

Wie voert de regie? Reïntegratie door Arbodiensten

S.A. van den Berg en P.P.C. Coffeng

Gepubliceerd in het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, nr 3 - 2001

SAMENVATTING:

Als dienst en als branche kunnen Arbodiensten een bijdrage leveren aan de beheersing van de WAO-instroom middels een planmatig reïntegratiebeleid. Een duidelijke casemanagementfunctie wordt hiertoe bepleit evenals de toepassing van (sociaal-) medische richtlijnen en de ontwikkeling van interdisciplinaire richtlijnen. Enkele ontwikkelingen, barrières en aanbevelingen worden geschetst.

Trefwoorden: Arbodienstverlening, bedrijfsarts, standaard, richtlijn, reïntegratie

INLEIDING

De absolute stijging van het verzuim en de WAO-instroom zijn al weer meer dan een jaar regelmatig terugkerend nieuws in de media. Slechts weinigen hebben een betrouwbaar inzicht in oorzaken, effecten en samenhangen. Op soms onverantwoorde wijze wordt dan gezocht naar verantwoordelijke (f)actoren waarbij soms beroepsbeoefenaren, dan weer de werknemers of de werkgevers het moeten ontgelden. Op bestuurlijk en politiek niveau is opnieuw tot veranderingen besloten binnen de uitvoeringsinstellingen. De Structuur Uitvoering Werk en Inkomen (SUWI) - nota heeft de contouren geschetst van één uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) voor claimbeoordeling, premie-inning en uitkeringsverzorging en van het aangepaste poortwachtersmodel. Het verbeterde poortwachtersmodel zal 1 april 2002 geïmplementeerd worden.

In dit model zitten o.a. de volgende aspecten:¹

- de UVI verricht zgn. 'alerteringsbezoeken' bij bedrijven met een hoge WAO instroom;
- de arbodienst zorgt voor een casemanager;
- de middelen ingezet via de Wet reïntegratie gehandicapten (REA) worden eerder ter beschikking gesteld, en na 9 maanden wordt een goed reïntegratieverslag bij de WAO-aanvraag ingediend;
- het bedrijf heeft de mogelijkheid tot uitbreiding van loondoorbetaling bij ziekte van 12 naar 24 maanden (zowel faciliterend als sanctionerend bedoeld).

Voor arbeidsbemiddeling werken de UVI's samen op basis van de één loket gedachte met andere partners (arbeidsvoorziening en gemeentelijke sociale diensten) in regionale Centra voor Werk en Inkomen (CWI).

De vraag die wij hier aan de orde willen stellen is: Wat kunnen Arbodiensten als afzonderlijke diensten en als branche aan de hoge WAO-instroom doen? Het gaat er toch immers om met name in de eerste 12 (18) maanden de periodes van arbeidsongeschiktheid te kunnen beheersen en daarmee de WAO-instroom. Daar is het aangepaste poortwachtersmodel expliciet op gericht.

De vraag die wij daarnaast willen stellen is die naar de planmatigheid in de begeleidings- en reïntegratieactiviteiten.

Reïntegratie definiëren wij hier, pragmatisch, als het geheel van faciliterende activiteiten door diverse zorgactoren en deskundigen leidend tot hervatting van een (potentieel) langdurig zieke werknemer (in aangepast) werk bij eigen of andere werkgever.

Wij geven onze visie op de huidige stand van zaken, schetsen een aantal ontwikkelingen en te nemen barrières, en we doen enkele aanbevelingen. Hiermee hopen wij aan de discussie bij te dragen.

PLANMATIGHEID, COÖRDINATIE EN EEN ANALYSE MODEL

In ieder bedrijf worden coördinatiemechanismen gebruikt om productie- en samenwerkingsprocessen te sturen op doeltreffendheid en doelmatigheid. Klassieke voorbeelden zijn: onderlinge afstemming, rechtstreeks toezicht, standaardisatie van werkzaamheden, van resultaten, van bekwaamheden en van normen.² Iedere Arbodienst kan niet om de vraag heen hoe hij in de markt kan overleven en hoe genoemde mechanismen kunnen worden ingezet. Maar hoe kunnen zij doelmatigheid en doeltreffendheid van reïntegratie-inspanningen organiseren? Want hierbij gaat het niet alleen om een bedrijfseconomisch maar extern politiek-maatschappelijk doel. Immers: strikt genomen wordt de Arbodienst daar niet direct door de overheid op afgerekend.

Een goede aanpak van sociaal-medische begeleiding en reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers vergt samenwerking tussen verschillende disciplines en zorgactoren, intern en extern. Is die planmatigheid en coördinatie in voldoende mate aanwezig of wordt er alleen maar geroepen om samenwerking? Planmatigheid vergt immers een centrale functie of rol (toezicht) die planmatigheid en samenwerking tussen allerlei zorgactoren en betrokkenen faciliteert en coördineert. Dat is één kant van de zaak die kan worden vormgegeven door het gebruik van reïntegratiestrategieën en een vorm van casemanagement waarmee doelgerichtheid in de aanpak van langerdurend verzuim wordt bevorderd. Onder reïntegratiestrategie verstaan wij het mogelijk maken - via een planmatige aanpak in samenwerking met diverse betrokken actoren - dat een langdurig zieke werknemer terugkeert in het werk.

Bij de samenwerking gericht op reïntegratie door de bedrijfsarts in de Arbodienst, zijn, naast de werknemer zelf (en diens familieachtergrond) de betrokken actoren vooral:

- de werkgever: direct leidinggevende en/of P&O-adviseur (eventueel de directe collega's);
- de behandelende artsen (vooral eerste lijn, maar ook tweede lijn);
- de eigen tweede lijn in de Arbodienst (het interne reïntegratiebedrijf);
- de externe reïntegratiebedrijven c.q. specifieke interventiecentra;
- de UVI, die meestal schriftelijk geïnformeerd moet worden middels het reïntegratieplan en die verzocht kan worden om een (her)plaatsingsbudget of voorziening (wet REA).

Aan de hand van een analysemodel met in een matrix de overbekende 5 W's van de kwaliteitscyclus op de horizontale as: willen (en kunnen) > weten (problemen inventariseren) > wegen (prioriteren) > werken (interventies) > waken (implementatie en evaluatie, ook met het oog op terugvalpreventie) en de hierboven genoemde actoren op de verticale as, kan gemakkelijk zicht verkregen worden op waar en wat er afgestemd moet en kan worden. Zowel wat betreft het achterhalen van de aanwezige motivatie (willen) als het bewaken of afgesproken interventies of maatregelen geïmplementeerd worden en geëvalueerd worden op doeltreffendheid. De samenwerking met de UVI's is slechts één voorbeeld,³ de samenwerking met de in aantal snel groeiende private reïntegratiebedrijven een ander, nog afgezien van de uitbestedingen (door UVI's) aan of de aankoop (door Arbodiensten) van reïntegratiebedrijven.

Een aantal Arbodiensten is van mening zelf de expertise in huis te hebben om zich reïntegratiebedrijf te noemen. Om in aanmerking te komen voor de REA-gelden heeft het Landelijk instituut sociale verzekeringen (LISV) aan reïntegratiebedrijven een aantal minimumvoorwaarden qua doeltreffendheid gesteld: minimaal 35% van de cliënten te plaatsen in een dienstverband van minimaal zes maanden. Een probleem hierbij voor de Arbodiensten is dat zij niet met een "afgeroomde subgroep cliënten" kunnen beginnen om tot een beter succespercentage te komen.⁴ Het mag duidelijk zijn dat de stelling die wij hier betrekken de volgende is: als de Arbodienst (als dienst) een belangrijke rol bij reïntegratie en vermindering van de WAO-instroom wil spelen, dan zal coördinatie (bijvoorbeeld in de vorm van casemanagement) nodig zal zijn. Vanzelfsprekend met de instemming van andere bij reïntegratie betrokken personen en instellingen.

Dat is hieraan juist inherent. Wanneer dat management er niet is of niet goed is afgesproken, kunnen partijen elkaar gemakkelijk blameren. De vraag voor Arbodiensten is: Hoe regisseren wij die afstemming en samenwerking? Over de invulling van die rol bestaat naar onze indruk in de praktijk nog onduidelijkheid.

In de NVAB-richtlijnen voor lage rugklachten wordt een casemanagersrol gezien voor de betrokken bedrijfsartsen.⁵ Voor psychische klachten wordt op basis van de problemdiagnose een procesbegeleidende rol naast eventueel een rol als begeleider van het individu gekozen en worden interventies gepland. 'In de rol van procesbegeleider begeleidt de bedrijfsarts het proces van herstel en reïntegratie vanuit een omgevings-/systeemperspectief. (...) De bedrijfsarts vervult deze rol naar de patiënt in relatie tot diens werkomgeving, de huisarts doorgaans naar de privé-omgeving; naar de zorgomgeving is het een gedeelde verantwoordelijkheid.'⁶

De Arbodienstverlening laat echter, naar onze globale indruk die wij hier niet met onderzoek staven, het beeld zien van een soort groepspraktijk van zelfsturend (autonoom) werkzame bedrijfsartsen die, in samenwerking met assistenten en andere disciplines, elk een eigen (groep) bedrijven hebben met uiteenlopende contracten. Als men aan bedrijfsartsen (in een relevant cursorisch verband) de vraag stelt of deze zichzelf zien als casemanager, beantwoorden sommigen dit niet ontkennend: het zijn immers hun cliënten. Anderen zien dit juist niet als hun taak: wel kunnen bijvoorbeeld arbeidsdeskundigen als reïntegratiemanagers worden ingezet. De overheid ziet hier liever geen bedrijfsartsen in verband met de grotere risico's op medicalisering.¹

Er is ook een ander probleem: als casemanagerschap wordt opgevat als planmatige, tijdcontingente regie en sturing van de begeleiding door diverse betrokken behandelende artsen, reïntegratiebedrijven en andere specifieke interventiecentra gaat dat een behoorlijke stap verder. Dit kan het probleem opleveren dat dit tijd vergt die niet altijd contractueel is afgesproken. Dit is een echte barrière: de commercialiteit van de Arbodienstverlening kan zich hier gemakkelijk wreken. De werkgever is immers verantwoordelijk voor reïntegratie en zal diensten moeten inkopen. De andere kant is dat Arbodiensten hier aan kunnen verdienen door werkgevers goed te adviseren zowel over preventie als over verminderde premieheffingen en budgetten voor arbeidsgehandicapten.

Er zijn echter haken en ogen als het gaat om de branche. De BrancheOrganisatie van Arbodiensten (BOA) heeft kort geleden een activerend reïntegratiebeleid onderdeel van haar kwaliteitsbeleid gemaakt.⁷ Door de onderlinge concurrentiepositie, kunnen Arbodiensten als branche niet gemakkelijk bijdragen aan de beheersing van de WAO-instroom, als we er even van uitgaan dat het spel van de vrije markt niet tot collectieve inspanning zal leiden. Ook al is het mogelijk om ook voor Arbodiensten te denken aan een jaarlijkse prijs vergelijkbaar met de Kroon op het werk voor bedrijven en zijn er noodzakelijke en lofwaardige initiatieven om kennis en 'good practices' op brancheniveau te bundelen.⁸

Binnen een Arbodienst zal een casemanager in ieder geval als procesbegeleider moeten functioneren, binnen de professionele mogelijkheden. Daarbij gelden randvoorwaarden en daarmee komen wij op een tweede coördinatiemechanisme: standaardisatie van werk, normen en resultaten door het bekend zijn met en inzetten van onderling afgestemde standaarden en richtlijnen (voor huisartsen, verzekeringsartsen en voor bedrijfsartsen).

Een casemanager zal een tijdcontingent beleid moeten voeren en een activerende, directieve rol dienen te vervullen gericht op terugkeer in het werk. Genoemde richtlijnen kunnen de kwaliteit van medische besluitvorming en begeleiding bevorderen. Een goede organisatie van de intercollegiale toetsing kan verder bijdragen aan kwaliteit op dit gebied (standaardisatie van normen en werkwijze).

Naast de intraprofessionele richtlijnen zullen er nieuwe richtlijnen moeten komen (vooral interdisciplinair opgesteld) voor samenwerking, die verdere afstemming en coördinatie kunnen bevorderen met het oog op tijdige reïntegratie.

Voor de casemanager zal, naast het behalen van voldoende percentages declarabele uren, ook het aantal geslaagde reïntegratiecases een prestatiecriteria kunnen worden, waardoor de professional een bijdrage levert aan het krijgen van REA gelden voor het aangesloten bedrijf.

TIJDIGHEID EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING: EEN PROFESSIONEEL DILEMMA?

Bedrijfsartsen worden door de commerciële druk met een professioneel dilemma geconfronteerd: hoe kan een tijdige terugkeer naar het werk en optimale reïntegratie, worden bevorderd, rekening houdend met belasting en belastbaarheid, de regelmogelijkheden in het werk en regelvaardigheden van de werknemer? Vanuit het individueel perspectief van de cliënt is het makkelijk te beantwoorden: tijdig met het oog op het herstel. Vanuit de werkgever gezien: tijdig vanuit diens belang (verzuimreductie). Dit kan conflicteren en daarom is zorgvuldige afstemming en communicatie hier juist hoogst noodzakelijk.

Vanuit een algemeen belang geformuleerd geldt de vraag hoe langdurig verzuim en WAO instroom kan worden beperkt. Immers langduriger verzuim vergroot de kans op WAO-instroom.

Ook de samenwerking met uitvoeringsinstellingen is in dit proces betrokken, doordat zij een poortwachterfunctie vervullen tot nu toe met name aan het eind van het eerste ziektejaar. Die samenwerking in de praktijk niet (altijd) aanwezig. Binnenkort wordt samengewerkt binnen het al eerder genoemde aangepaste poortwachtersmodel. Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen zullen veel nauwer gaan samenwerken met bedrijven met het oog op terugkeer in het werk. Een veranderde attitude van de bedrijfsarts met betrekking tot een tijdcontingente en directieve begeleiding en de verbeterde objectieve keuring van de verzekeringsarts worden geacht de werknemer en werkgever tot een actievere houding te brengen.⁹

TENSLLOTTE: NOGMAALS DE NOODZAAK VAN PLANMATIGHEID

Er is overigens een groeiend besef van de noodzaak van planmatige reïntegratieaanpakken, door de kosten en baten die uit de toepassing van de wetten PEMBA en REA kunnen voortvloeien.

Werkgevers en verzekeraars worden ongeduldig over versnipperd casemanagement. De particuliere verzekeraars en LISV stellen zich reeds de vraag naar welke (interdisciplinaire) aanpak het meest doeltreffend is.

Om de basis te verbreden voor een planmatig en activerend reïntegratiebeleid liggen verschillende ingrediënten klaar in de vorm van diverse (sociaal-) medische richtlijnen, hiervoor reeds genoemd. Op zichzelf zijn deze goede manieren om de sociaal-medische behandeling en begeleiding (bijvoorbeeld van lage rugklachten en van psychische klachten) te stroomlijnen.

Zowel door NVAB en BOA zijn initiatieven genomen bestaande richtlijnen te inventariseren. Deze inventarisaties zijn uitgevoerd door respectievelijk NVAB/SKB¹⁰ en voor de BOA door TNO Arbeid.¹¹ Het SKB-rapport richt zich met name op de beschikbare richtlijnen voor artsen, de TNO-catalogus richt zich, naast de beschikbare richtlijnen voor artsen, ook op aanpakken die door medische en psychologische interventiecentra worden gebruikt bij reïntegratie. Richtlijnen, standaarden of protocollen dienen:

- de kwaliteit te verbeteren;
- het (be)handelen c.q. begeleiden toetsbaar te maken;
- houvast en eenheid van handelen te bieden aan beroepsbeoefenaars;
- onderlinge afstemming in de samenwerking te bevorderen, vooral daar waar, zoals bij reïntegratie van arbeidsongeschikten of -gehandicapten, steeds meer beroepen en instanties betrokken raken.¹²

Hoewel het gebruik van richtlijnen op diverse plaatsen onderwerp van discussie is geweest,¹³⁻¹⁷ bleek onlangs ook dat bedrijfsartsen er in beginsel positief tegenover staan.¹⁸

De meeste richtlijnen zijn tot nu toe gericht op de eigen, doorgaans medische discipline. Arbodiensten ontwikkelen zelf nieuwe vormen van producten en diensten. Complementaire vormen van arbeidsrevalidatie- en -reïntegratiediensten (interventiecentra) ontstaan naast en vanuit en in de Arbodiensten.

Een belangrijk doel zou daarom moeten zijn de verdere integratie van visies en werkwijzen door het produceren van gezamenlijke richtlijnen en werkwijzen, te beginnen met de curatieve en sociaal-medische.¹⁰ Intentie tot interdisciplinariteit met andere (dan sociaal-medische) beroepen zal daarbij het uitgangspunt moeten zijn.¹¹

De meerwaarde zit in de betere afstemming tussen diverse bij reïntegratie betrokken partijen. Vanuit de curatie is er een sterkere behoefte om meer te weten over wat er in bedrijven en Arbodiensten binnen veranderende wettelijke kaders zich afspeelt. Er is een groeiende geneigdheid en noodzaak om samen te werken met behandelende artsen vooral in de eerste lijn. Reeds enkele jaren is er een convenant voor de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen. Eén van de voorwaarden voor samenwerking met de curatieve sector is dat men in Arbodiensten op de hoogte is van bestaande behandelingsprotocollen en -richtlijnen. Zodat men weet hoe er in principe gewerkt behoort te worden en hoe men feitelijk werkt. Een bedrijfsarts kan dan ook beter met een curatieve collega afstemmen. Dat is een voorwaarde voor casemanagerschap.

Binnenkort zijn er de eerste nascholingsprogramma's gericht op de samenwerking bij de sociaal-medische begeleiding en reïntegratie door bedrijfsartsen en huisartsen. De niet altijd vanzelfsprekende wederkerigheid zal daardoor worden bevorderd. Echter, gezamenlijk richtlijnen schrijven en nascholen is één ding, daadwerkelijke coördinatie en afstemming binnen de Arbodiensten en tussen Arbodienstverlening en curatieve werkwijzen¹⁹ zal moeten worden georganiseerd; meer contact leidt dan waarschijnlijk tot meer onderlinge waardering, betere afstemming en daarmee tot doeltreffender reïntegratie.²⁰

TBV IN OUTLINE

As service organisations as well as branch, occupational health services are in a position to contribute to the control of growing rates of work disablement. An explicit directional function (case-management) within occupational health services is advocated. Practical use and application of social-medical guidelines and standards, together with the development of guidelines for an interdisciplinary approach, can substantially contribute to rehabilitation strategies in occupational health services. Some developments and barriers are discussed. Recommendations are given.

LITERATUUR

1. Ministerie van SZW. Voortgangsnota Arbeidsongeschiktheidsregelingen. Den Haag, april 2000 [www.szw.nl].
2. Mintzberg H. Mintzberg over management. De wereld van onze organisaties. Amsterdam/Antwerpen: Veen, 1991.
3. Storms PH. Van verzuimbeleid naar reïntegratiebeleid. Redactioneel commentaar Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd 7,(aug)1999.
4. Putten, van D.J., Reïntegratiecontracten naar de markt, . TBV 8, nr. 6, augustus 2000.
5. NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten. Geautoriseerde richtlijn 2 april 1999.
6. NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten Geautoriseerde richtlijn 28 januari 2000.
7. Coffeng PPC, Marcelissen FHG, Berg SA van den. Activerend reïntegratiebeleid en : medisch probleem of (intern) arbeidsmarktprobleem? Aanbevelingen voor . Hoofddorp: TNO Arbeid, 1999.
8. Stichting Expertise Centrum Reïntegratie [www.stecr.nl]
9. Rede staatsecretaris J. Hoogervorst bij de officiële opening van de Netherlands School of Occupational Health. Utrecht: 3 november 2000.

10. Weel ANH, Fortuin RJ. Professionele richtlijnen voor artsen: een inventarisatie. Amsterdam: Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg, 1998.
11. Berg SA van den PPC Coffeng. Richtlijnen en standaarden bij reïntegratie. Een catalogus voor arbo-diensten. Hoofddorp: TNO Arbeid, 1999.
12. Erp, N van, Bijl R. Richtlijnen sociaal-medische begeleiding bij psychische klachten. Utrecht: NcGv, 1996.
13. Weel ANH, Koster MK & Prins R. Protocollen en Chronisch Zieken. Een verkennende studie in opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Leiden: Bureau AS/tri, 1997.
14. Berg M. Problemen en potenties van het protocol: de voorwaarden om protocollen positief in te zetten. Med. Contact, jrg 51(1996)nr 11.
15. Eurelings-Bontekoe EHM (red.). Protocollen: keurslijf of maatpak?: over diagnostiek en behandeling aan de hand van protocollen. NIP-sectie Amb. Geestelijke Gezondheidszorg, 1995.
16. Kruit EE. Weg met de Heilige Standaard. Huisarts en Wetenschap, 1989;32(13), p. 545.
17. Wijmen FCB van, ALM Lagro-Janssen. Richtlijn, plichtlijn? Professionele autonomie volgens de WGBO. Huisarts & Wetenschap 1998; 41(13).
18. Weel ANH, Hulshoff CTJ, Breteler HRM. Bedrijfsartsen positief over professionele richtlijnen. Richtlijnontwikkeling gaat nieuwe fase in. Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd 8, nr.10,dec.2000.
19. Amstel R van, Buys PC. Voor verbetering vatbaar: de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding : een onderzoek naar belemmeringen voor die samenwerking en naar oplossingen daarvoor. Amsterdam : TNO ARBEID, 1997.
20. Nauta AP, Grumbkow J von. Huis- en bedrijfsartsen over de richtlijn intercollegiaal gegevensverkeer. Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd 8, nr.10,dec.2000.