

Zijn huisarts en bedrijfsarts partners?

DR. P.C. BUIJS

*Sociaal-geneeskundige, Nederlands
Instituut voor Arbeidsomstandigheden
(NIA), Amsterdam*

Vooraf

De 'partnervraag' is tot 1994 redelijk gefundeerd te beantwoorden. Sindsdien zijn er grote (wettelijke) veranderingen gaande, die zeker tot 1998 zullen voortduren, met vergaande en nog niet uitgekristalliseerde gevolgen voor de inhoud van en de randvoorwaarden voor het werk van de bedrijfsarts. Onderzoeksgegevens uit die overgangssituatie ontbreken vooralsnog*.

Niettemin zijn er wel enige indicaties over het heden, en is er voldoende denkwerk verzet om op de vraagstelling in te kunnen gaan. Daarbij geldt als uitgangspunt dat bij de nadere invulling van een toekomstige relatie een duidelijk patiëntenbelang is gemoeid: het na een ziekmelding niet onnodig (lang) in de arbeidsongeschiktheidsregelingen belanden.

Inleiding

'Zijn de huisarts en bedrijfsarts partners?' Wie zonder veel voorkennis de taken van beide professionals bekijkt, zal zeggen: 'Natuurlijk! De ene arts kent immers de thuissituatie en de andere de werkomstandigheden. Samen kunnen ze zich een vrij compleet beeld vormen van een "gezamenlijke" patiënt/werknemer, in goede en in

slechte tijden, bij problemen in de relatie arbeid-gezondheid. Zijn die langdurig, hardnekkig of complex, dan zijn deze artsen de aangewezenen om ze met elkaar en de patiënt in kaart te brengen en een plan van aanpak op te stellen en uit te (doen) voeren.'

De praktijk is echter vaak anders, zo blijkt uit onderzoek, beleidsnota's en congressen. En recente wetswijzigingen, die juist verbetering beogen, lijken eerder averechts te werken: 'Was het contact vroeger matig, nu is het gewoon slecht. Je hebt soms het idee dat je met een computerprogramma moet communiceren in plaats van met een collega. De contacten lopen ook nog stroef omdat veel behandelende artsen argwaan hebben over de zijde die de arbo-arts nu eigenlijk kiest. Is dat echt die van de patiënt?' Aldus huisarts Crul namens de delegatie van curatieve artsen tijdens het Nationale Debat over werknemers met chronische gezondheidsproblemen, voorjaar 1995.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) willen die samenwerking dan ook verbeteren. Eind 1994 schreef de LHV dat zelfs aan minister Melkert (Sociale Zaken) – een reden te meer om de partnervraag nader te bezien. De eindsituatie is immers nog te beïnvloeden, mits beide artsengroeperingen 'bijblijven' en lessen trekken uit het recente verleden, toen de beelden van elkaar zijn gevormd. Daarom lijkt het nuttig zowel de periode van voor 1994 als daarna te bespreken, na eerst te hebben stilgestaan bij het begrip 'partner' en de (veronderstelde) voor- en nadelen van betere samenwerking.

Wat zijn partners?

Partners zien we hier als twee artsen die vanuit verschillende posities en verant-

* Wel loopt er een onderzoek bij het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA) onder 2000 specialisten, huis- en bedrijfsartsen over hun samenwerking (rapportage verwacht medio 1996).

woordelijkheden (ad hoc) samenwerken bij vraagstukken rond arbeid-gezondheid in het algemeen, en in het bijzonder bij *sociaal-medische begeleiding*. De inspanningen van het bedrijf, de arbodienst en de curatieve gezondheidszorg om samen met de werknemer diens balans belasting-belastbaarheid in evenwicht te houden danwel te krijgen. Voorwaarden voor een goede samenwerking bij deze individuerichte activiteiten zijn: professionele onafhankelijkheid, onderling vertrouwen, eenzelfde begrippenkader, kennis van elkaars deskundigheden en mogelijkheden, en *open communicatie* (volgens de KNMG-code: vrije gegevensuitwisseling met veronderstelde instemming van de patiënt).

Waarom partners?

Partnerschap veronderstelt voordeel voor elkaar en vooral voor de patiënt, zoals betere antwoorden op vragen als: Wat is het (echte) probleem? Waar zit het: thuis, op het werk of elders? Wat is de oorzaak? Moet er iets gedaan worden? Zo ja, wat en door wie: de werknemer, het bedrijf, de bedrijfsarts of een andere arbo-deskundige, de huisarts of specialist? Wat is een goed moment voor werkhervatting? Zijn er aanpassingen nodig? En hoe valt herhaling te voorkomen? Voorts kunnen zaken aan de orde zijn als: het korthouden van wachttijden in de tweede lijn, bezien of er intussen (aangepast) gewerkt kan worden en het afstemmen van behandeling en begeleiding. Zo kan tensiemeting door de bedrijfsarts waardevol zijn voor de behandeling en als de huisarts dreigende overspanning signaleert, kan snel contact met de bedrijfsarts erger voorkomen. Mogelijke nadelen kunnen zijn: extra tijdsbeslag, bereikbaarheidsproblemen, onzorgvuldig beheer en verkeer van medische gegevens, angst bij patiënten voor ‘artsen-onderonsjes’ of het passief worden van de betrokken werknemer – een vorm van medicalisering.

Waren huisarts en bedrijfsarts partners?

De eerste bedrijfsarts werd in 1929 aan-

gesteld, onder de naam arbeidshygiënist, bij Philips. Voor 1940 volgden nog een aantal bij andere grote bedrijven, maar veel te weinig om een structurele partner van de huisarts te kunnen zijn. Na 1945 werd de NVAB opgericht en nam het aantal bedrijfsartsen snel toe, eerst vooral bij grotere, meest industriële ondernemingen (enkelvoudige diensten). Daarnaast ontstond een landelijk netwerk van regionale bedrijfsgezondheidsdiensten op non-profitbasis, opgericht door bedrijven in een streek of stad en bestuurd door werkgevers en werknemers. Intussen kwamen er ook steeds meer bedrijfsartsen in dienst bij de landelijke en gemeentelijke overheid, de enige BGZ-voorziening die het rijk geld kost. Voor het overige moet de bedrijfsgezondheidszorg zich, anders dan andere gezondheidszorgvoorzieningen, zelf financieel zien te bedruipen, doordat werkgevers een vast bedrag per werknemer betalen.

Bedrijfsartsen werk(t)en preventief, multidisciplinair, en vanaf 1980 in het brede Arbowet-kader, met als *hoofddoel* bescherming, bevordering of herstel van de gezondheid van werknemers, in relatie tot hun arbeid. In principe een benijdenswaardige positie: een arts die bij een overzichtelijke *population at risk* een gezond arbeidzaam leven moet bevorderen, en ziekte en gebreken voorkomen: anticiperende geneeskunde bij uitstek. Kon de huisarts zich een betere partner wensen?

Vanaf 1980 stagneerde echter de groei: het werk van bedrijfsartsen bleef beperkt tot een derde van de beroepsbevolking. Voorts werd een ‘partnership’ bemoeilijkt doordat de helft van de bedrijfsartsen ook verzuimcontrole deed: de *combinatiefunctie*. Belde een verzekeringsgeneeskundige, dan wist je dat die werkte aan ‘gene zijde’ van de *scheiding behandeling-controle*, en dat dus de KNMG-regels ter zake golden zoals feitelijke gegevens en informed consent. Belde een bedrijfsarts dan moest je eerst doorvragen om te weten of het een ‘combi-arts’ was. Zo nee, en ging het om informatie voor begeleiding of reïntegratie, dan kon er volgens de KNMG-regels intercollegiaal overleg plaatsvinden met veronderstelde instemming, omdat beide artsen geacht

werden te handelen in het patiëntenbelang. Was het wel een combi-arts en ging het om informatie ten behoeve van claimbeoordeling/controle, dan gold bovengeschetst 'v-g-scenario'. Ging het om informatie ten behoeve van de begeleiding, wist je dan zeker dat die niet toch voor verzekeringsgeneeskundige doeleinden werd gebruikt, mogelijk met tuchtrechtelijke gevolgen?

Deze complexe situatie nodigde niet uit tot open communicatie. Huisartsen namen zelden zelf contact op en waren vaak op hun hoede, als ze gebeld werden, ook omdat men er met Crul, niet altijd van overtuigd was dat bedrijfsartsen het gezondheidsbelang van de werknemer voorop stelden.

Dit beïnvloedde ook de relatie met de patiënten. Voor een goede behandeling en begeleiding is het nodig dat zij medisch relevante vragen vrijuit kunnen beantwoorden, zonder angst dat wat ze zeggen tegen hen gebruikt kan worden. Of zo'n vertrouwensrelatie kan ontstaan, hangt o.a. af van de vertrouwenspositie van artsen in de ogen van de patiënt. De indeling van Leenen volgend staat de vertrouwenspositie van de huisarts buiten kijf, is die van de verzekeringsgeneeskundige zwak en zit die van de bedrijfsarts daar tussenin.

Verder hadden huis- en bedrijfsartsen vaak onvoldoende kennis van en interesse voor elkaars werkerterrein en deskundigheid. Ten slotte waren er storende breuken bij de begeleiding van werknemers, met evenzovele (potentiële) partners voor de huisarts: de bedrijfsarts voor een op de drie gezonde werknemers; voor de helft van hen diezelfde arts ook na ziekmelding, maar dan met een verzekeringsgeneeskundige pet op; bij andere werknemers de verzekeringsgeneeskundige van de Ziektewet, bij allen die van de GMD, als de WAO dreigde, en bij reïntegratie eventueel weer de bedrijfsarts. Dit beeld werd nog complexer toen verzekeringsgeneeskundigen zich vanaf 1985 op arboterrein begaven: het bedrijfsgericht werken.

Kortom, voor 1994 ontbraken de voorwaarden voor een partnerschap, vooral vanwege de onduidelijke positie van de bedrijfsarts.

Op zoek naar betere voorwaarden voor partnerschap

Bovengeschetste situatie vormde een 'eigen bijdrage' aan de slechte communicatie en samenwerking van alle betrokken artsen, met elkaar en met anderen. Het gevolg was onnodig verzuim en WAO-intrede – een onderbelicht gebleven factor in het WAO-debat van de afgelopen jaren.

Dit leidde tot initiatieven om die samenwerking te verbeteren. Zo wordt in het *basistakenpakket* van de huisarts uit 1983 als hoofdtak genoemd: het betrekken van de werkomstandigheden en de (resterende) werkcapaciteiten bij het adviseren van de patiënt over diens gezondheidstoestand, inclusief een gemotiveerd advies over de vraag of werkhervatting/werkstaking voor- of nadelig voor de gezondheid kan zijn. En bij *Taken met betrekking tot de beroepsbevolking* staat: de werksituatie adequaat betrekken in het behandelingsplan; de wisselwerking tussen patiënt, gezin en werkomgeving incalculeren; samenwerken met bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige om invalidering te voorkomen en bij aanwijzingen van bedrijfs/beroepsgebonden factoren als oorzaken van klachten of aandoeningen.

Vanaf 1983 moesten voor het eerst alle artsengroeperingen gezamenlijk nadenken over hun aandeel bij sociaal-medische begeleiding (SMB). Het kabinet vroeg toen de Nationale Raad voor de Volksgezondheid advies over een voorstel de huisarts danwel de verzekeringsgeneeskundige (eventueel met hulp van de bedrijfsarts) de werkhervatting en de behandeling te laten coördineren. Dat doorbrak de scheiding behandeling-controle en daarom wees de Raad (dus ook werkgevers/werknemers) dit idee in 1987(!) af, zonder overigens zelf een alternatief te bieden voor de bestaande situatie.

Het kabinet aarzelde daarna zo lang over een eigen standpunt, dat artsenorganisaties zelf initiatieven namen. Met het oog op bovengenoemde breuken in de SMB en als 'uitgestoken hand' naar de curatieve sector, presenteerde het NVAB-bestuur eind 1990 het concept *Eén Arts voor Arbeid en Gezondheid* (AAG): specialist voor ar-

beid-gezondheid, adviseur op bedrijfsniveau voor werkgevers, management en werknemersvertegenwoordigers, en op individueel niveau voor werknemers tijdens hun hele dienstverband – ook bij ziekte – met als taken preventie, signalering, begeleiding en reïntegratie. Werkhervattingsadviezen werden daar wel toe gerekend, claimbeoordeling en controle niet. Kortom, de partner voor de huisarts! Met de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) werd dit gezamenlijke beroepsperspectief uitgewerkt en begin 1993 aanvaard door beide verenigingen.

Oktober 1990 nam KNMG-voorzitter Cense de uitdaging van staatssecretaris Simons aan om bijdragen van artsen te formuleren voor terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daartoe werd zowel in eigen kring als met alle andere betrokken groeperingen (overheid, werkgevers, werknemers, uitvoeringsorganen, wetenschap, cliënten) in debat gegaan, uitmondend in *Invitational Conferences*. Op de eerste, eind 1991, werd consensus bereikt over knelpunten als te weinig aandacht voor arbeid-gezondheid in opleiding en bijscholing van curatieve artsen; het ontbreken van een eenduidig medisch aanspreekpunt op het werk; de medicaliserende, te statisch-juridische ziektewetbegrippen *ziekte of gebrek*; de te passieve rol van de zieke werknemer; veel te weinig aandacht voor preventie.

Oplossingsrichtingen werden unaniem vastgesteld op een tweede conferentie, begin 1993. Het AAG-concept werd daar gekozen als het gewenste medische aanspreekpunt, o.a. vanwege de oriëntatie op het dynamische uitgangspunt van de *balans belasting-belastbaarheid*, en omdat dat een open communicatie met de curatieve sector zou bevorderen. Zekerheidshalve werd echter ook het opstellen bepleit van een Code voor beheer en verkeer van medische gegevens. De aanwezige fractiedeskundigen van politieke partijen konden kort daarna deze kennis gebruiken in het parlementaire debat over de TZ/Arbo-wetten.

Nieuwe wettelijke kaders voor de partners

De TZ/Arbo-wetten waren mede gebaseerd op het kabinetsstandpunt Sociaal-medische begeleiding, dat uiteindelijk in 1992 werd vastgesteld, met drie uitgangspunten: bedrijven i.p.v. bedrijfsverenigingen worden verantwoordelijk voor verzuim; arbodiensten moeten onderling (eerlijk) gaan concurreren en behandelen- de en begeleidende artsen moeten open en doelmatig gaan communiceren.

Het eerste uitgangspunt werd o.a. uitgewerkt in de werkgeversplicht om loon door te betalen voor de eerste twee tot zes weken verzuim. Dit zou later leiden tot meer aandacht voor verzuim (oorzaken), maar ook tot scherpere selectie op gezondheid en een repressiever verzuimbeleid.

Het tweede punt hield een keus in voor particuliere, 'werkvloergerichte' arbodiensten/bedrijfsartsen i.p.v. de collectieve, anonieme bedrijfsverenigingen ter (verplichte) ondersteuning van werkgevers. Dat betekende dat alle bedrijven zich moesten aansluiten bij gecertificeerde arbodiensten. Bestaande BGD-en moesten hun non-profitbeginselen en regiogrenzen opgeven en gaan concurreren met elkaar en met commerciële nieuwkomers.

Het derde punt, opgenomen onder invloed van discussies in medische kring en cruciaal voor onze 'partnervraag', bleef echter in tegenstrijdigheden te blijven steken. Weliswaar werd in het regeringsstandpunt over SMB gesteld: 'Het moge duidelijk zijn dat het kabinet voorstander is van een functiescheiding tussen de bedrijfsarts (begeleider/adviseur) en de verzekeringsgeneeskundige (claimbeoordelaar).' Daarmee leek de bedrijfsarts geplaatst aan dezelfde kant van de scheiding behandeling-controle als de huisarts – een voorwaarde voor open communicatie. Die werd echter meteen weer belemmerd in de eerste twee tot zes weken, waarin 50 tot 90% van het verzuim valt. De werkgever is dan vrij met de arbodienst de controle en begeleiding vorm te geven, zodat behandelend artsen nog niet weten of de bedrijfsarts wel of geen controleur is. Daarbij kwam nog de verplichting voor arbodiensten om relevante, eventueel van behandelend artsen verkre-

gen, informatie na twee tot zes weken over te dragen aan de bedrijfsvereniging zonder *informed consent*. Iets wat de KNMG ernstig ontraadde, en mede inbracht tijdens de parlementaire behandeling van het wetskoppel TZ/Arbo. Echter, ondanks successen op andere punten – zo bleef het arbeidsgezondheidskundig spreekuur behouden – kwam er onvoldoende helderheid over de positie van de bedrijfsarts in de eerste twee tot zes weken.

Een code voor informatie-uitwisseling tussen de partners

Deze situatie dwong de KNMG alsnog een Code te ontwikkelen voor beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens. Begin 1994 werd deze aangenomen en eind 1994 aangepast. Vier gegevensstromen werden onderscheiden: tussen de arbo- (bedrijfs)arts en de curatieve sector, de werkgever, de arts van de bedrijfsvereniging en die van een (particuliere) verzekeraar. In de inleiding werd geconstateerd dat alle betrokken groeperingen, inclusief het kabinet 'open communicatie' van behandelend arts en bedrijfsarts noodzakelijk achten voor een adequate SMB, maar dat er van zo'n '... vrije gegevensuitwisseling met veronderstelde toestemming van de patiënt/werknemer in de praktijk alleen sprake kan zijn als de curatieve sector de garantie heeft dat de arbo-arts (bedrijfsarts, pb) deze informatie *uitsluitend* gebruikt in het kader van de begeleiding van de zieke werknemer. (...) Indien de informatie mede gebruikt wordt voor andere doeleinden, zoals de claimbeoordeling door de bedrijfsvereniging, en de patiënt/werknemer heeft daarvoor niet uitdrukkelijk toestemming gegeven, kan daardoor de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt ernstig worden geschaad. Bovendien kan de behandelend arts door zijn patiënt aangesproken worden op schending van zijn beroepsgeheim.' Dan volgt een belangrijke constatering: 'Op dit moment is niet duidelijk op welke wijze precies inhoud wordt gegeven aan de functie van de arbo-arts. Het is vooral onduidelijk in hoeverre begeleidende en controlerende taken sa-

menlopen en daarmee samenhangend, voor welke doeleinden de (via "open communicatie" verkregen) informatie uit de curatieve sector (mede) gebruikt wordt.' Gewezen wordt ook op het feit dat tot 1998 artsen van bedrijfsverenigingen controlerende en eventuele andere taken hebben, en dat particuliere verzekeraars arbodiensten aanbieden, waarbij beoordelende en begeleidende taken door elkaar kunnen lopen. Kortom: 'Met het oog op het voorgaande zijn de KNMG en de betrokken beroepsverenigingen LHV en LSV van mening dat op dit moment nog geen uitvoering gegeven kan worden aan een "open communicatie" in bovenbedoelde zin.' Dan volgt als uitgangspunt: 'De arbo-arts zal aan de behandelend arts duidelijk moeten aangeven voor welk doel de gegevens door hem worden gevraagd en gebruikt. (...) De behandelend arts kan pas informatie aan de arbo-arts verstrekken als de patiënt/werknemer (*mondelinge of schriftelijke gerichte toestemming*) heeft gegeven. (Daarbij) dient de behandelend arts zich te beperken tot relevante informatie van feitelijke aard. Hij moet zich onthouden van een oordeel. Het telefonisch verstrekken van informatie wordt afgeraden, vanwege mogelijke misverstanden rond de identiteit van de persoon van de verzoeker.'

Conclusies: nog steeds geen partners

Op enkele punten hebben de TZ/Arbowetten een partnerschap van huis- en bedrijfsarts dichterbij gebracht: vanaf 1998 heeft elke werknemer naast een huisarts ook een bedrijfsarts gedurende het hele dienstverband, ook bij uitval wegens ziekte of na reïntegratie. Voorts lijkt de balans belasting-belastbaarheid bruikbaar als gezamenlijk begrippenkader. Op basis daarvan zouden – analoog aan NHG-standaarden – huisartsen en bedrijfsartsen *samen* inhoudelijke richtlijnen voor SMB kunnen uitwerken per relevante diagnosecategorie: wie doet wat bij een HNP, een hartinfarct of bij overspannenheid. Daarbij kunnen ook de bijdragen betrokken worden van het bedrijf en de werknemer. Echter, in de nieuwe Arbowet lijkt de onafhankelijke positie

van de bedrijfsarts minder gewaarborgd dan in de oude. En ondanks de kabinetskeus voor de bedrijfsarts als begeleider/adviseur in plaats van claimbeoordelaar/controleur, blijkt dat onderscheid in de praktijk onhelder te zijn, in het bijzonder in de eerste twee tot zes weken. Daardoor zag de KNMG zich gedwongen de 'open communicatie' vooralsnog op te schorten en noodgedwongen terug te vallen op het *informed consent*, liever schriftelijk dan telefonisch. Dat zal het eenrichtingsverkeer versterken, en al gauw leiden tot een bureaucratische, tijdrovende, ineffectieve en kostbare procedure. Daarmee zijn we verder van huis dan voor 1994, toen althans voor een deel van de bedrijfsartsen de veronderstelde instemming gold.

Daarnaast schort er nog steeds veel aan kennis in de curatieve sector over 'arbeid en gezondheid' en over (nieuwe) wet- en regelgeving. Ten slotte lijkt het ontbreken van een helder beeld van waar een bedrijfsarts thans voor staat een goede relatie te blokkeren. Menig behandelend arts is op z'n hoede, zeker gezien de (indruk van) toenemende commercialisering, en het onvoldoende gewaarborgd zijn van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en de arbodienst.

Kortom, ondanks verbeteringen lijkt een gelijkwaardig partnership tussen huis- en bedrijfsarts nog steeds een vrome wens.

Worden huisarts en bedrijfsarts ooit nog partners?

Willen huisarts en bedrijfsarts in 1998 wel partners worden, dan zal er dus nog veel moeten gebeuren, zoals kennisverwerving omtrent (wet- en regelgeving rond) arbeid en gezondheid door huisartsen en het gezamenlijk ontwikkelen van richtlijnen voor de aanpak van SMB. Voorts dienen alle betrokkenen – overheid, werkgevers/werknemers, koepels van arbodiensten en artsen – zich in te spannen om de bedrijfsarts niet met controletaken op te zadelen. Maar vooral moeten bedrijfsartsen aan hun beeldvorming en aan de verdere professionalisering van hun eigen praktijk werken.

Hier vallen diverse initiatieven te melden. Zo worden er nascholingsbijeenkomsten georganiseerd voor huisartsen en bedrijfsartsen, overleggen de LHV en koepels van arbodiensten over een eigen Code voor informatie-uitwisseling en beraden de LHV en de NVAB zich gezamenlijk over de rol van de huisarts en de bedrijfsarts bij de SMB. Voorts hebben, na een grondige onderlinge kennismaking, de arbodienst Oost-Gelderland en de zestig huisartsen aldaar een samenwerkingsreglement opgesteld. Door ondertekening van een apart formulier geeft de betrokken werknemer aan dat beide artsen mogen communiceren zonder zijn toestemming, tenzij het informatie van of aan derden betreft.

Een helpende hand van buiten?

Een opmerkelijke bijdrage vormt ook een publikatie van de Algemene Werkgevers Vereniging (AWV), de Industriebond FNV en het NIA: *Sociaal-medische begeleiding, een model voor ziekteverzuimbeleid in de praktijk*. Opmerkelijk, omdat werkgevers en werknemers over ziekteverzuim juist vaak met elkaar in de clinch liggen. Genoemde organisaties daarentegen bepleiten juist eendrachtig een aanpak om SMB op bedrijfsniveau zo vorm te geven, dat o.a. de relatie met de curatieve sector verbeterd kan worden. Daarbij passeren tal van hierboven behandelde thema's in positieve zin de revue. Deze uitgave is in 10 000-voud verspreid onder hun achterban, als handvat om goede contracten af te sluiten tussen bedrijven en arbodiensten. Bovendien heeft deze uitgave een brede steun verworven. In 1995 werd ze beloond met de prijs van de Arbo-Unie, de grootste koepel van arbodiensten. Voorts hebben de KNMG, het BOA (Branche Overleg Arbodiensten) en de Federatie van Bedrijfsverenigingen het mede als uitgangspunt genomen voor hun beleid ter zake, terwijl ook de NVAB het van harte aanbeveelt. Reden genoeg om er tot besluit wat langer bij stil te staan, ook omdat er een mogelijke uitweg uit het 'controle-dilemma' wordt geboden.

De hoofdmoot betreft de vraag: hoe te handelen na een ziekmelding. Daarbij val-

len passages te lezen als: 'De nieuwe wetten beogen ook de behandelend artsen veel meer te betrekken bij ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheidsproblematiek. En wel door een open en doelmatige communicatie tussen de sociaal-medisch begeleider (de bedrijfsarts) en de curatieve sector. Dat is vooral van belang voor de bedrijfsarts om de werknemer goed te kunnen adviseren, waardoor tevens de duur van het verzuim zo kort kan zijn als medisch verantwoord is. Om die open communicatie te doen slagen dienen afspraken gemaakt te worden tussen het bedrijf en de arbodienst om een professioneel onafhankelijke positie van de bedrijfsarts te waarborgen.' Een minstens zo belangrijke voorwaarde voor open communicatie volgt daarna, namelijk dat het geven van werkherstattingsadvies wel tot zijn taak hoort, maar het doen van controle niet.

Uitvoerig wordt vervolgens stilgestaan bij het werkherstattingsadvies: '(Dat) ... moet zorgvuldig tot stand komen, in goed overleg met de betrokken werknemer. (...) Bij een SMB als hier beschreven, waar werknemers als volwaardige gesprekspartners worden bejegend, valt te verwachten dat het oordeel van de arts en de werknemer meestal gelijklopend zal zijn. Soms zullen werknemer en arts van mening verschillen over het moment van werkherstating. En net als elders in de gezondheidszorg wil dat niet op voorhand zeggen dat de dokter gelijk heeft.' Vervolgens wordt geschetst hoe de bedrijfsarts zodanig kan handelen dat de vertrouwensrelatie met de betrokken werknemer behouden kan blijven, door middel van een interne zorgvuldigheidstoets en eventueel een *second opinion* bij de bedrijfsvereniging, althans voor de eigen-risicoperiode van twee tot zes weken. Loondoorbetaling tot en met de second opinion wordt aanbevolen, om te voorkomen dat uitspraken van de bedrijfsarts in het begeleidingstraject onmiddellijke financiële consequenties zouden hebben, wat de relatie met de werknemer onder oneigenlijke druk zou zetten. Op deze wijze hoopt men te voorkomen dat situaties in die eerste twee tot zes weken zo escaleren dat de kantonrechter er aan te pas zou moeten komen.

Vermelding verdient nog het besef dat ziekteverzuim in eerste instantie een zaak is tussen werknemer en werkgever/management: 'Minstens zo belangrijk is het om daar niet te snel een arts bij in te schakelen. Dit vanwege het gevaar van medicalisering, oftewel het onnodig in medisch vaarwater doen belanden van klachten en problemen van in wezen niet-medische aard. De ervaring leert dat dat zeer langdurige verzuimsituaties op kan leveren, waar niemand bij gebaat is.'

Controle versus vertrouwensrelatie

AWV en Industriebond maken uitdrukkelijk onderscheid tussen 'medische controle' en controle op gedrags- of spelregels, zoals die gelden bij ziekmelding, een Eigen Verklaring, regels over thuis-zijn op bepaalde tijden, de gang van zaken rond oproepen voor het spreekuur, een werkherstattingsadvies enz. Kortom: '... rechten en plichten van de werknemer, die duidelijk moeten worden vastgelegd. Daarbij heeft de ondernemingsraad instemmingsrecht. De controle op het nakomen van deze gedragsregels is geen zaak voor artsen, maar kan door het bedrijf zelf worden afgehandeld, bijvoorbeeld door een leke-controleur.'

Dan volgen enkele, ook voor artsen opmerkelijke passages: 'Wat het medisch aandeel betreft is het woord "controle" na de ziekmelding eigenlijk niet meer adequaat. In de nieuwe opzet is er immers gedurende het hele dienstverband sprake van controle, maar dan in de zin van het onder controle houden van de balans belasting-belastbaarheid vanuit gezondheidkundig oogpunt. Dat is zelfs het hoofddoel van de sociaal-medische begeleiding, zowel voor het bedrijf als voor de arbodienst. Dat doel verandert niet wezenlijk wanneer een werknemer zich ziekmeldt. Dan gaat het erom die balans snel en adequaat te herstellen, zodat het werk weer hervat kan worden zodra dat medisch-gezondheidkundig gezien verantwoord is.'

Het belang van deze visie wordt nader beargumenteerd op een wijze die veel huisartsen moet aanspreken: 'Op afzienbare

termijn heeft elke werknemer naast een huisarts ook een bedrijfsarts. Daarop is hij in principe gedurende zijn hele dienstverband aangewezen. Deze arts kan in zo'n situatie, net als een huisarts, alleen goed zijn werk doen als er sprake is van een vertrouwensrelatie met de betreffende werknemers. Een relatie die juist van belang is tijdens een verzuimperiode. Dan is er namelijk de meeste kans om een reëel, eerlijk beeld van de situatie te krijgen, om belangrijke vertrouwelijke informatie boven tafel te krijgen en te voorkomen dat de werknemer zich als het ware verschanst in zijn klachten – met de nadruk op wat hij niet kan, om maar aan te tonen dat hij zich niet ten onrechte heeft ziek gemeld. Dan kan juist de nadruk komen te liggen op wat hij nog wel, of binnenkort weer kan. Kortom, dan kan er zo snel en efficiënt mogelijk gewerkt worden aan de oplossing van het echte probleem.

Voorwaarde voor zo'n vertrouwensrelatie is dat de taak van de bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding zich beperkt tot die van gezondheidkundig adviseur ten aanzien van de balans belasting-belastbaarheid, met (vroeg)signalering, begeleiding, reïntegratie en preventie als deeltaken. Binnen dat kader passen geen controletaken, maar wel werkhervattingsadviezen op gezondheidkundige gronden. Wie zou die adviezen immers beter kunnen geven dan de eigen begeleidende arts, die geacht wordt op de hoogte te zijn van de belastbaarheid en de belasting van de betrokken werknemer, oftewel van zijn persoonlijke en zijn werksituatie? En dan: 'Deze benadering biedt ook een opening aan behandelende artsen om tot een betere samenwerking te komen met de bedrijfsartsen. Dit is wenselijk om verschillende redenen. Ten eerste omdat de een wellicht over informatie beschikt die voor de andere arts van belang is, bijvoorbeeld over de ingestelde behandeling of de specifieke arbeidsomstandigheden. Ten tweede om tot onderlinge afstemming te komen en zo te vermijden dat de partijen elkaar gaan tegenwerken. Zo kan medicalisering zoveel mogelijk voorkomen worden en de verzuimduur zo kort gehouden worden als medisch gezien verantwoord is.' Onder-

streept wordt dat de betrokken werknemer hierbij een actieve en soms bemiddelende rol kan spelen.

De geschetste aanpak van de SMB kent zoveel waarborgen, aldus AWW en Industriebond FNV, '... dat extra medische controle daarbij niet nodig wordt geacht. Sterker nog, dat zou de reguliere SMB juist kunnen bemoeilijken omdat het op gespannen voet staat met de wenselijk geachte vertrouwensrelatie tussen bedrijfsarts en werknemer en met de open communicatie met de curatieve sector.

Medische controle willen we uitdrukkelijk reserveren voor die enkele gevallen waarbij er van de kant van het bedrijf zoveel reden tot wantrouwen is dat er een (snel) medisch oordeel verlangd wordt over het wel of niet arbeidsgeschikt zijn. Het initiatief komt dan niet van de kant van de begeleidende bedrijfsarts. Om redenen hierboven weergegeven moet zo'n verzoek ook niet aan hem worden gedaan en zal er een beroep moeten worden gedaan op een aparte medische voorziening, los van de SMB. (...)

Het is van groot belang dat de arts, die deze medische controle verricht, tegenover de betreffende werknemer heel duidelijk zijn positie uiteenzet: los van de sociaal-medische begeleiding, de controle verrichtend op verzoek van de werkgever op basis van zijn wantrouwen.' Besloten wordt dan met: '... de waarschuwing niet te hooggespannen verwachtingen te koesteren over de mogelijkheden van een arts in zo'n situatie. Het is lang niet altijd mogelijk ter plekke vast te stellen of de werknemer wel of niet kan werken wegens een ziekte of gebrek. Bovendien is er een fors risico op escalatie of op een medische patstelling als de werknemer zich verschuilt achter moeilijk verifieerbare medische klachten. Zeker als hij in het medisch circuit op zoek gaat naar "bewijsmateriaal".'

Recentste ontwikkelingen

Inmiddels is per 1-3-1996 de TZ-wet vervangen door de WULBZ: Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht bij Ziekte. Deze houdt in dat de Eigen risico-periode

voor alle bedrijven – groot of klein – wordt uitgebreid van 2/6 weken tot 52 weken. Daarmee is de Ziektewet afgeschaft voor alle werknemers, behoudens enkele speciale categorieën als werknemers zonder dienstverband, zieke werklozen en zwangeren. Voor hen blijft een ‘vangnet-ziektewet’ bestaan. Voor de overigen geldt nu een aangepaste regeling in het Burgerlijk Wetboek, verplichtend tot het doorbetalen bij ziekte van minimaal 70% van het loon. De *second opinion* blijft mogelijk bij de bedrijfsvereniging, evenals de verplichte meldingsmomenten van de werkgever/arbo-dienst aan de bedrijfsvereniging op de 13e en 26e week, en de verplichting voor de werkgever om samen met de arbodienst een reïntegratieplan op te stellen op uiterlijk de 26e week.

Wat de gevolgen zullen zijn van deze ingrijpende maatregel voor de positie van de betrokken werknemers zal nog moeten blijken. Zo kan er een verscherping optreden in de relatie werkgever-werknemer bij (langdurige) ziekte, vooral vanwege de mogelijkheid van rechtstreekse looninhouding. Ook wordt op een verdere toename gerekend van risicoselectie op (potentiële) werknemers, zowel aan de poort als tijdens het dienstverband of bij reïntegratiepogingen. Evenmin valt te overzien in hoeverre het eerder besproken AWW/Industriebond/NIA-model onder de nieuwe verhoudingen te handhaven is.

In ieder geval lijkt de conclusie gewettigd dat de relatie huisarts-bedrijfsarts een nieuwe fase ingaat. Daarbij heeft de bemoeienis van onder andere de KNMG en NVAB met de parlementaire behandeling ertoe geleid dat het zicht op een betere samenwerking niet op voorhand geblokkeerd werd. In de *Toelichting* op de WULBZ werd namelijk niet meer gesproken over bedrijfsarts, maar onder andere wel over *controleerend* arts. Dit heeft staatssecretaris Linschoten teruggenomen en juist expliciet gesteld dat bedrijfsartsen *niet* mogen controleren vanwege hun vertrouwensrelatie met de betrokken werknemer, maar dat het controleren een werkgeverstaak is. Tevens verklaarde hij het Kabinetsstandpunt uit 1992 nog volledig van kracht. Dat betreft dus ook de belangrijke functieschei-

ding tussen bedrijfsarts (begeleider en adviseur) en verzekeringsarts (claimbeoordelaar).

Mede door de inbreng van KNMG en NVAB werd ook de noodzaak onderstreept van onafhankelijkheid van arbodiensten – bijvoorbeeld tegenover verzekeraars – en van bedrijfsartsen daarbinnen. Hier zal nog nader parlementair op worden teruggekomen. Ten slotte werd pas begin dit jaar duidelijk dat de WBGO ook van toepassing is op de bedrijfsarts. De consequenties daarvan moeten ook nog verwerkt worden, bijvoorbeeld de KNMG-code en het concept van ‘open communicatie’. Is het streven naar ‘veronderstelde toestemming’ nog wel valide?

Inmiddels zijn de NVAB en LHV in gesprek over een betere samenwerking in het algemeen, en in het bijzonder over het eventuele curatieve handelen van bedrijfsartsen – wettelijk mogelijk – in relatie tot de poortwachtersfunctie van de huisarts. Ook een KNMG-Commissie verzet denkwerk op dat punt, terwijl de NVAB en de koepel van arbodiensten BOA onderhandelen over een *professioneel statuut* voor de bedrijfsarts.

Slotconclusie

Ondanks al deze recente ontwikkelingen is er nog steeds geen heldere, eenduidige positionering van de bedrijfsarts die tevens overeenkomt met de dagelijkse praktijk. Bovendien ontbreken landelijke afspraken en richtlijnen over de samenwerking met behandelend artsen. Wel heeft dit thema meer dan ooit de politiek-beleidsmatige aandacht, getuige ook de uitspraak van minister Borst dat het dossier ‘samenwerking huisarts-bedrijfsarts’ voorlopig niet gesloten kan worden.

Het lijkt vooral aan de betrokken artsen zelf om landelijk en plaatselijk die samenwerking gestalte te geven en in de praktijk uit te proberen. De betrokken landelijke organisaties dienen er de benodigde randvoorwaarden voor te formuleren en die zo nodig uit te onderhandelen met ‘derden’ als overheid en sociale partners. Zo moeten op afzienbare termijn de huisarts en de be-

drijfsarts werkelijke partners kunnen worden – ten voordele van alle betrokkenen, in het bijzonder de (zieke) werknemers.

Aanbevolen literatuur

- Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Amsterdam: CCOZ, 1985.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake sociaal-medische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen. Den Haag, 1987.
- Dijk FJH van e.a. Herwaardering model belasting-belastbaarheid. Tijdschr Soc Gezondh 1990;68:3-10.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Kabinetsstandpunt Sociaal-medische begeleiding. Den Haag, 1 juni 1992.
- NVAB/NVVG. Eén arts voor arbeid en gezondheid. Utrecht, 1993.
- Buijs PC. De wetsvoorstellen TZ/Arbo en hun betekenis voor sociaal-geneeskundigen. Tijdschr Soc Gezondh 1994;1:47-50.
- Algemene Werkgevers Vereniging/Industriebond FNV. Sociaal-medische begeleiding, een model voor ziekteverzuimbeleid in de praktijk. Buijs PC, (red). Haarlem/Amsterdam, 1994.
- KNMG. Code voor beheer en verkeer sociaal-medische gegevens. Utrecht, 1995.
- Leenen HJJ. Gezondheidszorg en recht. Alphen a.d. Rijn, 1981.

Trefwoorden

arbeidsongeschiktheid arb-o1
ziekteverzuim
arbodienst
bedrijfsarts
SMB