoffers 83.<sup>12</sup>

Het aantal meldingen van beroepsziekten schommelt al 6 jaren tussen de 5500 en de 6000 per jaar.<sup>11</sup> Het aantal meldingen van gehooraandoeningen is in 2005 licht gestegen ten opzichte van 2004. Het aantal gemelde huidaandoeningen is met circa 20% gedaald. In Nederland overleden in 2005 382 mensen ten gevolge van de asbestziekte mesotheliom, ongeveer evenveel als in voorgaande jaren.

In het arboconvenant bankwezen is de arbeidshygiënische (preventie) strategie toegepast op het voorkomen van arbeidsgerelateerde aandoeningen als RSI-klachten en werkdruk/werkstress.<sup>13</sup> Ondanks meetbare verbetering van de arbeidsomstandigheden in het bankwezen is het percentage medewerkers met klachten van werkstress en RSI in de sector gestegen.<sup>13</sup>

Conclusie: primaire preventie werkt bij het voorkomen van arbeidsongevallen. De primaire preventie van beroepsziekten is beperkt effectief voor een deel van de aandoeningen. De beschikbare primair preventieve maatregelen zijn niet effectief gebleken tegen klachten van RSI en werkdruk/werkstress.

Het potentieel verzuimreducerend effect van investeringen in arbeidsomstandigheden ligt dan ook eerder in de buurt van de 0,05% (preventie beroepsziekten) dan van 12% (preventie arbeidsgebonden aandoeningen).

### WAT BETEKENT DIT VOOR DE BEDRIJFSARTS?

Reflectie op het handelen van de bedrijfsarts bij verzuim is op zijn plaats. Ondanks tekortschietende preventieve maatregelen zijn het verzuim en de WAO-instroom gedaald. Daarbij lijkt het erop dat verzuimende medewerkers niet zozeer tegen ziekmakende arbeidsomstandigheden moeten worden beschermd maar tegen 'overbezorgde' bedrijfsartsen.

Zijn arbeidsgebonden gezondheidsklachten van RSI en werkdruk te ruimhartig gewaardeerd als legitieme reden voor verzuim? Nu medewerkers doorwerken met deze klachten is het antwoord op deze vraag onvermijdelijk bevestigend: ja.

De Arbobalans 2005 versterkt dit beeld. De in 2005 meest toegepaste maatregel om werkstress te beperken is niet het aanpassen van het werk, maar het aanpassen van de balans werk-privé door het verminderen van het aantal te werken uren in het arbeidscontract.<sup>12</sup>

Naar mijn mening ligt hier een kans voor de bedrijfsarts. Als medicus kan de bedrijfsarts verzuim demedicaliseren en is hij gelegitimeerd om de verzuimende medewerker aan te spreken op zijn eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het verzuim- en herstelgedrag. Zijn unieke positie in de verzuimbegeleiding maakt dat hij ook de enige medisch onderlegde deskundige is die dit kan doen.<sup>14</sup>

### WAT IS DAN DE ROL VOOR DE BEDRIJFSARTS BIJ VERZUIM?

Aangetoond is dat, als het medisch casemanagement ontbreekt, de medewerker zijn eigen klachtencontingente gang door het medisch circuit maakt en re-integratie pas start na medisch herstel.<sup>15</sup> De bedrijfsarts heeft als medicus de positie om de rol van medisch casemanager in dit traject op zich te nemen.<sup>14</sup>

Dit vereist van de bedrijfsarts dat hij na het sluiten van een dienstverleningsovereenkomst door

- I De mogelijkheden van de bedrijfsarts bij de primaire preventie van verzuim door verbetering van arbeidsomstandigheden zijn beperkt.
- I De secundaire preventie van verzuim die een impuls kreeg met de invoering van de Wet verbetering poortwachter is effectief.
- I De bedrijfsarts kan zijn bijdrage aan de secundaire preventie van langdurig verzuim vergroten door: vaker betrokken te zijn bij het formuleren van het verzuimbeleid, verzuimende medewerkers gepast aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van verzuim- en herstelgedrag, en eenduidig medisch casemanagement.

de arbodienst zijn rol speelt bij het tot stand komen van het verzuimbeleid. Dit beleid vormt de basis voor zijn advisering.<sup>4</sup> Op dit moment beschikt slechts 40% van de ondernemingen waaraan wij adviezen uitbrengen over een op schrift gesteld verzuimbeleid.<sup>12</sup> Gestelde doelen, procedures en verantwoordelijkheden ten aanzien van verzuim en de opvolging van adviezen ontbreken bij deze bedrijven.

De bedrijfsarts is in de uitvoering van het verzuimbeleid verantwoordelijk voor de advisering over de secundaire preventie van langdurig verzuim en de effectieve wijze van re-integratie aan werknemer en werkgever. Het middel daartoe is de schriftelijke probleemanalyse (zie kader). Natuurlijk gebaseerd op de laatste inzichten en richtlijnen. Daarbij heeft de bedrijfsarts de taak om de verzuimende medewerker aan te spreken op zijn eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het verzuim- en herstelgedrag.

Het procesmanagement van de re-integratie, onderbouwd met het oordeel van de bedrijfsarts, is opgedragen aan de casemanager, de direct leidinggevende van de medewerker. Hierbij doen zich drie problemen voor:

- I Allereerst ontbreekt bij 60% van de bedrijven een verzuimbeleid: de rol van de casemanager binnen het bedrijf is niet omschreven.
- I Ten tweede ontbreekt het deze casemanager aan ervaring. Een leidinggevende wordt als hij 20 medewerkers aanstuurt, slechts eenmaal per jaar geconfronteerd met een medewerker die langer dan 6 weken verzuimt, en de daarbij behorende re-integratieadviezen

van de bedrijfsarts.

- I Ten derde is de bedrijfsarts niet bekend met deze casemanager, hij weet niet aan wie hij advies uitbrengt en wat daarmee gebeurt.

Het is niet wenselijk om een schriftelijke probleemanalyse aan werkgever en werknemer te doen toekomen zonder deze persoonlijk (of door een professioneel casemanager) toe te (laten) lichten. Als medisch casemanager dient de bedrijfsarts zorg te dragen voor een warme overdracht van zijn adviezen aan de casemanager. Daaronder versta ik een inhoudelijke toelichting op de analyse, na eventueel ter plekke alsnog de arbeid, arbeidsomstandigheden en arbeidsverhoudingen te hebben beoordeeld en de re-integratie adviezen daarop te hebben afgestemd.

Het herstel van arbeidsvermogen wordt door de casemanager gemonitord.

De bedrijfsarts heeft als medisch casemanager zijn rol als het afgesproken tijdcontingente re-integratieschema vanwege een beroep op medische beperkingen niet wordt nagekomen. De bedrijfsarts zorgt daarbij in zijn regie rol voor afstemming met de curatieve sector, verwijst door, bij voorkeur naar een gespecialiseerd arbo-curatief centrum of re-integratiebedrijf en maakt een bijstelling van de probleemanalyse, indien dit noodzakelijk is.

#### **WELKE ROL HEEFT DE BEDRIJFSARTS BIJ HET VERBETEREN VAN ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN?**

Vanwege zijn medische deskundigheid en de professionele autonomie heeft de bedrijfsarts een rol

#### **DE PROBLEEMANALYSE**

De schriftelijke probleemanalyse dient een antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Welk probleem vormt voor de medewerker reden om te verzuimen van zijn werk?
2. Is dit een medisch probleem? Zo ja, wat zijn de beperkingen?
3. Is er sprake van een beroepsziekte, dan dient daarvan melding te worden gemaakt bij het NCVB.
4. Vormt dit medisch probleem een zodanige bedreiging voor de gezondheid van de medewerker dat er een medische noodzaak is tot verzuim van het werk? Zo ja, wat is gegeven het medische probleem de aangewezen weg tot herstel van arbeidsvermogen. Zo nee, hoe dient de medewerker zijn medisch, arbeids- of privéprobleem buiten verzuim op te lossen en welke hulp kan hij daarbij inschakelen.
5. Wat zijn de (alternatieve) mogelijkheden voor (gedeeltelijke) werkhervatting in eigen of aangepast (eigen) werk.
6. Welk tijdcontingente re-integratieschema dienen werkgever en werknemer te volgen. Op welke datum start dit schema en wanneer eindigt het?
7. Welk re-integratieprogramma kan de werknemer volgen als werkhervatting op de werkplek nog niet mogelijk is of ter preventie van recidief verzuim?
8. Wat zijn de opvattingen van de werknemer ten aanzien van zijn verzuim? Welke cognities blokkeren een voorspoedige re-integratie? Welke instrumenten kan de bedrijfsarts inzetten om deze opvattingen en cognities te beïnvloeden?
9. Is externe re-integratie kansrijker dan interne re-integratie gegeven de beperkingen van de medewerker en de mogelijkheden van de organisatie?

bij het signaleren van (potentieel) gevaarlijke, gezondheidsbedreigende arbeidsomstandigheden naast het signaleren van misstanden waaronder ongewenste (ziekmakende) omgangsvormen en (seksuele) intimidatie. Veranderen blijft in de 21e eeuw de grote constante in het bedrijfsleven. Het is de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts om een relatie te leggen tussen veranderingen in het werkproces en veranderingen in het verzuimpatroon. Daar waar organisatieveranderingen en nieuwe technieken negatieve effecten op gezondheid kunnen hebben, is een continue alertheid van de bedrijfsarts van belang.

Primaire preventie van ongevallen en bekende risico's voor beroepsziekten behoren tot het terrein van de arbeidshygiënist en veiligheidskundige. De bedrijfsarts vervult de rol van arbomake- laar ten aanzien van het doorgeven van signalen ten aanzien van problemen in fysieke, fysische en chemische arbeidsbelasting van werknemers aan deze kerndeskundigen.

Het welzijn van medewerkers binnen een organi- satie heeft grote invloed op hun functioneren. Ten aanzien van dit laatste verdient signalering aan, doorverwijzing naar en samenwerking met een arbeids- en organisatie deskundige mijn voorkeur.<sup>16</sup>

#### LITERATUUR

1. Vernooy AIF, Weel ANH. Laten de bedrijfsartsen hun tijd verstaan en hun taak in dien tijd begrijpen. Utrecht: NVAB, 2006, ISBN 9076721106.
2. Heida R. Claimbeoordeling en verzuimbegeleiding, einde aan de spraakverwarring. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2002; 10: 140-143.
3. Standpunt 'Claimbeoordeling'. www.nvab.artsen net.nl.
4. Beroepsprofiel van de bedrijfsarts. www.nvab.artsen net.nl.
5. Bootsma EN. Nederlandse bedrijfsarts moet uit de spreekkamer, en samenwerken aan een gezond bedrijf. TBV in gesprek met Jacques van der Vliet. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2002; 10: 185-187.
6. Spreeuwiers D. Biedt de arbodienstverlening van van- daag antwoord op de vragen van morgen? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2006; 14: 25-29.
7. Reijenga FA, Veerman TJ, Berg N van den. Onderzoek evaluatie Wet verbetering poortwachter. Werk- document 363. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, maart 2006.
8. Deursen CGL van, Burg CL van der, Veldhuis V. Herbeoordeeld,... en dan? Stand van zaken 2005- cohort, 18 maanden na de uitslag. Leiden: AStri, febru- ari 2007.
9. Ziekteverzuim in 2005 onveranderd. www.cbs.nl.
10. Koenders PG, Moll van Charante AW De signalering van arbeidsproblemen bij verzuim. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 1998; 6: 108-112.
11. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Signale- ringsrapport Beroepsziekten '06. www.ncvb.nl.
12. Houtman I, Smulders P, Bossche S van den, Arbo- balans 2005, arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland. ISBN 9059862074 of www.arbo.nl/ arbobalans.
13. Koenders PG, Deursen CGL van, Prins J, Eijndhoven AJB van. Verzuim terugdringen door verbeteren van arbeidsomstandigheden, feit of fictie? Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd, 2007; 15: 51-55.
14. Wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet 1998 in verband met een gewijzigde organisatie van de des- kundige bijstand bij het arbeidsomstandighedenbe- leid en de daarmee samenhangende bepalingen (29.814).
15. Knecht R, Besseling JJM, Hoffius R, et al. Scènes uit een reïntegratieproces. www.arbeid.tno.nl.
16. Wiezer NM, Heinrich J, Nelemans RJC, et al. Werk- drukmaatregelen in Nederland. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskd 2006; 14: 251-256.

#### PERSONALIA

P.G. Koenders is als bedrijfsarts werkzaam binnen het bankwezen, Utrecht.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. P.G. Koenders, bedrijfsarts, p/a Fortis Arbodienst, Postbus 2531, 3500 GM Utrecht.  
E-mail: paul.koenders@nl.fortis.com.

## NIEUWS

### Alcoholmisbruik vrouwen

Problematisch drinkgedrag uit zich bij mannen anders dan bij vrouwen. Daardoor is overmatig drinken bij vrouwen moeilijker zichtbaar te maken. Dit komt naar voren uit onderzoek door de universiteit van Minnesota (VS) onder 2.750 mannen en vrouwen. Mannen die zich overgeven aan zuipartijen, belanden vaker in gevechten en hebben steeds meer drank nodig om nog dronken

te raken. Vrouwen hebben vaker last van schuld- gevoelens en depressiviteit nadat ze te veel gedronken hebben. De onderzoekers stellen dat de gangbare methoden om problematisch drink- gedrag te herkennen te veel zijn gericht op typisch mannelijke uitingen daarvan, zoals zuip- partijen en agressief gedrag.

Bron: *Consumed.nl*; 3 mei 2007