

Het verzekeringsgeneeskundig handelen en de verzuimduur : een studie naar het handelen en de taakopvattingen van verzekeringsgeneeskundigen en met verzekeringsgeneeskundige taken belaste bedrijfsartsen in de regio Zuid-Limburg

Citation for published version (APA):

Kaiser, C. P. (1992). *Het verzekeringsgeneeskundig handelen en de verzuimduur : een studie naar het handelen en de taakopvattingen van verzekeringsgeneeskundigen en met verzekeringsgeneeskundige taken belaste bedrijfsartsen in de regio Zuid-Limburg*. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/1992

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 22 Jan. 2021

SUMMARY

In 1990 sickness absenteeism is one of the major political and economical problems in the Netherlands. An average sickness absenteeism-percentage of 8.5 and nearly 900.000 long-termed disabled people reveal the problem in its sharpest form. Laws concerning sickness absenteeism and disabled (Sickness Insurance Act and the Disability Benefits Act) are executed by the Social Security Institutions, that determine whether or not an employee can be declared able to return to work. This study presents the results of a study concerning the functions and activities of the doctors of the Social Security Institutions and the relation between their taskperceptions and activities and the duration of sickness absenteeism.

The origin of this study is described in chapter 1. The most important starting point is to be found in the policy of the Dutch Government to reduce sickness absenteeism and the number of disabled.

Since the mid fifties intensive research into the origin of sickness absenteeism has been published. Nevertheless, the role of the social insurance-doctors has never been investigated, allthough several studies have appeared in which some aspects of their work have been covered. Relevant studies concerning this problem are described in chapter 2. In the Netherlands are two types of social insurance-doctors:

1. the social-insurance doctors of the Social Security Institutions (Bedrijfsverenigingen), that determine whether or not an employee can be declared able to return to work and perform all kind of measures regaining ability for work, and
2. occupational health-doctors, that perform also the task of the social insurance-doctor. These doctors are in general employees of an company or employer.

This study is based on the Dutch situation. The differences between Social Security Systems in the European countries makes comparison nearly impossible. The position of the social insurance-doctor in the Netherlands has two distinguishing characteristics:

1. an uncoupling of care/cure and the sanctioning of sickness absenteeism, and
2. an uncoupling of Occupational Health Services and Social Security Institutions.

For this reason comparison with taskperception and taskfull-fillment of doctors in other countries is nearly impossible; usable international literature on this subject is limited.

The problem is placed in the framework of the relevant literature in chapter 2 and concerns:

1. Which activities have social insurance-doctors (sid) and occupational health-/social insurance-doctors (ohd/sid) developed in the context of control and counselling?
2. Do differences exist in the type of activities and taskperception between these two groups of doctors?

- 3a. Do the differences in the duration of sickness absenteeism depend on the taskperceptions and activities of the sid and ohd/sid?
- 3b. Do the differences in the duration of sickness absenteeism depend on the type of organization in which the sid and ohd/sid do their work?

The research design and the manner in which it was executed are described in chapter 3. The activities of 35 social-insurance doctors were recorded during the "treatment" of 482 patients from the second till the ninth month of absenteeism.

The taskperceptions

As described in chapter 4 the questionnaire concerning the taskperceptions was not only presented to 35 social-insurance doctors (sid and ohd/sid), but also to 16 doctors of the Occupational Health Services (ohd).

Using 14 clusters of taskperception the sid, ohd/sid and ohd can be differentiated as to total taskperception.

The taskperception of the sid is mainly directed at observing the laws and have as object the individual. The existence of a relation of trust between patient and sid is seen to be important. The sid is also strongly interested in the environment of the patient. The relation with the company or employer, also for the purpose of reintegration, is seen as less important. The sid can be characterized as a patient-oriented doctor, working with formal rules.

The taskperception of the ohd/sid appeared to be strongly oriented towards the environment of the patient. He is interested in the company for which the patient is working and aims at prevention. The ohd/sid addresses relatively more groups of patients. The relation with patients, companies and the curative sector is important for the ohd/sid. The ohd/sid can be characterized as a relation-oriented doctor.

The taskperception of the ohd is company oriented with the emphasis on prevention. Due to the fact that he is strongly result-oriented he considers the means he can employ as too limited. The ohd can be characterized as a company-oriented doctor.

The largest difference exists between the taskperceptions of the sid en ohd, by which basis they can be correctly differentiated in 97% of the cases. This is not surprising, the tasks of the sid and ohd are completely different. The ohd has a company-medical, not an insurance-medical task. The sid has exclusively an insurance-medical task. On the other hand the ohd/sid fulfills both tasks: company-medical and insurance-medical. The difference between sid - ohd/sid and ohd/sid - ohd is less strong than between sid and ohd.

The taskperception of sid, ohd/sid and ohd can be differentiated, as follows form the preceding paragraph. The question can be asked if this perception is an autonomous opinion of the doctors or an expression of the culture of the organization in which they function. Presumably both: their own opinions as well as the culture of the organization, play a role. More than the ohd/sid the sid will be restricted by existing legislation

and rules in judging the ability to work. Due to his double task the ohd/sid will be less confined to the existing legislation and rules.

Investigation of the factors that influence the duration of sickness absenteeism needs consideration of the taskperception of the doctors charged with the execution of the Sickness Insurance Act.

To include the taskperception of sid and ohd/sid in the investigation of the relation between the duration of sickness absenteeism and doctor- and patient-variables, it will be necessary to construct variables for taskperception. These variables should reflect the taskperception of the doctors engaged in social-insurance practice. In this part of the investigation occupational-health-doctors are included.

With the help of factorial analysis three taskperception-variables were composed: company-oriented, person-oriented and group-oriented.

Company-oriented is defined as the degree to which doctors are aiming at reintegration and thereby strongly anticipate on the environment of the patient, the company and the curative sector of the health care. Departing from this company-oriented task-perception the doctor is actively interested in patient and company and tries to take measures that will promote reintegration in the workforce.

Person-oriented is defined as the degree to which doctors are aiming and counselling the patient; for the benefit of this process the coordination with the curative sector is estimated to be important. Due to this person-oriented taskperception the sid or ohd/sid will assume a more controlling position and be less concerned with the work and work-environment of the patient. He pays more attention to the illness than to the disability to work.

Group-oriented is defined as the degree in which doctors are aiming to work at categories of people. From this group-oriented taskperception the doctors attention is more focussed on prevention of disability, rather than guidance or reintegration. A doctor with this perception of his task is relatively less resultoriented in the sense of resumption of work.

These three taskperceptions have been included as independent variables in the analysis of the difference in the duration of sickness absenteeism. The discriminating power of these taskperception-variables as to the three categories of doctors has been investigated: it appears that only the variable: company-oriented, distinguishes between sid, ohd/sid and ohd.

The social-insurance medical counselling

The differences in social-insurance medical counselling (chapter 5) between sid and ohd/sid concern:

1. Counseling activities, both the time of the first appointment as well as the number of appointments. The ohd/sid starts counseling at an earlier point in time and performs more appraisals than the sid. The ohd/sid does more first appraisals

during the first 7 weeks of sickness absenteeism. The ohd/sid has at least seen twice all patients whose inability to work has a duration of more than 70 days. On the contrary the sid assesses only once 20% of the patients with an disability to work of more than 170 days.

2. The forming of an opinion. The ohd/sid is rather optimistic about the chance to regain ability to work and actively approaches companies with the intention of taken measures to stimulate a resumption to work. Compared to the ohd/sid the sid has a more pessimistic view of the prognosis concerning the resumption of work.
3. The duration of the the sickness absenteeism. Patients counseled by the ohd/sid are absent of work during a shorter period of time than patients counseled by the sid.

Distance to the employer of the patient appears to be an important factor. The activities of the sid and ohd/sid are primarily aimed at influencing the work and work-environment. The distance between company and doctor is an important factor. The sid takes care of a small number of companies, while the sid is concerned with a large number of mainly smaller companies. This could be in the order of hundred to a thousand companies per sid. Apart from the difference in the number of companies the sid is also concernd with different types of companies, each with their specific problems. For the sid the contacts with employers are undeniably more difficult as compared to the ohd/sid. Also the companies of the sid-patients are often smaller and have fewer possibilities to take measures promoting an early resumption to work.

The duration of sickness absenteeism

The total duration of absence can be differentiated in waiting time (this is the time between the moment of reporting ill and the first contact with the sid or ohd/sid) and the counseling period (the time between the first contact between patient and sid or ohd/sid and the end of the counseling). A strong relation exists between waiting time and the duration of disability. For de duration-class shorter than 57 days the waiting time isinfluenced by the regulations of the controlling agency (f.i. the use of lay-controllers); for the duration-class longer than 70 days the seriousness of the disease forms a possible explanation for this relation.

Bij means of multiple regression analysis (mra) the factors cq. variables were investigated, which influence the duration of sickness absenteeism. It appears that, with only a few exceptions, the factors determining the duration are doctor-related. This is surprising, because usually the non-doctor-related factors, such as type of work, work-environment, cooperation of the employer as well as insufficient financial incentives for the patient, are considered to be of crucial importance and to have a non-preventable negative influence on absenteeism. The following doctor-related factors have a direct relation with a short duration of sickness absenteeism:

- a large number of colleagues in the workenvironment of the sid and ohd/sid. Presumably this gives the sid and ohd/sid the opportunity to consult colleagues and compare counseling strategies.
- a high degree of professionalism: regular attendance of post academic courses and the resulting knowledge about illness, therapies and possibilities of reintegration.
- a taskperception from which the sid and ohd/sid aims at reintegration of the patient and involvement of the employer.

The results of this study confirm the important role of the sid and ohd/sid as a guardian of the entrance to the facilities and benefits of the social security system, especially the Sickness Insurance Act (Ziektewet) and it's extension the Disability Insurance Act (Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering).

In diagnostic practices there are no differences between sid and ohd/sid. The differences between their two approaches mainly concern reintegration-activity and cooperation with the employer attended with an higher probability of a long sickness absenteeism for patients counseled by the sid. For the sid the biggest disadvantage is the large number of companies with which he has to deal. This limits the sid in the acquisition and maintenance of specific knowledge about a company or branch of industry an therefor in his reintegration activities in cooperation with the company. Moreover the existing rules of the control-agencies very often lead to the use of lay-controllers, so intervention of the sid or ohd/sid is unnecessarily delayed. Doctor-related factors, like the number of colleagues and the attendance of post academic courses, are significantly correlated with a short duration of sickness absenteeism. As a result of this investigation we can formulate the following recommendations for sid's and control-agencies to reduce tabsence due to illness:

1. Faster interventioning by sid and ohd/sid is required. Apart from a more adequate monitoring of entrance to the Sickness Insurance Act it gives the opportunity of an earlier start of reintegration-activities and results in a shorter duration of sickness absenteeism. In this context it is recommended to investigate to what extent the present legislation offers sufficient opportunities for reintegration.
2. Given the positive contribution to reduction of the sickness absenteeism resulting from concentrating colleagues in one workarea, the working in isolation of sid and ohd/sid should be avoided. Consultation of colleagues and comparision of counseling strategies should be promoted.
3. Both for sid as well as ohd/sid it is imperative to maintain high professional standards: both in general as well as insurance- and occupational medicine by periodic attendance of post-academic tuition.
4. The relation between sid and company urgently needs to be changed. A better knowledge of the different branches of industry and the reintegration possibilities is required to better control and shorten the duration of sickness absenteeism.

SAMENVATTING

In 1990 worden het hoge ziekteverzuim en het grote aantal langdurig arbeidsongeschikten beschouwd als een van de belangrijkste politieke en economische problemen in Nederland. Een gemiddeld ziekteverzuimpercentage van 8,5% en een aantal langdurig arbeidsongeschikten, dat de 900.000 nadert, maken de omvang van het probleem duidelijk. Of werknemers arbeidsongeschikt worden beschouwd wordt bepaald door de bedrijfsverenigingen, die belast zijn met de uitvoering van onder andere de ziektewet (ZW) en de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Zij baseren zich hierbij op adviezen van artsen: verzekeringsgeneeskundigen (vg'n) en bedrijfsarts/verzekeringsgeneeskundigen (ba/vg'n) Deze studie geeft de resultaten weer van het onderzoek naar het handelen van vg'n en ba/vg'n en de relatie tussen hun handelen en de arbeidsongeschiktheidsduur.

In hoofdstuk 1 is de aanleiding voor deze studie beschreven. Het belangrijkste vertrekpunt vormt het streven van de overheid naar een reductie van het ziekteverzuim en het terugdringen van het grote aantal langdurig arbeidsongeschikten. Sedert het midden van de jaren vijftig is uitgebreid onderzoek gedaan naar de oorzaken van ziekteverzuim. Desalniettemin is de rol van de verzekeringsgeneeskundige of met verzekeringsgeneeskundige taken belaste artsen nooit expliciet onderzocht.

In Nederland zijn twee categorieën artsen belast met de uitvoering van de ziektewet en soortgelijke regelingen voor ambtenaren:

1. verzekeringsgeneeskundigen van de bedrijfsvereniging, die de advisering en begeleiding in het kader van de ziektewet uitvoeren, de vg'n, en
2. de bedrijfsartsen, die - in dienst van een bedrijf, instelling of bedrijfsgezondheidsdienst - naast hun bedrijfsgeneeskundige ook een verzekeringsgeneeskundige taak hebben: de ba/vg'n.

Deze studie is geënt op de Nederlandse situatie. De verschillen in sociaal verzekeringsstelsel tussen de verschillende Europese landen is zo groot, dat een vergelijking vrijwel onmogelijk is.

De plaats van de verzekeringsgeneeskundige in Nederland kenmerkt zich door:

1. een scheiding tussen behandeling en controle, en
2. een scheiding tussen bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde.

Dit betekent, dat vergelijkingen tussen de taakuitvoering van artsen in de verschillende landen vrijwel onmogelijk is. De internationale literatuur op dit terrein is dan ook slechts beperkt bruikbaar.

De probleemstelling, zoals weergegeven in hoofdstuk 2, is uitgewerkt in een viertal vragen:

1. Welke activiteiten ontplooiën verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsarts/verzekeringsgeneeskundigen in het kader van de controle en begeleiding?

2. Zijn er verschillen in activiteiten en taakopvatting tussen deze twee groepen artsen?
- 3a. Zijn de verschillen in arbeidsongeschiktheidsduur afhankelijk van de taakopvattingen en activiteiten van de verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts/verzekeringsgeneeskundige?
- 3b. Zijn de verschillen in ao-duur afhankelijk van de organisatorische context, waarbinnen de vg en ba/vg werkzaam zijn?

De opzet en uitvoering van het onderzoek is beschreven in hoofdstuk 3. Het handelen van 35 vg'n en ba/vg'n is gevolgd aan de hand van de begeleiding van 482 patiënten vanaf de tweede t/m de negende arbeidsongeschiktheidsmaand.

De taakopvattingen

Het onderzoek naar taakopvattingen (Hoofdstuk 4) beperkt zich niet uitsluitend tot de 35 vg'n en ba/vg'n, maar is ook gehouden onder 16 bedrijfsartsen. Met behulp van een 14-tal taakopvattingen-clusters zijn de drie categorieën artsen te onderscheiden.

De verzekeringsgeneeskundige is vooral op de sturing van de patiënt gericht. Hierbij staat de formele taak en de wetsuitvoering voorop. De vg hecht geringe waarde aan het bestaan van een vertrouwensrelatie en richt zich vanuit een ruime opvatting ten aanzien van de taakomvang op de omgeving van de patiënt. Bij de reïntegratie heeft de vg in mindere mate behoefte aan informatie vanuit het bedrijf. De vg kan op basis van zijn opvattingen als een *sturings(taak)gerichte* arts worden beschouwd.

De bedrijfsarts/verzekeringsgeneeskundige is vooral op de omgeving gericht; hieronder worden zowel groepen patiënten als het bedrijf verstaan. Vanuit deze omgevingsgerichtheid is hij geïnteresseerd in de preventie. Vanuit deze taakopvatting hecht hij veel waarde aan de relatie met patiënten, het bedrijf en de curatieve sector. De ba/vg kan gekarakteriseerd worden als *relatiegericht*.

De bedrijfsarts richt zich vooral op het bedrijf en is erg op resultaat gericht. De ba acht de middelen om zijn doel te bereiken te beperkt. Zijn invalshoek is de preventie. Zijn opvatting over de taakomvang is beperkter dan die van de vg en ba/vg. De ba identificeert zich meer met de bedrijfsgezondheidszorg dan met de verzekeringsgeneeskunde. De ba kan op basis van de taakopvattingen gekarakteriseerd worden als *bedrijfsgericht*.

Op basis van de taakopvattingen is het onderscheid tussen vg en ba het sterkst. Niet verwonderlijk gelet op de sterk uiteenlopende taken van deze twee categorieën artsen. De ba immers heeft uitsluitend een bedrijfsgeneeskundige taak; de vg een uitsluitend verzekeringsgeneeskundige taak. De ba/vg evenwel heeft zowel een bedrijfsgeneeskundige als verzekeringsgeneeskundige taak; het onderscheid in taakopvattingen tussen ba/vg en vg alsook tussen ba/vg en ba is dan ook minder sterk.

De taakopvattingen van vg, ba/vg en ba zijn te onderscheiden. De vraag rijst of wij hier te maken hebben met autonome opvattingen van artsen of opvattingen, die geënt zijn op de cultuur van de organisatie, waarbinnen deze artsen werkzaam zijn. Beide spelen vermoedelijk een rol. De vg zal meer dan de ba/vg gebonden zijn aan wetgeving en regelgeving.

Onderzoek naar factoren, die van invloed zijn de arbeidsongeschiktheidsduur, is onvolledig als de taakopvattingen van de met de uitvoering belaste artsen buiten beschouwing blijven. Om de taakopvattingen van verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts/verzekeringsgeneeskundige in het hierna te bespreken onderzoek naar de samenhang tussen arbeidsongeschiktheidsduur en arts- en patiëntvariabelen mee te kunnen nemen, zijn met behulp van de factoranalyse een drietal taakopvattingvariabelen samengesteld: bedrijfsgericht, individugericht en groepsgericht.

Onder *bedrijfsgericht* wordt verstaan de mate waarin artsen zich sterk richten op de reïntegratie en daarbij sterk anticiperen op de omgeving van de patiënt, het bedrijf en de curatieve sector.

Vanuit deze bedrijfsgerichte taakopvatting stelt de arts zich actief op naar patiënt en bedrijf en tracht dié maatregelen te nemen, die een reïntegratie in werk bevorderen.

Onder *individugericht* wordt verstaan de mate waarin artsen zich sterk richten op de begeleiding van de individuele patiënt; ten behoeve van deze begeleiding wordt de coördinatie met de curatieve sector van belang geacht. Vanuit deze individugerichte taakopvatting zal de vg of ba/vg zich meer controlerend opstellen en zich minder inlaten met het werk en de werkomgeving van de patiënt. Hij richt zijn aandacht meer op de ziekte dan op de arbeidsongeschiktheid.

Onder *groepsgericht* worden verstaan de mate waarin artsen zich sterk op de groepsbenadering richten. Vanuit deze groepsgerichte taakopvatting zal de arts zich relatief meer met de preventie dan met de begeleiding of reïntegratie bezighouden. Een arts met deze taakopvatting is relatief minder op resultaat in de zin van werkhervatting gericht.

Deze drie taakopvattingen zijn als onafhankelijke variabelen meegenomen bij de verklaring van de verschillen in arbeidsongeschiktheidsduur (ao-duur). Uiteraard is onderzocht in hoeverre deze taakopvattingvariabelen een onderscheidend vermogen hebben naar de categorie arts. Alleen de taakopvattingvariabele bedrijfsgericht maakt een significant onderscheid tussen de drie categorieën artsen.

De verzekeringsgeneeskundige begeleiding

De verschillen in verzekeringsgeneeskundige begeleiding (hoofdstuk 5) tussen de vg en ba/vg betreffen:

1. De begeleidingsactiviteiten. Er bestaan verschillen met betrekking tot het moment van de eerste verzekeringsgeneeskundige beoordeling als het aantal beoordelingen. De ba/vg start zijn activiteiten eerder, met name in de eerste 7 arbeidsongeschiktheidsweken, en verricht meer vervolfbeoordelingen. De ba/vg heeft alle patiënten

met een arbeidsongeschiktheidsduur van meer dan 70 dagen minimaal tweemaal op het spreekuur gezien. De vg daarentegen heeft 20% van de patiënten met een arbeidsongeschiktheidsduur van meer dan 170 dagen slechts éénmaal op het spreekuur gezien.

2. De oordeelsvorming. De ba/vg is in vergelijking met de vg relatief optimistisch ten aanzien van de werkhervattingskansen en zoekt meer dan de vg contact met bedrijven voor het treffen van maatregelen, die een werkhervatting kunnen bevorderen.
3. De arbeidsongeschiktheidsduur. De door de ba/vg begeleide patiënten verzuimen korter dan de door de vg begeleide patiënten.

De afstand tussen arts en bedrijf lijkt een belangrijke factor. Wat dat betreft bestaan er grote verschillen tussen vg en ba/vg. Waar de vg te maken heeft met een zeer groot aantal en vooral kleinere bedrijven uit zeer verschillende bedrijfstakken, heeft de ba/vg in de regel de zorg voor werknemers van een beperkt aantal en wat het aantal werknemers betreft grotere bedrijven.

Ook zijn de mogelijkheden tot werkaanpassingen of andere de werkhervatting bevorderende maatregelen in kleinere bedrijven in de regel geringer. De vg beschikt om deze redenen over minder mogelijkheden dan de ba/vg.

De arbeidsongeschiktheidsduur

De arbeidsongeschiktheidsduur kan worden onderscheiden in de wachttijd: de periode tussen het moment van ziekmelden en heet eerste contact tussen patiënt en vg of ba/vg, en de begeleidingsperiode: de periode tussen het eerste contact patiënt - vg of ba/vg en het beëindigen van de begeleiding. Er bestaat een sterke samenhang tussen de wachttijd en de arbeidsongeschiktheidsduur. Voor de duurklasse ≤ 57 dagen wordt deze vermoedelijk bepaald door de regelgeving van de uitvoeringsorganisatie (bijvoorbeeld de inschakeling van lekencontroleurs); voor de duurklasse > 70 dagen is de ernst van de ziekte en het in verband hiermee vaker moeten consulteren van een specialist een mogelijke verklaring voor deze samenhang.

Met behulp van de multiple regressie-analyse is onderzocht welke factoren een samenhang hebben met een relatief korte of lange arbeidsongeschiktheidsduur. Er bestaat een samenhang tussen een relatief korte arbeidsongeschiktheidsduur en een hoge mate van professionaliteit van de vg of ba/vg, het kunnen onderhouden van contacten met collega-artsen en vooral het werken vanuit een bedrijfsgerichte taakopvatting.

De uitkomsten van dit onderzoek bevestigen de belangrijke rol die de vg en ba/vg vervullen als toegangsbewakers tot de sociale verzekeringen: ziektewet en in het verlengde hiervan de wao, en vergelijkbare regelingen voor ambtenaren.

De verschillen tekenen zich af in de werkwijzen: de reïntegratie-activiteiten en de samenwerking met het bedrijf. De door de vg begeleide patiënten hebben een grotere kans op langerdurende arbeidsongeschiktheid.

Op grond van dit onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen geformuleerd worden:

1. een snellere interventie door vg en ba/vg is noodzakelijk, niet alleen als toegangsbewaking maar vooral om de begeleiding zo snel mogelijk te kunnen starten hetgeen resulteert in een kortere arbeidsongeschiktheidsduur. Het verdient aanbeveling na te gaan in hoeverre de thans vigerende wetgeving voldoende mogelijkheden biedt tot het ontplooiën en ondersteunen van reïntegratie-activiteiten.
2. Gegeven de positieve bijdrage aan de verkorting van de arbeidsongeschiktheidsduur, die uitgaat van het werken met meerdere collega-artsen op de werkplek van de vg en ba/vg dienen soloposten zoveel mogelijk vermeden te worden.
3. Zowel voor de vg als ba/vg is het op peil houden van de vakinhoudelijke d.w.z. de algemeen medische en verzekeringsgeneeskundige alsook arbeidskundige kennis door het volgen van bij- en nascholing onmisbaar. Aangezien de beroepsgroep bij- en nascholing (nog) niet verplicht stelt, zullen de uitvoeringsorganisaties zorg moeten dragen voor een regelmatige bij- en nascholing.
4. De relatie tussen bedrijf en vg of ba/vg is van grote invloed op de arbeidsongeschiktheidsduur van de verzorgde populatie. Een grote kennis van de verschillende bedrijfstakken en branches zal leiden tot een kortere arbeidsongeschiktheidsduur door een betere toegangsbewaking en meer mogelijkheden tot het treffen van reïntegratie-bevorderende maatregelen.
5. Bij de reïntegratie zijn patiënt, arts en werkgever betrokken. Het verdient aanbeveling om in het verzekeringsstelsel op reïntegratie gerichte financiële prikkels op te nemen voor zowel patiënt als werkgever.