

# Samenwerking huisarts-bedrijfsarts

Peter Buys

200010234

**De WAO blijkt nog altijd een politiek-maatschappelijke 'open zenuw'. Keuringsartsen wordt gebrek aan strengheid verweten, zij verwijten de 'politiek' dat de keuringseisen zijn versoepeld, werknemers zijn kwaad vanwege de 'werkgevers-aanval' op de uitkeringshoogte/-duur en het WAO-recht bij psychische aandoeningen, de PvdA is/was boos op de VVD om hetzelfde, de werkgevers zijn/waren verbolgen op de PvdA vanwege het voorgestelde ontslagverbod op WAO'ers, uitvoeringsorganen leggen de schuld bij falende arbodiensten, die op hun beurt weer met beschuldigende vinger wijzen naar werkgevers met minimale contracten. Kortom, een vertrouwd staaltje Zwarte Pieten dat de oplossing van het complexe nationale WAO-vraagstuk allerminst dichterbij brengt.**

Dat lijkt op het eerste gezicht ook het geval met het *Plan van Aanpak*, dat staatssecretaris Hoogervorst van SZW in januari van dit jaar presenteerde: het persbericht begint met vier keer het woord *keuring*, wat het beeld oproept van: de politiek wil het probleem weer eens aan de 'achterkant' aanpakken (als het vaak al te laat is).

Wie het Plan goed leest, merkt dat het echter wel degelijk aandacht heeft voor de 'voorkant' (oftewel preventie), zowel van gezondheidsschade als van WAO-intrede. Dat is winst ten opzichte van het WAO-jaar 1991.

'Werknemers hebben recht op een veilige, gezonde werkplek.' aldus het kabinet, dat daarom met 20 bedrijfstakken arboconvenanten wil afsluiten, '... het voornaamste nieuwe beleidsinstrument inzake beleidsadviesing arbeidsomstandigheden', bedoeld om blootstelling te verminderen van bijvoorbeeld RSI, werkdruk, tillen of geluid met 10, 10, 30 en respectievelijk 50 procent in 2001, 2003, 2005 respectievelijk 2002. Voorts worden genoemd het ZON-programma Klachten Bewegingsapparaat, miljoenen-investeringen in arbeidsomstandigheden in de zorgsector en een kwaliteitsbevorderingsprogramma arbodienstverlening in samen-

werking met (toen nog) NIA TNO.

'In het eerste ziektejaar kan grote winst geboekt worden', vervolgt Hoogervorst, verwijzend naar het *Plan structurele aanpak wachtlijsten gezondheidszorg*, opgesteld door alle betrokken veldpartijen. 'Samenwerking tussen bij preventie en reïntegratie betrokken hulpverleners (waaronder arbodiensten, huisartsen en curatieve zorg) en ontsluiting van kennis over arbeidsgerelateerdheid van aandoeningen (...) kan leiden tot snellere en betere diagnose en behandeling en voorkomen dat mensen onnodig in de WAO belanden.' Voorts zullen het Poortwachtersmodel en Reïntegratieplan worden aangepast om de afstemming/overgang arbodienst-UVI te verbeteren. Verder wordt gewezen op het innovatie-project *Arbo en reïntegratie*, het beeldvormingsprogramma *Chronisch zieken en werk* en op een sterkere rol van arbodiensten bij reïntegratie door het oprichten van branchegebijzede expertisecentra. Sociale partners zullen taakstellende afspraken maken voor reïntegratie in het eerste ziektejaar.

Hiernaast wil het kabinet aandacht blijven besteden aan kwetsbare groepen, het MKB, handhaving en maatwerk van arboregeling, registratie/analyse van beroepsziekten, bevordering van certificatie en twee-

delijns-kennisinfrastructuur en een fiscale facilitering van arbovriendelijke investeringen.

Kortom, een evenwichtig voorstel, dat echter alleen effect sorteert als alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid nemen.

## Toenadering

Twee partijen hebben, publicitair nogal onderbelicht, hun verantwoordelijkheid zeker genomen: de beroepsverenigingen voor huisartsen en bedrijfsartsen, LHV en NVAB. Decennia lang hadden zij amper onderling contact. Dat veranderde na de presentatie van het onderzoeksrapport *Voor verbetering vatbaar*, begin 1997. Daaruit bleek een breed draagvlak onder huis- en bedrijfsartsen voor betere samenwerking op kwalitatief-inhoudelijke gronden, helder zicht op knelpunten en opmerkelijke consensus over voorwaarden voor verbetering, met name omtrent de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Hierdoor gestimuleerd sloten LHV en NVAB een Convenant met 5 concrete voornemens, gebaseerd op de onderzoeks-aanbevelingen: regionale samenwerkings-experimenten en -protocollen, beter gefaciliteerde onderlinge informatie-uitwisseling, regionale nascholingsactiviteiten, richtlijnontwikkeling en, als belangrijkste, een visie op de sociaal-medische zorg voor werknemers, in het bijzonder van de beoogde huisarts-bedrijfsartssamenwerking.

Dat laatste lukte. In april 1998 ontving minister Borst het visiestuk *Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij SMB van werknemers*. Zij noemde het stuk 'van uitermate groot belang.'

Deze ontwikkeling bleef in politiek-beleidsmatige kringen niet onopgemerkt. Zo stelde de STAR<sup>2</sup>, al eerder dat jaar dat 'de bijdrage van de gezondheidszorg aan tegengaan van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid verbetering behoeft. (...) De STAR acht het nuttig en wenselijk dat betrokken beroepsgroepen ter zake tot afspraken komen, langs de lijnen zoals aan-



# onderbelicht in WAO-debat



FOTO: MICHEL WIELICK

*Huis- én bedrijfsarts: beschermen, bevorderen en herstellen van gezondheid en welzijn werknemer.*

bevolen in het rapport *Voor verbetering vatbaar.*'

Minister Borst dacht in dezelfde richting<sup>3</sup>: 'Een belangrijk instrument bij het terugdringen van ziekteverzuim is betere samenwerking tussen behandelend artsen en arbo-diensten. Het is verheugend dat de LHV deze samenwerking tot speerpunt van haar beleid heeft gemaakt.'

Bovengenoemde kwestie komt uitgebreid aan bod in het medio 1998 verschenen SER-advies *Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg*, inclusief de voorgeschiedenis en bovengeschetste ontwikkeling. De SER nam de STAR-suggestie over, was zeer lovend over het Convenant en vooral over genoemd Visiestuk en riep het kabinet op de uitwerking te ondersteunen. Inmiddels is een betere samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts ook onderdeel van het Plan Aanpak Wacht-tijden, dat door Paars-II is overgenomen.

Redenen genoeg dus voor een nadere beschouwing.

## Visie

Het voorwoord in het Visiestuk noemt als achterliggende ontstaansredenen: insufficiënte samenwerking kan leiden tot onnodig (lang) ziekteverzuim en WAO-intree, ruim 80% van de huis- en bedrijfsartsen wenst betere samenwerking, en elke werknemer heeft nu een bedrijfsarts: 'Een unieke kans om in onderlinge samenwerking de SMB-kwaliteit te verbeteren. (...) Wij hopen dan ook dat deze handreiking daaraan aanzienlijk zal bijdragen, terwille van wat onze beide professies bindt: de gezondheid van aan onze zorg toevertrouwde patiënten/werknemers.'

SMB wordt omschreven als: de gecoördineerde inspanningen van bedrijf, arbo-dienst en curatieve gezondheidszorg om samen met de betrokken werknemer diens Balans tussen Belasting en Belastbaarheid (BBB) in even-

wicht te houden of te brengen. De (gezamenlijke) bijdragen hieraan van huis- en bedrijfsartsen - vanuit ieders eigen positie en verantwoordelijkheden - beogen het beschermen, bevorderen en herstellen van gezondheid en welzijn van werknemers en hun vermogen aan het arbeidsproces te blijven deelnemen.

Andere wezenlijke uitgangspunten zijn: het tegengaan van medicalisering, evenals tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden en respectering van wederzijdse deskundigheid: arbeid-gezondheid (bedrijfsarts) en generalistische curatieve geneeskunde (huisarts).

Belangrijke randvoorwaarden zijn:

- Werkgevers nemen hun eerstverantwoordelijkheid voor preventie, begeleiding en reïntegratie; werknemers werken naar vermogen mee.
- Werknemersvertegenwoordigers onderschrijven het SMB-beleid.

>>



- >> • Werkgevers/arbodiensten stellen bedrijfsartsen in staat verantwoord hun beroep uit te oefenen en een vertrouwenspositie met werknemers te ontwikkelen, door hun professionele onafhankelijkheid te respecteren en hen van controle/claimbeoordeling te vrijwaren.
- Bedrijfsartsen maken huisartsen duidelijk waarvoor zij informatie vragen, en geven die alleen aan derden (werkgevers, verzekeraars) met gerichte werknemers-toestemming.
- Huisartsen betrekken de factor 'arbeid' bij hun handelen.
- Tijdsbeslag vanwege samenwerking wordt vergoed.
- Wederzijds kunnen suggesties gedaan worden voor preventie, reïntegratie, behandelen en verwijzen - dat laatste ook op initiatief van bedrijfsartsen.
- Bevorderen van gezamenlijke richtlijnontwikkeling, plaatselijke/regionale onderlinge bekendheid en aandacht voor SMB in opleiding en bij-/nascholing.

Dan volgen fasegewijs de plaats, taak en samenwerkingsmomenten van beide disciplines (hierna beknopt weergegeven), in aanvulling op de rol van werknemers en hun leidinggevende.<sup>3</sup>

#### Fase I.

Bij 'Gezond/zonder klachten aan het werk' zal er weinig reden zijn voor samenwerking. Het SMB-doel luidt: de BBB in evenwicht houden, de normale, wenselijke situatie. Huisartsen kunnen patiëntencontacten benutten voor vragen als: 'Werkt U? Waar? Welk beroep/ functie? Welke arbo-dienst/bedrijfsarts, zijn er gezondheidsrisico's?'

#### Fase II.

Bij 'Mèt klachten aan het werk' kunnen beide artsen ziekmeldingen helpen voorkómen door tijdige signalering en samenwerking. Werknemers merken als eerste dat hun BBB uit evenwicht raakt. Heeft hun functie voldoende regel mogelijkheden, dan kunnen zij wellicht zelf tijdig hun balans her vinden. Lukt dat niet, dan kunnen ze hun problemen aankaarten bij functioneringsgesprekken, werkoverleggen of bij hun chef, zeker bij vermoeden van werkgerelateerdheid. Aanpassing van arbeidsomstandigheden of takenpakket kunnen soelaas bieden. Tot zover is er vaak geen medicus nodig, stellen beide artsenorganisaties.

Brengt een werknemer toch een bezoek aan zijn bedrijfs- of huisarts, dan zullen zij elkaar na probleemverheldering zonodig

(met informed consent) consulteren, naar elkaar verwijzen, relevante informatie uitwisselen of gezamenlijk beleid uitstippelen om uitval te voorkomen, bijvoorbeeld bij dreigende overspanning of tijdelijke niet goed functioneren vanwege chronische aandoeningen.

Veelbelovend lijkt voorts het coördineerd adviseren over (aangepast) doorwerken in afwachting van specialistische consulten, onderzoeken of ingrepen, mits dit niet tot gezondheidsschade leidt.

#### Fase III.

Bij 'Ziek gemeld en dan..' is het SMB-doel: herstel van de teveel verstoorde BBB, zodat werkhervatting mogelijk is. Ziekteverzuim speelt allereerst tussen werknemer en werkgever, waarbij artsen een complementaire, adviserende rol hebben, aldus LHV/NVAB. Omdat binnen twee weken zo'n 80 procent van de zieke werknemers het werk hervat, onderscheiden zij verzuim korter- of langer dan die periode. Mede om medicalisering tegen te gaan is aanvankelijk het motto voor beide artsen: terughoudend, tenzij... (bijvoorbeeld bij vermoedens van werkgerelateerde problematiek).

Duurt verzuim langer dan 2 weken, dan is toenemende alertheid het SMB-motto: voorkómen dat de BBB zo verstoord blijft, dat werknemers afglijden naar arbeidsongeschiktheid.

Dat vereist vaak een mentaliteitsomslag van 'Wat kan ik niet (meer)?' naar 'Wat kan ik (nog) wel?' Hoe langduriger afwezig, hoe belangrijker het contacthouden, via collega's of de leidinggevende, die belangstellend, steunend, stimulerend, behulpzaam en voorwaardenscheppend moet zijn, attent op ziekmakende/reïntegratiebelemmerende arbeidsomstandigheden en op aanpassingsmogelijkheden van werk, werkdruk of werktijden.

De bedrijfsarts moet maatwerk leveren (spreekuur, werkplekonderzoek, contact met behandelaars of bedrijfsfunctionarissen, verwijzing naar andere arboprofessionals, SMT-bespreking, reïntegratieplan). Huisartsen moeten 'arbeid' meewegen en beseffen dat werknemers/patiënten meestal (ook) belang hebben bij zo kort mogelijk verzuim: langverzuim creëert extra werkhervattingsdrempels, los van de kwaal zelf. Daarom kunnen adviezen als 'Ga er eens lekker tussenuit' riskant zijn: (onnodig) lang verzuim kan de arbeidsmarktpositie bedreigen. Behoedzaamheid geldt derhalve ook bij verwijzingen in het medische circuit. Anderzijds dient gewaakt te worden voor sneller hervat ten dan gezondheidskundig raadzaam is, of

voor aandrang op ongewenste therapieën in plaats van het natuurlijk ziektebeloop afwachten. Aldus LHV/NVAB, die juist hier onderlinge coördinatie, overleg en samenwerking zinvol achten: zit het probleem op het werk, thuis of elders? Welke oplossingen kunnen beide artsen bijdragen? Kan er onder aangepaste werktijden of -omstandigheden hervat worden? Is verwijzen zinvol? Dit in samenspraak met de werknemer, waarbij informed consent en een goede vertrouwensrelatie, ook met de bedrijfsarts, essentieel zijn.

#### Fase IVa.

(Lang) verzuim kan resulteren in 'Weer aan het werk' met als SMB-doel: de BBB in evenwicht houden, zodat het (aangepaste) werk weer langere tijd verricht kan worden en waarbij huisarts en bedrijfsarts hun werkhervattingsadviezen goed moeten afstemmen.

#### Fase IVb.

Bij 'Blijvend arbeidsongeschikt voor werk bij eigen werkgever' is het SMB-doel: elders werk vinden, overeenkomend met de veranderde BBB, danwel de werknemer helpen accepteren dat diens balans (nog) geen gangbare arbeid verdraagt. Ook hierbij kunnen beide artsen ondersteuning bieden.

Bovengeschetste aanpak wordt de komende jaren in proefregio's uitgetoetst, waarna een uitgebreide evaluatie volgt. Want, aldus de laatste regels van het visiestuk 'Werkende weg': 'Uit evaluatieonderzoek zal moeten blijken hoe het samenwerken bevalt en waar bijstelling nodig is. Uiteindelijk zal de praktijk moeten uitmaken of patiënten/werknemers er werkelijk beter van worden.' ▸

**Dr. Peter Buijs -**  
*TNO Arbeid, Hoofddorp.*

<sup>1</sup> Voor verbetering vatbaar. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij SMB, NIA TNO, Amsterdam, 1997.

<sup>2</sup> Stichting van de Arbied: werkgevers- en werknemers-centrales

<sup>3</sup> Wachtlijst-notitie aan het parlement, 6-2-1998

<sup>4</sup> gebaseerd op de AWV-/Industriebond-FNV/NIA-uitgave Sociaal-medische begeleiding (1994)