

# De relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en ziekteverzuim

P. Hamers<sup>1</sup>, P. Kamphuis<sup>1</sup>,  
J. van Poppel<sup>1</sup>, H. Nieuwland<sup>2</sup>

## Summary

Occupational health care (OHC) is usually considered to be related to a decrease in the absentee rate. In general there is not much discussion about this relation. Yet there has not been much research to confirm this relation. An experiment is held in three districts with OHC for employees working in the field of education. The experiment involves a special OHC model for employees working in the educational field. In this model extra attention has been given to the psychological problems that are common in the field of education. For that purpose a psychologist and an industrial welfare worker have been assigned to the occupational health care officer. This experiment offers the possibility to determine in a pseudo-experimental setting the influence of OHC on the absentee rate of the employees.

The most important conclusion that can be drawn from the study is that the absentee rate has increased. Namely the absenteeism for a long period is increasing as a consequence of OHC. This effect can be attributed to the intensive psychosocial support and to the therapy of reintegrating overstrained teachers.

## Inleiding

In de literatuur wordt vaak gewezen op de verzuimverlagende werking van BGZ. Deze stelling wordt doorgaans onderbouwd met argumenten over de gunstige invloed van BGZ op de gezondheid en het welzijn van werknemers. Hoewel aan dit laatste niet getwijfeld wordt, kan men zich ook de vraag stellen of de gunstige invloed van BGZ ook gepaard gaat met het afnemen van het ziekteverzuim. Doorgaans wordt er impliciet vanuit

1. IVA, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant.

2. Werkgroep A&W / LISWO van de Rijksuniversiteit Leiden.

gegaan dat er een relatie bestaat tussen gezondheid en welzijn enerzijds en ziekteverzuim anderzijds. Zo constateren Van den Bosch en Petersen (1982) dat er in Nederland slechts 1% van alle gezondheidslasten aan BGZ besteed wordt. Zij betogen voorts dat dit des te opvallender is omdat een intensivering van de BGZ bij uitstek een mogelijkheid zou kunnen zijn om vermijdbaar verzuim en daarmee het beroep op de respectievelijke arbeidsongeschiktheidsregelingen terug te dringen, omdat juist dit deel van de gezondheidszorg niet alleen specifiek op de beroepsbevolking, maar ook en vooral preventief van aard is. Het onderzoek van Van den Bosch en Petersen stoelt echter op nogal wat vooronderstellingen en wordt niet ondersteund door empirische bevindingen.

Andere auteurs zoals Kruidenier (1983) wijzen eveneens op de mogelijkheden van BGZ het ziekteverzuim te verlagen, maar zij onderbouwen dit evenmin met empirisch materiaal. Buys (1985) heeft een samenwerkingsmodel ontwikkeld waarin hij voor de BGZ tijdens de eerste drie maanden van de verzuimperiode een coördinerende functie reserveert. Een dergelijk model zou het verzuim kunnen bekorten. Daarmee is echter nog niet aangetoond dat het verzuim ook werkelijk terugloopt onder invloed van dit model.

Overigens zijn er wel pogingen ondernomen om de vermeende relatie tussen BGZ en verzuim met cijfermateriaal te ondersteunen. Zo beweert Lunshof (1988) dat de gezamenlijke BGD-en in Nederland zo'n 20 miljoen per jaar besparen door hun verzuimbegeleiding. In zijn onderzoek gaat Lunshof na hoeveel ziekteverzuim er bespaard wordt door interventies van de bedrijfsarts.

Lunshof wijst zelf al op een aantal tekortkomingen in zijn onderzoek. Zo ontbreekt bijvoorbeeld een controlegroep. Een controlegroep zou het onderzoek onnodig compliceren en

een controlegroep die exact gelijk is aan de experimentele groep, is niet zo gemakkelijk te vinden, stelt deze auteur. Een ander probleem is dat de bedrijfsarts zowel registreert als interpreteert in het onderzoek. Het zal duidelijk zijn dat dit de objectiviteit niet ten goede komt. Een gevaar met betrekking tot de externe validiteit zit ook in de extra gedrevenheid van de bedrijfsartsen om positieve resultaten te bewerkstelligen waardoor de kans op een niet representatief beeld groot is. De genoemde 20 miljoen zijn vanwege bovenstaande beperkingen een slag in de lucht, waaraan niet te veel waarde gehecht mag worden. Het onderzoek van Lunshof is een interessante poging om de relatie tussen BGZ en verzuim te kwantificeren; het was echter minder pretentieus geweest als Lunshof het bespaarde bedrag van 20 miljoen in zijn artikel had weggelaten. Het noemen van dit getal suggereert een exactheid die door het onderzoek niet gerechtvaardigd wordt. Verbaan, de goeroe van het verzuim in Nederland zoals hij in de Volkskrant van 4 februari 1989 genoemd wordt, claimt dat hij met zijn project 400 miljoen heeft bespaard voor Philips. Deze besparing van 400 miljoen lijkt ons wat aan de ruime kant. Verschillende zaken binnen het project van Verbaan blijven onduidelijk. In de eerste plaats werkt Verbaan niet met een controlegroep. De daling van het ziekteverzuim bij Philips met 50% naar 5% wordt niet vergeleken met de ontwikkeling van het verzuim in andere sectoren van het bedrijfsleven. Een ander probleem is dat er niet gesproken wordt over de samenstelling van het personeel bij Philips vóór en tijdens het project. Een groot gedeelte van het effect kan misschien verklaard worden door een natuurlijke uitstoot van ongezonde personeelsleden. Dit neemt overigens niet weg dat het project uitermate succesvol lijkt. In dit project wordt niet gerefereerd aan BGZ, maar aan verzekeringsgeneeskunde, die opgetuigd is met een aantal toeters en bellen. Zo worden op afdelingen met een hoog verzuim de arbeidsomstandigheden verbeterd. Het personeel wordt uitgebreid voorgelicht over het project en leidinggevenden worden geschoold de werksfeer en de werkomstandigheden zodanig te maken dat onvrede niet blijft sluimeren en het personeel niet vlucht in ziek zijn.

Ongeveer 50% van de BGD-en en ongeveer 50% van de bedrijfsartsen voeren verzekeringsgeneeskundige taken uit (De Winter & Dijkstra, 1984). De grenzen tussen BGZ met

verzekeringsgeneeskundige taken enerzijds en verzekeringsgeneeskunde aangevuld met bedrijfsgezondheidskundige activiteiten anderzijds vervagen. Verzekeringsgeneeskunde aangevuld met bedrijfsgezondheidskundige activiteiten is tegen deze achtergrond te zien als een vorm van BGZ. Daarom kan ons inziens het project van Verbaan gezien worden als een ondersteuning van de stelling dat BGZ een verzuimverlagende invloed heeft.

Ziekteverzuim staat in verband met invalidering. In het determinantenonderzoek WAO (1984) is de relatie tussen invalideringspercentage en BGZ gekwantificeerd. De verwachting was dat door middel van BGZ het invalideringspercentage zou afnemen. De resultaten laten echter een tegengesteld effect zien: op bedrijven met BGZ is het invalideringspercentage hoger dan op bedrijven zonder BGZ. Het is jammer dat in het determinantenonderzoek WAO de relatie tussen BGZ en ziekteverzuim niet is onderzocht. Wellicht gaat onder invloed van BGZ een stijging van het invalideringspercentage gepaard met een daling van het ziekteverzuim.

#### **De mogelijkheid, die een experiment biedt**

In 1985 heeft het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen het IVA, instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant, de opdracht gegeven een experiment met BGZ voor onderwijspersoneel voor te bereiden, te implementeren en te evalueren. In een notitie schetst de minister de aanleiding tot het instellen van regionale experimenten met BGZ.

Zowel onderzoeksresultaten alsmede de situatie in het onderwijs ten aanzien van verzuim en invalidering en het veelal ontbreken van behoorlijke sociaal-medische begeleiding van grote delen van het onderwijspersoneel worden in deze notitie als achtergrond genoemd. Een andere belangrijke drijfveer voor de minister is dat hij van een goede sociaal-medische begeleiding verwacht dat het (langdurig) ziekteverzuim wordt teruggedrongen. Het is duidelijk dat hier wederom de vraag naar de preventieve werking van BGZ aan de orde is. Een belangrijk onderdeel van de evaluatie is dan ook de effectmeting. Deze effectmeting is niet alleen in praktische zin interessant vanwege inverdienmogelijkheden, maar ook en vooral in theoretische zin. Een experiment biedt een unieke kans om na te gaan of er daadwerkelijk een relatie bestaat tussen BGZ en

ziekteverzuim. De hiervoor geschetste theoretische discussie over de vermeende preventieve werking van BGZ zou dan gevoed kunnen worden met empirische gegevens.

#### **Het experiment**

Uit talloze publikaties (o.a. Kamphuis, 1980; 1988; 1989) valt af te lezen dat het (langdurig) ziekteverzuim in het onderwijs voornamelijk psychisch van aard is. De verhouding psychische-niet-psychische ziekten in het onderwijs is ongeveer 60%-40%. Over het algemeen richt de BGZ zich op het bedrijfsleven en de ambtenarij, waar deze verhouding doorslaat naar de niet-psychische ziekten. Op basis van arbeidsongeschiktheidcijfers kan gesteld worden dat de verhouding psychische-niet-psychische ziekten in de ambtenarij ongeveer gelijk is aan 40-60% (Poppel e.a., 1989 en Abp-jaarverslagen). De meeste BGD-en zijn voornamelijk op deze niet-psychische problematiek ingericht. Het IVA heeft daarom een BGZ-model voor onderwijspersoneel ontwikkeld dat geënt is op de problematiek in het onderwijs. Het model legt het accent op integratie van medische, psychologische en sociale dienstverlening binnen een BGZ-unit voor onderwijspersoneel. Medewerkers van de BGZ-unit zijn: de bedrijfsarts, de bedrijfspsycholoog en de bedrijfsmaatschappelijk werker. Deze unit is een onderdeel van een bestaande BGD. Het voordeel is dat in teamverband en interdisciplinair kan worden samengewerkt, een duidelijke taakverdeling kan worden doorgevoerd en dat de communicatiekanalen uiterst kort zijn. Het schept duidelijkheid naar het onderwijsveld: er is één 'unit' aanspreekbaar voor alle relevante dienstverlening. De psycholoog zal zich primair richten op de samenhang tussen organisatie- en arbeidsproblematiek. Zijn taak omvat het doen van onderzoek, het opstellen van rapportages en adviezen en het begeleiden van organisatieprocessen. De taak van de maatschappelijke werker omvat individuele en groepsbegeleiding bij problemen die verband houden met het werk. Doel ervan is de problemen in de psychosociale sfeer te verhelderen. Een concrete taak van de maatschappelijk werker is bijvoorbeeld het begeleiden van de terugkeer op school van werknemers die wat langer afwezig geweest zijn. Naast allerlei BGZ-activiteiten zoals ziekmeldingsregistratie, bedrijfsgezondheidskundig spreekuur, periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek, arbeidstherapeutisch werken en groepsonderzoek zijn door de aan

het experiment deelnemende BGD-en ook de verzekeringsgeneeskundige taken in het kader van het Rechtpositiebesluit onderwijsgevenden uitgevoerd. In verschillende publikaties is uitgebreid ingegaan op de werkwijze en interventies tijdens het experiment (Kamphuis e.a., 1988, 1989).

Het experiment heeft plaatsgevonden in drie regio's: Doetinchem, Eindhoven en Tilburg. De keuze voor deze regio's is betrekkelijk willekeurig tot stand gekomen. Belangrijkste eis daarbij was dat de betreffende regio's qua BGZ voor onderwijs nog grotendeels maagdelijk waren. In het totaal hebben 344 scholen (dit is 83% van de scholen in de drie regio's) met ongeveer 8600 personeelsleden aan het experiment deelgenomen. Officieel is het experiment op 1 maart 1987 midden in het schooljaar van start gegaan. In de beginfase waren nog niet alle BGZ-teams volledig volgens het model ingericht. Pas met ingang van het schooljaar 87/88 beschikten alle diensten over een psycholoog en bedrijfsmaatschappelijk werker. Daarom wordt wat de effectmeting betreft 1 september 1987 beschouwd als de startdatum van het experiment. Het experiment heeft geduurd tot het einde van het schooljaar 88/89.

#### **Onderzoeksopzet**

Om effecten vast te kunnen stellen is het noodzakelijk een onderzoeksopzet te maken met een voormeting en een controlegroep. In een zuiver experimentele opzet wordt zowel de stimulusgroep als de controlegroep random geselecteerd. In het concrete geval is dit in de eerste plaats voor de stimulusgroep niet mogelijk. Daartoe zou een aselecte of een getrapte steekproef uit de populatie onderwijspersoneel getrokken moeten worden. In het geval van een aselecte steekproef zou in geheel Nederland van Groningen tot Vlissingen en van Den Helder tot Maastricht BGZ voor onderwijspersoneel operationeel moeten zijn. In een representatieve getrapte steekproef dienen een groot aantal steden getrokken te worden. In alle steden uit die steekproef dient de BGZ voor onderwijspersoneel operationeel te zijn. Het beschikbare budget was daarvoor niet toereikend. Als de stimulusgroep niet random wordt geselecteerd, is het ook zinloos om de controlegroep random te selecteren. Bijna vanzelfsprekend komen we dan uit bij een variant van het nonequivalent control group design: *The Untreated Control Group Design with Pretest and Posttest* (Cook & Campbell, 1979). ▶

In schema ziet dit design er als volgt uit:

O1	Xe	O2	Xe	O3
O4	Xc	O5	Xc	O6

waarbij: O1 en O4 betrekking hebben op het verzuim vóór de invoering van het experiment, O1 van de experimentele groep en O4 van de controlegroep;

O2 en O5 betrekking hebben op het verzuim tijdens het eerste effectmetingsjaar, O2 van de experimentele groep en O5 van de controlegroep; O3 en O6 betrekking hebben op het verzuim tijdens het tweede experimenteeljaar, O3 van de experimentele groep en O6 van de controlegroep; Xe de experimentele variabele is: BGZ voor onderwijspersoneel; Xc betrekking heeft op de controlegroep. Xc duidt er dus op dat er met deze groep niets gebeurt.

Het effect van de experimentele variabele (Xe-Xc) is nu met de eenvoudige formules te berekenen:

$$\begin{aligned} X_e - X_c = & (O2-O1) - (O5-O4) \\ & (\text{het effect in het eerste} \\ & \text{effectmetingsjaar}), \\ & (O3-O1) - (O6-O4) \\ & (\text{het effect in het tweede} \\ & \text{effectmetingsjaar}), \\ & (O3-O2) - (O6-O5) \\ & (\text{vergelijking eerste en} \\ & \text{tweede effectmetingsjaar}). \end{aligned}$$

Deze formules gaan uit van de assumptie dat de (verzuimrelevante) veranderingen die in de experimentele en in de controlegroep kunnen plaatsvinden in de loop van het gehele experiment, gelijk zijn. Ten behoeve van de effectmeting wordt als controlegroep de landelijk steekproef waarmee de werkgroep A&W van de Rijksuniversiteit Leiden het verzuim in het onderwijs meet, gebruikt. Deze steekproef is min of meer representatief voor het onderwijs in Nederland en bestaat jaarlijks uit ongeveer 450 scholen met ongeveer 11 500 leerkrachten. Er vinden jaarlijks veranderingen plaats in de samenstelling van de steekproef, terwijl deze uiteraard representatief blijft. In de EBO-regio's worden over de twee schooljaren die hier vergeleken worden grotendeels *dezelfde scholen* gevolgd, wat impliceert dat voor het overgrote deel ook bij *dezelfde personeelsleden* het ziekteverzuim is gemeten. De landelijke steekproeven betreffen echter jaarlijks wisselende

scholen en personeelsleden, waarin zowel naar schoolkenmerken als personeelskenmerken derhalve grote verschillen optreden. Vóór dat de bovenstaande formules zijn toegepast voor de berekening van het 'EBO-effect', is daarom een multivariate analyse toegepast (MANOVA) waarbij voor de belangrijkste verschillen (voor zover deze relevant zijn voor de aard van het ziekteverzuim) in school- en personeelskenmerken tussen de 'EBO-populatie' en de landelijke controlegroep gecorrigeerd is.

Eén van de verschillen waarvoor overigens al direct een correctie plaatsvond was de samenstelling naar onderwijssoort. Via een weging is de schoolsoortsamenstelling in de landelijke controlegroep exact gelijk gemaakt aan die van de EBO-groep. Door middel van variantie-analyse zijn de verzuimmaten vervolgens, zowel in de experimentele groep als in de controlegroep, gecorrigeerd voor:

- De samenstelling naar urbanisatiegraad van de gemeenten waar de scholen gevestigd zijn.
- De samenstelling naar denominatie van de scholen (RK, PC, openbaar of overig bijzonder).
- De gemiddelde leeftijd van het schoolteam.
- De man/vrouw-verdeling van het schoolteam.
- Het percentage deeltijders in het schoolteam.
- Het gemiddelde aantal jaren dat men op de school werkzaam is.
- De schoolsoort (vanwege mogelijke interacties met de overige kenmerken).
- De (eventuele) interacties tussen de hierboven genoemde kenmerken.

De verzuimmaten die uiteindelijk zijn ingevuld in de formule zijn de gecorrigeerde waarden, die bij MANOVA middels een MCA (multiple classification analysis) worden verkregen. Voor een meer uitvoerige beschrijving van deze analyse-opzet verwijzen wij naar Nieuwland (1988, 1989).

Cook en Campbell signaleren twee belangrijke storende factoren in dit design: selectie en regressie. Door de multivariate analyse is het probleem van de selectie al opgelost. Regressie naar het gemiddelde is vooral een probleem wanneer de experimentele en/of controlegroep samengesteld zijn uit groepen met extreme scores op de afhankelijke variabele. Omdat dit niet het geval is, is het niet aannemelijk dat het gemeten effect verstoord wordt door regressie naar het gemiddelde.

## Resultaten

In tabel 1 zijn de belangrijkste gegevens van het effectmetingsonderzoek samengebracht. Het betreft hier niet de ruwe gegevens, maar de voor verzuimrelevante kenmerken gecorrigeerde verzuimcijfers.

Uit tabel 1, valt af te lezen dat de verzuimmaten nogal variëren in de verschillende jaren. Het eerste effectmetingsjaar laat wat betreft het ziekteverzuimpercentage een positief effect zien. Zowel tijdens de vormingsperiode als in het eerste effectmetingsjaar is het verzuimpercentage in de proefregio's *lager* dan bij de landelijke controlegroep. Bij de vaststelling van het BGZ-effect gaat het echter om de *relatieve* verschillen tussen de meetmomenten. Een negatieve uitkomst van de effectmetingsformule geeft aan dat in de proefregio's het verzuim in relatieve zin gedaald is, terwijl een positieve uitkomst een relatieve stijging in de proefregio's inhoudt.

Het effect voor het ZV% in het eerste effectmetingsjaar bedraagt -0.43, wat bij een T-toets voor steekproefgemiddelden een statistisch significant verschil betekent ( $P < .02$ ).

De conclusie is dan ook dat de (experimentele) BGZ na het eerste effectmetingsjaar een verlagend effect heeft op het ziekteverzuimpercentage (ZV%).

Ten aanzien van de verzuimfrequentie (F-tot) is in dat jaar de relatieve daling dermate gering, dat niet van een 'BGZ-effect' gesproken kan worden.

De ontwikkeling van de frequentie van *langdurige* ziektegevallen ( $> = 27$  dagen) blijkt gedurende het eerste effectmetingsjaar echter *tegengesteld* te zijn aan de hypothese. In de BGZ-proefregio's heeft zich een relatieve *stijging* voorgedaan ten aanzien van F-lang, terwijl de verwachting was dat juist het langdurige verzuim zou afnemen door een versnelling in het toekennen van invaliditeitspensioenen.

De indeling van de ziektegevallen in korter, resp. langer dan 4 weken is - hoewel in verzuimanalyses gebruikelijk - echter niet toegesneden op het meten van een verkorting van invalideringsprocedures, waarbij in de regel, en zeker bij ambtenaren, een veel langerdurend verzuim in het geding is.

Daarom zijn er aanvullende analyses verricht naar de frequentie van ziektegevallen van resp. 6 tot 10 maanden en een volledig schooljaar in de proefregio's en de landelijke controlegroep.

**Tabel 1. De gecorrigeerde verzuimaten voor de proefregio's en de A&W-steekproef in de schooljaren 1986/87 (voormeting), 1987/88 (eerste effectmetingsjaar) en 1988/89 (tweede effectmetingsjaar)**

Bron: Nieuwland (1990)

	proef-regio's	A&W-steek-proef	verschil	significantie
ZV% 86/87(0)	7.45	7.98	-0.53	ns
ZV% 87/88(1)	7.11	8.07	-0.96	s
ZV% 88/89(2)	8.19	7.85	0.34	ns
verschil ZV%(2-0)	0.74	0.13	0.87	s
F-tot 86/87(0)	152	166	-14	s
F-tot 87/88(1)	140	155	-15	s
F-tot 88/89(2)	147	156	-9	s
verschil F-tot(2-0)	-5	-10	5	s
F-lang 86/87(0)	13.0	15.3	-2.3	s
F-lang 87/88(1)	12.9	14.1	-1.2	ns
F-lang 88/89(2)	14.4	14.2	0.2	ns
verschil F-lang(2-0)	1.40	-1.10	2.50	s

ZV% (ziekteverzuimpercentage) =  
 totaal aantal kalenderdagen van de ziektegevallen

X 100

aantal personen X aantal kalenderdagen van de periode

F-tot (verzuimfrequentie) =  
 totaal aantal ziekmeldingen in de meetperiode

X 100

gemiddelde personeelssterkte in de meetperiode

F-lang (frequentie van lang verzuim) =  
 de frequentie van ziektegevallen die 28 kalenderdagen of langer duren, per 100 personen.

(0) heeft betrekking op de voormeting.

(1) heeft betrekking op het eerste effectmetingsjaar.

(2) heeft betrekking op het tweede effectmetingsjaar.

(2-0): het verzuim in het tweede effectmetingsjaar min het verzuim in de voormeting.

## Interpretatie

In tabel 2 is duidelijk te zien dat in de proefregio's de frequentie van de ziektegevallen die een schooljaar hebben geduurd in het eerste effectmetingsjaar is afgenomen in vergelijking tot de landelijke referentie. Juist dit zéér langdurige verzuim bepaalt in belangrijke mate het totale ziekteverzuimpercentage, waardoor de relatieve daling in het totale ziekteverzuimpercentage in de proefregio's verklaarbaar wordt.

Het regelmatig (voor)overleg tussen de Abp-districtskantoren en de BGD-en mag hier verondersteld worden zijn invloed te hebben gehad.

De zeer langdurige ziektegevallen vertonen in het eerste effectmetingsjaar dus een daling. Het middellang verzuim (van meer dan één maand tot en met zes maanden) is echter duidelijk gestegen. Een verklaring van deze stijging is waarschijnlijk gelegen in de intensieve psychosociale begeleiding en het op *therapeutisch* basis reïntegreren van overspannen leraren. Hetgeen onder andere betekent dat de betrokkenen tijdens de periode van therapeutische plaatsing met ziekteverlof blijven. De daling van het kortdurend verzuim is niet voorzien, maar is waarschijnlijk aan te duiden als een verzekeringsgeneeskundig effect. In het experiment worden door de scholen de ziektegevallen snel gesignaleerd en doorgegeven aan de diensten die op hun beurt op korte termijn een oordeel over de arbeids(on)geschiktheid van zieke personeelsleden geven. Ook de informatievraag van de kant van de diensten na één week ziekteverlof en de uitnodiging voor het spreekuur zal een preventieve werking hebben op het kortdurend verzuim. Hoewel het hier geen puur verzekeringsgeneeskundige activiteiten betreft kan dat toch als zodanig door het onderwijspersoneel aanvoeld worden.

Dit redelijke positieve beeld aan het eind van het eerste effectmetingsjaar verandert radicaal als we het tweede effectmetingsjaar in de beschouwing betrekken. Alle relatieve verschillen veranderen in positieve getallen. Ten opzichte van de controlegroep zijn de verzuimaten in de proefregio's in vergelijking met de voorexperimentele periode flink gestegen. Dit betekent dat de algemene hypothese dat BGZ een verzuimverlagende werking heeft, verworpen moet worden. Uiteraard dienen de nuanceringen die we aangebracht hebben in deze algemene hypothese nu ook verworpen te worden. In tabel 2 is duidelijk te zien dat het zeer langdurige verzuim (langer dan 10 maanden) voor het grootste ►

**Tabel 2. Ziektegevallen van méér dan 180 kalenderdagen in EBO en A&W-referentie over de schooljaren 1987/88 en 1988/89**

Bron: Nieuwland (1990)

Ziektegevallen	EBO				A&W-referentie			
	N =		% van OP		N =		% van OP	
	87/88	88/89	87/88	88/89	87/88	88/89	87/88	88/89
181-304 dagen	183	180	2.5	2.6	232	230	2.2	2.2
> 304 dagen	83	133	1.1	1.9	161	164	1.5	1.6
Totaal > 180 dagen	266	313	3.7	4.5	393	394	3.7	3.9
Totaal OP	7245	7031			10727	10320		

deel verantwoordelijk is voor de stijging van het verzuim.

### Discussie

Het is duidelijk dat de resultaten bestaande inzichten over de relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en ziekteverzuim ter discussie stellen. De genoemde relatie is een stuk gecompliceerder dan doorgaans wordt aangenomen. Het ligt voor de hand om in een beschouwing over ziekteverzuim de ontwikkeling van het aantal arbeidsongeschikten te betrekken. Tijdens het experiment zijn ook gegevens over de blijvende arbeidsongeschiktheid (ABP) verzameld en geanalyseerd. Uit deze gegevens blijkt dat het percentage blijvend arbeidsongeschikten in vergelijking met een controlegroep stabiel gebleven is. Met behulp van deze gegevens is een beschrijving te geven van het proces dat langdurig zieke leraren tijdens het experiment hebben doorlopen. Deze beschrijving geeft een goede verklaring voor de stijging van het verzuim en het stabiel blijven van het percentage invalideringen. Aan het begin van het experiment leefde de verwachting dat het aantal arbeidsongeschiktheidsverklaringen tijdelijk zou toenemen tijdens het experiment vanwege een 'stuwmeer' aan langdurige gevallen met slechte prognoses.\*

Uit de cijfers is gebleken dat binnen de proefregio's 41% van het zogenaamde oude stuwmeer, dat is het stuwmeer aan zieken dat op 1 januari 1988 minimaal 12 maanden met ziekteverlof was (en dus aan het begin van het experiment 2 maanden of langer met ziekteverlof was) *blijvend arbeidsongeschikt is verklaard* (controlegroep 37%). Desalniettemin komt dit niet in het totaal aantal blijvend ongeschiktverklaringen binnen het experiment tot uiting omdat tegelijkertijd een geringer deel van het 'nieuwe stuwmeer' (personen die tijdens het experiment minimaal 12 maanden met ziekteverlof zijn gegaan) binnen de proefregio's blijvend arbeidsongeschikt wordt verklaard (38%; controlegroep 47%). Uit deze cijfers valt op te maken dat men zich in de proefregio's vooral

\* Voor een goed begrip van deze materie is het van belang te weten dat overheids- en onderwijspersoneel in principe een onbeperkte tijd met ziekteverlof kan blijven. Noch de Ziektewet noch de WAO is op deze sectoren van toepassing. Blijvende arbeidsongeschiktheid is verzekerd in het kader van de Algemene burgerlijke pensioenwet, die geen vast tijdstip voor een gezondheidskundig onderzoek naar blijvende arbeidsongeschiktheid voorschrijft.

heeft toegelegd op het 'wegwerken' van het 'oude stuwmeer', terwijl men zich in de controlegroep meer gericht heeft op het verwerken van het nieuwe stuwmeer. Kwam 59% (controlegroep 64%) van het 'oude' stuwmeer in een *Abp-procedure* terecht, aan het eind van het experiment is de instroom van 'nieuwe' stuwmeergevallen in het Abp-kanaal 49% (in de controlegroep is dat 67%). Het effect van de verminderde instroom in het Abp-kanaal is wel dat meer gevallen binnen het stuwmeer blijven en aldaar om een oplossing vragen. Het stuwmeer aan langdurig zieken omvatte aan het begin van het experiment 6.8% van het totaal aantal personeelsleden, aan het einde van het experiment bestond dit al uit 8.1% van het totaal aantal personeelsleden (controlegroep 6.4%). De consequentie van een verminderde opname in het Abp-kanaal is dus duidelijk, een relatieve groei van het stuwmeer. De meeste stuwmeergevallen blijven met ziekteverlof; door het terugdringen van het aantal arbeidsongeschikten neemt het ziekteverzuimvolume dus toe.

De resultaten wijzen dus op een verhoging van het verzuim en een terugdringen van het aantal invalideringen. Het eerste staat lijnrecht tegenover de geformuleerde hypothese en de veronderstellingen in de literatuur en het tweede is tegenovergesteld aan de bevindingen in het determinantenonderzoek WAO. De bevindingen in het experiment zijn niet zonder meer te vergelijken met het determinantenonderzoek dat gaat over de particuliere sector. Invalideringen en blijvend arbeidsongeschikten worden immers bij de overheid en dus in het onderwijs anders gedefinieerd dan in het bedrijfsleven. Hoe verhoudt zich nu het gehanteerde BGZ-model tot de effecten op ziekteverzuim en invalidering? Een viertal elementen in het model zijn essentieel als het om de relatie met ziekteverzuim en invalidering gaat: interdisciplinaire samenwerking, BGZ-VG-combinatie, gestructureerd vooroverleg met het Abp en preventie. Deze elementen dienen zoveel mogelijk in hun onderlinge samenhang beschouwd te worden. Ten aanzien van het voorkomen van invalidering is het vooroverleg essentieel. Door het vooroverleg is het voor de Abp-vertegenwoordigers mogelijk in een vroeg stadium een beeld te krijgen van het potentiële bestand van afkeuringsgevallen. Door het vroege stadium is het mogelijk de BGZ onder een zekere druk te zetten alle mogelijkheden die de BGZ ten dienste staan, uit te proberen om

afkeuring te voorkomen. Blijkt na verloop van lange tijd dat alle middelen gefaald hebben, dan is afkeuring geïndiceerd en wordt ook vrijwel steeds in zeer korte tijdsplannen gerealiseerd. De medewerkers van de BGZ anticiperen op deze werkwijze van het Abp en waken er wel voor een casus in het vooroverleg in te brengen die nog niet op al zijn alternatieve mogelijkheden is onderzocht. Door de relatieve uitbreiding in personeelsformatie die de experimentele BGZ voor de gezondheidsdiensten betekende, ontstond de ruimte om voor meer cliënten intensiever en vollediger alle alternatieven voor afkeuring te onderzoeken en te beproeven. Met name de langdurig zieken met psychisch gekleurde problematiek werden intensief begeleid onder andere door de niet-medische disciplines. De bedrijfsmaatschappelijk werkenden specialiseerden zich daarbij in de begeleiding van het 'arbeids-therapeutisch werken' (ATW), een reïntegratie-instrument dat bij alle betrokkenen in het veld bleek aan te slaan en in wezen het laatste redmiddel ten aanzien van blijvende arbeidsongeschiktheid betekent. De combinatie van het vooroverleg en de ruimere mogelijkheden, meestal in de vorm van ATW hebben dus gezamenlijk bijgedragen tot het terugdringen van de invalidering.

De andere kant van de medaille is wel dat door intensieve begeleiding, het onderzoeken en beproeven van alle mogelijkheden van de BGZ, zoals het reïntegreren op therapeutische basis, niet kon voorkomen dat het ziekteverzuim toeneemt. We herinneren eraan dat het 'stuwmeer' tijdens het experiment gegroeid is van 6.8% naar 8.1%. Ook al is het zeer verheugend dat er minder werknemers in het onderwijs worden geïnvalideerd, er zal toch een oplossing gevonden moeten worden voor degenen die in het stuwmeer blijven. Oplossing is in principe mogelijk door ouderdomspensionering, VUT/DOP, overlijden, ontslag en terugkeer in het arbeidsproces. Op andere mogelijkheden dan de reïntegratie in het arbeidsproces – al dan niet op therapeutische basis – heeft de BGZ geen echte invloed. We hebben al gezien dat reïntegratie op therapeutische basis op relatief grote schaal is aangevend binnen het experiment. Desalniettemin is het stuwmeer gegroeid. De echte oplossing zal daarom ook niet aan het einde van het ziekte-traject in het vergroten van de uitstroom uit het stuwmeer gezocht moeten worden. De conclusie kan niet anders zijn dan dat de BGZ de

nadruk vooral moet leggen op gerichte *primair-preventieve* activiteiten.

Men moet trachten te voorkomen dat er problemen ontstaan die leiden tot ziekteverzuim en blijvende arbeidsongeschiktheid.

De uitkomsten van het onderzoek naar de effecten van de BGZ zijn uitermate verrassend en stellen de bestaande inzichten op dit terrein ter discussie. De *conclusie* kan niet anders zijn dan dat de vermeende relatie tussen BGZ en verzuimvolume niet zo rechtlijnig is als doorgaans verondersteld wordt. Louter aan de hand van het experiment met BGZ voor onderwijspersoneel concluderen dat er van BGZ geen preventieve werking kan uitgaan, gaat te ver. In de eerste plaats is de wijze waarop de BGZ in het experiment is vormgegeven niet representatief voor de manier waarop dat gewoonlijk gebeurt. In de tweede plaats is het onderwijspersoneel niet representatief voor de beroepsbevolking maar duidelijk een specifieke beroepsgroep.

#### Literatuur

- Bosch, J.A. van den & C. Petersen (1982); 'Een economische benadering van de allocatie binnen de sociale zekerheid'. Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Buys, P.C. (1985); 'Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'. Stichting COOZ Wetenschappelijke rapporten, Amsterdam.
- Cook, T.D. & D.T. Campbell (1979); 'Quasi-Experimentation; Design & Analysis Issues for Field Settings'. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Kamphuis, P.L. (1980); 'Gezond onderwijzen. Eindrapport van het onderzoek vroegtijdige pensionering van l.o.-personeel'. IVG, Tilburg.
- Kamphuis, P.L., P. Hamers, H. Kommers & J. van Poppel (1988); 'Experiment bedrijfsgezondheidszorg voor onderwijspersoneel, geïntegreerd rapport over het eerste experimenteerjaar'. IVA, Tilburg.
- Kamphuis, P.L., P. Hamers & J. van Poppel (1989); 'Experiment bedrijfsgezondheidszorg voor onderwijspersoneel, geïntegreerd rapport over het tweede experimenteerjaar'. IVA, Tilburg.
- Kamphuis, P.L., P. Hamers & J. van Poppel (1990); 'Experiment bedrijfsgezondheidszorg voor onderwijspersoneel, geïntegreerd rapport over het derde experimenteerjaar'. IVA, Tilburg.
- Kruidenier, H.J. (1983); 'De bedrijfsgezondheidszorg en het dalend ziekteverzuim'. In Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 61.
- Lunshof, T. (1988); 'Meerwaarde van bedrijfsgezondheidszorg bij ziekteverzuim'. In Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 66 (blz. 51-55).
- Nieuwland, A.H. (1988); 'Experiment BGZ voor onderwijspersoneel (EBO); Effectmeting via de verzuimregistratie voor onderwijspersoneel. Analyseplan en de resultaten van de eerste fase van het onderzoek (voormeting)'. Werkgroep

A&w, Faculteit Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden.

- Nieuwland, A.H. (1989); 'Experiment BGZ voor onderwijspersoneel (EBO); Effectmeting via de verzuimregistratie voor onderwijspersoneel. De resultaten van de tweede fase van het onderzoek (eerste jaar effectmeting)'. Werkgroep A&w, Faculteit Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden.
- Nieuwland, A.H. (1990); 'Experiment BGZ voor onderwijspersoneel (EBO); Effectmeting via verzuimregistratie voor onderwijspersoneel: de resultaten van de derde fase van het onderzoek (tweede jaar effectmeting)'. Werkgroep A&w, Faculteit Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden.
- Poppel, J. van, P. Kamphuis & P. Hamers (1989); 'Effectmetingsonderzoek naar ziekteverzuim en blijvende arbeidsongeschiktheid in het eerste effectmetingsjaar. Tussenrapport 12'. IVA, Tilburg.
- Poppel, J. van, P. Kamphuis & P. Hamers (1990); 'Effectmetingsonderzoek naar ziekteverzuim en blijvende arbeidsongeschiktheid in het tweede effectmetingsjaar. Tussenrapport 16'. IVA, Tilburg.
- Winter, C.R. de & A. Dijkstra (1984); 'De bedrijfsarts over zijn werk'. NIPG-TNO, Leiden.
- Sociale Verzekeringsraad (1984); 'Bedrijven en arbeidsongeschiktheid. Een poging tot verklaring van de bedrijfsgewijze verschillen in invalideringspercentages. Deelrapport determinantenonderzoek WAO'. Zoetermeer.