

Werk van bedrijfsarts kan veel logischer worden georganiseerd

# Klem tussen regels, werkgever en patiënt

Rinus Ouwens,  
bedrijfsarts voor  
Metaplanning en PreAct

Correspondentieadres:  
r.ouwens@metaplanning.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Dit artikel is online verschenen  
op 21 september.

beeld: Getty Images

Bedrijfsartsen staan dagelijks voor de moeizame klus re-integraties te begeleiden. Maar veel respect oogsten de 'verzuimboeren' niet. Dat kan en moet beter.

**H**et zijn zware tijden voor bedrijfsartsen. Hun werkbeleving is zorgwekkend en menigeen zit met ernstiger gezondheidsklachten in de spreekkamer dan de verzuimende werknemer.<sup>1 2</sup> De uitstroom is hoog, de instroom laag. Waardoor komt dit? Hoe kan het beter?

Allereerst heeft onze wetgeving nadelige effecten. Ongeacht de oorzaak, moet een werkgever in het uiterste geval tot twaalf jaar (mede) voorzien in het inkomen en de re-integratie van de zieke werknemer. Uniek in Europa. Dat zet de relatie behoorlijk onder druk. Vervolgens moet die werkgever de bedrijfsarts betalen voor de rapporten

die tot loondoorbetaling verplichten: een moeizame basis voor klanttevredenheid. En geen stimulans voor een goede arts-patiëntrelatie: vaak denkt de werknemer dat de bedrijfsarts alleen maar adviseert tot werkhervatting omdat de werkgever hem daarvoor betaalt.

## Diagnose-inflatie

Ook de definiëring van de ziekte zet de bedrijfsarts onder druk, want het begrip is behoorlijk opgerekt. Problemen en klachten zijn ziekten geworden, door Batstra treffend omschreven als diagnose-inflatie.<sup>3</sup> Bovendien maakt het zogeheten 'MAOC', het medisch arbeidsongeschiktheids criterium, vooral de ervaren beperkingen leidend in plaats van aangetoonde afwijkingen. Aspecifieke rugpijnen kunnen, als zij langer dan een halfjaar aanhouden, tot beroepsziekte worden gebom-

bardeerd.<sup>4</sup> De bedrijfsarts moet dan aanpassingen adviseren of begeleiding naar passend werk.<sup>5</sup>

Dat alles maakt re-integratiebegeleiding een moeizame klus, zonder veel aanzien; met nauwelijks verholen minachting wordt gesproken over 'verzuimboeren' of 'wegenwachthulp'.

Voor artsen is het ook moeilijk niet mee te gaan in de beleving en wensen van de patiënt. Een onderzoeksjournaliste van ZDF-Reporter kreeg van alle artsen die zij incognito bezocht probleemloos de gewenste *Krankenschein* – zelfs toen zij openlijk aangaf een vrije dag nodig te hebben.<sup>6</sup>

Hoewel preventief werk ongetwijfeld aangenaam, want minder conflictueus, is, moeten we ons realiseren dat langdurig verzuim voor betrokkene een forse crisis betekent. Waarbij goed bedoelde, maar onfortuinlijke besluiten en adviezen het verschil maken tussen een leven afhankelijk van instanties of een leven in de maatschappij. Bij de re-integratiebegeleiding die ik vaak zie, worden de klachten van werknemer vertaald in beperkingen en zijn ze de basis voor eventuele aanpassingen of voor het inzetten van begeleiding naar passend werk bij andere werkgever, een eufemisme voor afscheid richting de WW, terwijl het resultaat van behandelingen lijdzaam wordt afgewacht. In de luxe variant worden 'providers' ingeschakeld voor trainingen en loopbaantrajecten. Kritische analyse van ziekte, behandeling, ervaren beperkingen en re-integratiebelemmerende factoren is zeldzaam.

Invoelbaar is die gang van zaken wel: als de bedrijfsarts de beleving van de werknemer

**De werkgever moet betalen voor rapporten die verplichten tot loondoorbetaling**



Re-integratiebegeleiding is een moeizame klus met weinig aanzien.

niet overneemt, volgen er meestal klachten, deskundigenoordelen en tuchtzaken. In duizenden pagina's aan richtlijnen, werkwijzers, leidraden, gedragscodes, statuten en wetten is er al vlot een regeltje gevonden dat niet aantoonbaar is nageleefd. Sommige tuchtzaken maken een bijna bizarre indruk. Bij een werknemster met een ritmestoornis vroeg het tuchtcollege niet waarom de vrouw langdurig geen kantoorwerk zou kunnen verrichten (maar wel druk bezig kon zijn met en voor haar dochter), maar stelt wel dat de bedrijfsarts verantwoordelijk is voor een tijdige probleemanalyse.<sup>7</sup> In de praktijk betekent dit de keuze tussen een vlot consult waarbij de bedrijfsarts de beleving van de werknemer overneemt, waarop deze tevreden huiswaarts gaat, of een langdurig consult met een boze werknemer, geregeld gevolgd door een collegiale oorvijg van de verzekeringsarts of het tuchtcollege.

#### **Gedeeld risico**

Het moet anders, en dat kan. Allereerst zijn ziekte en verzuim een risico van werkgever en werknemer. Dat principe zou in wetgeving vastgelegd moeten worden. Laten we zeggen: de werkgever betaalt 35 procent, de werknemer verzekert zich voor 35 procent. Inderdaad, samen 70 procent, overeenkomend met een werkloosheidsuitkering. Een forse bezuiniging, maar ook een forse stimulans voor re-integratiebevorderende maatregelen en voor een kritischer toetsing van het behandelresultaat door de werknemer. Onredelijk? Men kan zich afvragen in hoeverre overgewicht, roken, weinig bewegen, risicovolle sporten en klussen niet een invitatie voor ziekte zijn, terwijl een faillissement of ontslag zelden een keuze van

de werknemer is. Beroepsziekten daarentegen moeten grond worden voor volledige compensatie: een effectieve motivatie voor goed onderzoek naar en melding van beroepsziekten en voor preventieve maatregelen.

Een onafhankelijke bedrijfsarts vereist een onafhankelijke financiering. De opkomst van de zzp'er (die nu geen bedrijfsarts heeft), het belang van werk en re-integratie voor volksgezondheid en maatschappij, en de invloed die de bedrijfsarts op de leefstijl van patiënten kan hebben, maken het logisch dat deze in de ziektekostenverzekering wordt opgenomen. Voor 25 euro per werknemer per jaar zijn we verlost van de discussie over eventuele belangenverstrengeling.

Gunstig neveneffect is dat de bedrijfsarts als medebehandelaar veel gemakkelijker met zijn behandelende collega kan overleggen. Een interessante optie is integratie van de bedrijfsarts in de huisartsenpraktijk: prima toegang voor de werknemer, continuïteit en goede afstemming van behandeling en re-integratie verdienen de kosten van de bedrijfsarts snel terug.

#### **Deskundigenoordeel**

Verder zal de vereniging van bedrijfsartsen (NVAB) met het UWV in overleg moeten over de deskundigenoordelen. Een zichzelf respecterende beroepsorganisatie kan niet accepteren dat in ruim 50 procent van de gevallen het oordeel van hun professionals niet wordt overgenomen. Het is ook logischer dat een bedrijfsarts een deskundigenoordeel verricht, en bij een afwijkend oordeel de begeleiding overneemt. Een orthopeed doet toch ook geen ingreep waar hij niet achter staat? De NVAB zou ook met het tuchtcollege een

## SAMENVATTING

- Voor veel bedrijfsartsen is re-integratiebegeleiding moeizaam en weinig gewaardeerd werk.
- Re-integratie én bedrijfsartsen verdienen beter: logischer en werkbaarder wetten, financiering, toetsing en richtlijnen.

kritischer discussie moeten aangaan. Er zijn weinig ziektebeelden en werksituaties waarbij een (te) vroege werkhervatting tot aantoonbare gezondheidsschade leidt. De effecten van een afwachtend beleid en van langdurige afwezigheid van werk zijn veel negatiever.

Veel meer dan toetsing van de administratie en navolging van genoemde duizenden pagina's, moet bezien worden of de bedrijfsarts voldoende (kritisch) onderzoek verricht, alternatieven voor verzuim bespreekt, zijn advies voldoende motiveert. En, uiteraard, of dat onwelgevallige advies daadwerkelijk tot aantoonbare gezondheidsschade heeft geleid.


### Strakker gedefinieerd

Ziekte en arbeidsongeschiktheid moeten aanzienlijk strakker gedefinieerd worden. Niet zozeer de ervaren beperkingen of het gedrag moeten leidend zijn, maar de bevindingen bij onderzoek. Vervelend voor mensen met moeilijk objectificeerbare aandoeningen, maar het is niet te verdedigen dat hen nu een

aanmerkelijk gunstiger arbeidsongeschiktheidsregeling wordt toegekend dan de 58-jarige grondwerker die met zijn stoma na darmkanker richting bijstand wordt gezonden. Alternatief is het verschil

tussen werkeloosheid en arbeidsongeschiktheid opheffen: beide zijn zelden een vrijwillige keuze. Daarbij zijn, in plaats van tijdrovende en dure visitaties, praktischere richtlijnen wenselijk. De bekende NHG-standaarden kunnen daarvoor een prima basis zijn.

In plaats van specifieke klachten bombarderen tot beroepsgebonden ziekte, zijn leidraden nodig voor het vaststellen van oorzakelijkheid en belastbaarheid. Inderdaad is daar, opvallend genoeg, weinig 'evidence' voor, maar er is ook nog zo iets als deductie, logica, gezond verstand – en moed.

De huidige praktijk rond re-integratie is ziekmakend, kostbaar en voor menige bedrijfsarts bijna onwerkbaar. We kunnen veel winnen met adequatere, stimulerende wetgeving, praktischere richtlijnen, logischer financiering, minder registratie en controle en meer werken. De winst is groter dan alleen kostenbesparing. Arbeidsgeschiktheid gaat ook over principiële opvattingen. Collega's roep ik op die durf te hebben. Werknemers wens ik de durf toe om erop te vertrouwen dat de modale bedrijfsarts niet naar zijn werk gaat met de intentie onheil aan te richten. 

# veldwerk

## Doe-het-zelfdokter

'Kun je het even zelf doen?' vraagt de secretaresse, vraagt de roosteraar, de teamleider, de ICT'er, de technische dienst, de verpleging. Eigenlijk vragen ze niks. De vraagvorm verhuult een mededeling.

De boodschap is: wie een klus wil klaren, moet het zelf doen. Als aios wordt er een beroep gedaan op je flexibiliteit. Een trendy term. Maar niet bepaald een pre voor een medisch specialist. Flexibel is: buigzaam, elastisch, gedwee, lenig, makkelijk, meegaand, soepel, toegankelijk. Maar dat terzijde. Als aios fake ik flexibiliteit.

Ik fax mijn recepten zelf. Afhankelijk van de gemoedstoestand van de secretaresse. Als er al een aanwezig is. Mijn relatie met het kopieerapparaat is beter dan ooit. Ik ken al zijn pijnlijken. Gaten in het rooster vul ik zelf. Daar kan de roosteraar niet aan beginnen. Hapert de accu van mijn pieper? Diagnose en therapie? U raadt het al: ikke. Zonder hulp. Op technisch terrein heb ik al heel wat kluscompetenties behaald.

De geschiedenis met mijn airco spande de kroon. Op de heetste dag van het jaar begaf ie het. De patiënten dreven mijn kamer uit. Tijdens mijn poli belde ik de technische dienst en kreeg binnen het uur zowaar een mens aan de lijn. De stem aan de andere kant wees me op een procedure waarbij ik eerst-een-aantal-dingen-zelf-moest-doen. Ik verexcuseerde me bij de aanwezige patiënt, klom op een stoel om aan knoppen te draaien, plafondplaten opzij te duwen en de temperatuur van een leiding te bevoelen. De patiënt keek me aan alsof hij een oculogyre crisis had. Klussen met kijkers. Maar dan anders.

Paul Dinant,  
secretaresse, roosteraar, administrateur,  
ICT'er, TD'er, aios psychiatrie

## Financiering vanuit de zorgverzekering versterkt de onafhankelijkheid



Zie ook de brief van de NVAB op blz. 2298.

De voetnoten, een eerder MC-artikel over dit onderwerp en vele reacties van lezers vindt u onder dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).