

Kanttekeningen bij de KNMG-code over arbeidsverzuim en re-integratie

O jee, een brief van de bedrijfsarts

Sylvia Buis, huisarts, studeerde filosofie van de geneeskunde, lid van de werkgroep Moreel Kader in de arbo-curatieve zorg.

Medard T. Hilhorst, universitair hoofddocent medische ethiek, Erasmus MC Rotterdam, projectleider van de werkgroep Moreel Kader in de arbo-curatieve zorg.

Dit artikel is gebaseerd op een discussie binnen de werkgroep Moreel Kader in de arbo-curatieve zorg, onderdeel van het ZonMw-project Ethiek in Richtlijnen Arbeid en Gezondheid.

Correspondentieadres: sylviabuis@wanadoo.nl; c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Behandelend artsen krijgen geregeld brieven van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met het verzoek om medische gegevens te sturen. Zo'n verzoek kan hen voor morele dilemma's plaatsen, en die komen in de KNMG-gedragscode nauwelijks aan bod.

U krijgt als huisarts het verzoek van een bedrijfsarts om informatie te geven over een patiënt die ziek thuis is. In het door de patiënt ondertekende toestemmingsformulier wordt gevraagd om informatie over diens rugklachten. U heeft patiënt vanwege chronische lumbago naar de fysiotherapeut verwezen. U vraagt zich af welke gegevens u moet of mag opsturen. Mag u iets melden over de psychosociale problemen en de verwijzing naar een psycholoog? Voegt u toe dat u twijfelt aan de verzuimreden? Of laat u de brief liever onbeantwoord?

re-integratieproces en aandacht te schenken aan de factor arbeid bij ziekte.

Samenwerking

Het uitgangspunt van de code is dat er een balans is tussen enerzijds het belang van 'een efficiënte samenwerking tussen betrokken artsen gericht op herstel en/of werkhervatting van de patiënt/werknemer' en anderzijds 'het beschermen van de privacy van de patiënt'.

Het is bekend dat de samenwerking tussen behandelend artsen enerzijds en bedrijfs- en verzekeringsartsen anderzijds niet altijd soepel verloopt.¹ Men is vaak niet bekend met elkaars taken, verantwoordelijkheden en professionele onafhankelijkheid, waardoor er vaak onvoldoende onderling vertrouwen is. Dit is ongunstig voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor mensen met arbeidsverzuim.

Sinds 2007 bestaat de Code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie', opgesteld door de KNMG na samenvoeging van eerdere codes.² Deze code laat zien welke rol de verschillende partners spelen in de keten van verzuimbegeleiding, waarbij een stimulans wordt gegeven om elkaar als gelijkwaardige partners met een eigen expertise te respecteren. Ook stelt de code dat er een inspanningsverplichting is om mee te werken aan het



Gegevensuitwisseling is niet vanzelfsprekend

In de keten van verzuimbegeleiding spelen de bedrijfsarts, de verzekeringsarts en de behandelend arts ieder hun eigen rol.

Volgens de code wordt door efficiënte samenwerking 'dubbel onderzoek, tijdverlies en onduidelijkheid' voorkomen. In de praktijk is deze samenwerking echter lastig, en dit lijkt mede een gevolg van het verschuiven van de focus tijdens het verzuimproces. Waar de behandelend arts zich vooral richt op herstel van gezondheid in brede zin, richten bedrijfsarts en verzekeringsarts zich op functioneel herstel. Hierbij gaat het om voldoende herstel om het

werk te hervatten, hetgeen vaak afhankelijk is van de specifieke werksituatie van de patiënt.

Hoewel herstel en werkhervatting niet altijd gelijk opgaan, worden ze in de code wel in één adem

genoemd. Verder richt de behandelend arts zich primair op het welzijn van de patiënt, terwijl de bedrijfsarts ook de belangen van de werkgever in het oog moet houden en hierdoor morele dilemma's kan tegenkomen.³

Vanwege de verschillende professionals en hun doelen zijn er steeds 'vertaalslagen' nodig, bijvoorbeeld van diagnose naar belastbaarheid en vervolgens naar claimbeoordeling. Dit betekent dat samenwerking en communicatie niet eenvoudig zijn, en in de praktijk bestaat samenwerking vooral uit het uitwisselen van medische gegevens. Mogelijk moet in eerste instantie onder samenwerken dan ook de

bereidheid om gegevens uit te wisselen worden verstaan.

Privacy

In tegenstelling tot gegevensuitwisseling in de curatieve sector, waarbij toestemming van de patiënt wordt verondersteld, is gegevensuitwisseling hier niet vanzelfsprekend. Beroepsgeheim en zwijgplicht van de behandelend arts kunnen juridisch gezien alleen worden doorbroken met toestemming van de patiënt. Dit is een juridische eis, maar de code beschouwt het geven van toestemming ook als een teken van betrokkenheid van de patiënt. Informed consent vereist dat de patiënt is geïnformeerd over het doel en de consequenties van het vragen om informatie.

De indruk kan ontstaan dat de patiënt zelf bepaalt of en welke informatie wordt opgevraagd. Toch is dit niet zo vrijblijvend. Door de Wet verbetering poortwachter wordt de patiënt geacht mee te werken en informatie te geven omdat hij actief moet bijdragen aan behandeling en re-integratie. Wel blijft de patiënt de mogelijkheid houden om bepaalde informatie voor zich te houden, ongeacht de reden.

Het is de vraag of de patiënt de gevolgen kan overzien van het wel of niet opvragen van medische gegevens. De mogelijkheid van sancties wordt genoemd, maar in de code niet nader uitgewerkt. De arts heeft dus enerzijds de taak patiënt te motiveren tot volledige medewerking,

beeld: Corbis en Getty Images





De behandelend arts wordt geacht geen uitspraken te doen over arbeidsgeschiktheid.

maar moet het recht op privacy respecteren. Samenwerking wordt dus begrensd omwille van de autonomie van de patiënt.

Dilemma's

Van de behandelend arts wordt verwacht dat hij samenwerkt met bedrijfsartsen en verzekeringsartsen als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. De samenwerking bestaat vooral uit het verstrekken van gegevens en lijkt in de code een neutrale handeling. Maar is dit ook zo? Het beantwoorden van de vragen is praktisch gezien vaak lastig (de arts moet bijvoorbeeld in dossiers duiken) en er kunnen dilemma's ontstaan.

Aangezien de behandelaar zich primair richt op het welzijn van de patiënt, kan hij zich afvragen wat de gevolgen zijn voor de patiënt als hij de brief beantwoordt. Kan dat de patiënt ook

schaden? De code gaat aan deze vraag voorbij en stelt dat meewerken gewenst is vanwege de doelmatigheid en kwaliteit van het proces. Niet meewerken kan de patiënt schaden, maar omgekeerd wordt niet gezegd

dat meewerken ten goede komt aan de patiënt. Integendeel, in de code staat 'samenwerking kan de patiënt ook kwetsbaar maken. De gezondheidspositie van de patiënt is immers een factor die zijn positie als werkende mede bepaalt'. Dit wordt niet nader uitgewerkt, maar kan een reden zijn waarom behandelend artsen goed moeten afwegen welk antwoord zij geven. Ook kan een dilemma ontstaan als u niet op de hoogte bent van de verzuimredenen of (volgens u) cruciale problemen onbenoemd blijven.

U leest in de code dat 'de behandelend arts alleen objectieve feitelijke gegevens verstrekt (...)

zoals diagnose, behandeling en medicatie'. Ook hier doet zich een mogelijk dilemma voor, want het is meestal niet mogelijk om als behandelend arts volledig neutraal te blijven bij het geven van medische informatie. Medische gegevens zijn meestal al geïnterpreteerd in het kader van de diagnose en behandeling.

Neem de vermoeide patiënt bij wie u geen oorzaak kunt vinden. Wat schrijft u op? 'Onverklaarde moeheid', 'chronischevermoeidheidssyndroom', 'psychosociale problemen' of 'geen ziekte aangetoond'? Ook al mag u geen mening geven, de wijze waarop de vragen worden beantwoord kan een richting aangeven. Dit is een algemeen probleem met betrekking tot medische kennis.

Geen enkele code of richtlijn kan hier een adequaat antwoord op geven. Een diagnose is al een interpretatie van feitelijke bevindingen en subjectieve signalen, waardoor de eis van objectieve feitelijke gegevens in de praktijk lastig kan zijn. Hiervan dient u zich bewust te zijn bij het geven van informatie.

Wel of geen oordeel?

Vanuit de scheiding tussen behandelend en beoordelend artsen, wordt de behandelend arts geacht geen uitspraken te doen over arbeidsgeschiktheid. De code benadrukt dit. Hierdoor wordt voorkomen dat u wordt afgeleid door belangen die ook kunnen spelen en uw onafhankelijke rol verliest. Toch zal het voorkomen dat u twijfels hebt bij het advies van bijvoorbeeld de bedrijfsarts. De code laat zeker ruimte voor overleg tussen behandelend arts en beoordelend arts, al is ook hier weer expliciete toestemming van de patiënt vereist. Als u besluit contact te zoeken met de bedrijfsarts, verandert de samenwerking van (voornamelijk)

Een diagnose is al een interpretatie van feitelijke bevindingen

Trichoscan

Mooi weer en weinig wind. Tijd om te skeeleren. De meeste sportievelingen in ons groepje dragen net als ik een helm en knie- en elleboogstukken. Voorkomen is tenslotte beter. Een nieuweling, die blijkbaar al heeft gehoord dat er zich in het peloton een huisarts bevindt, begint een praatje. Het gaat allemaal nog niet zo hard en we rijden ruimschoots binnen de babbelgrens.

'Ik ben pas voor een trichoscan geweest', begint hij, 'en nou wil ik eens weten wat jij als huisarts van die medicijnen vindt.' Het woord trichoscan kan ik vertalen. Een scan van het haar! Welke misbruikmakers van goedgelovige en wanhopige haarverlieslijders hebben die kreet bedacht, vraag ik me af.

'Een heel betrouwbare privékliniek en maar 150 euro voor het hele pakket', zegt hij in antwoord op mijn vragen. 'En nou wil ik van jou weten, zal ik nu kiezen voor minoxidil of voor dat prostaatmiddel – finasteride heet het, geloof ik.'

Hij kijkt me vanachter zijn transparante sportbril onderzoekend aan. Zonder me al te verbaasd te tonen, geef ik wat algemene overpeinzingen waarin ik laat horen dat terughoudendheid op zijn plaats is. Als we na voltooiing van het rondje aankomen bij de startplaats, zet hij zijn helm af. Ik bewonder jaloers zijn weelderige haardos.

Thuis google ik trichoscan en krijg 99 duizend hits. De *total bodyscan* is de absolute winnaar met 6,6 miljoen hits. De *umbilical scan* (navelstaren?) is goed voor 460 duizend, de *dermoscan* voor 1550 en *nasascan* (neus?) blijkt een bedrijf te zijn met 179 hits. De *penisscan* telt 35 hits.

Tot mijn verbazing bestaat de *onychoscan* nog niet. Een gat in de markt. Ik ga ermee aan de slag. Voor een spotprijsje. Tien euro per nagel. En 175 euro voor het hele pakket (20 nagels); de *total onychoscan*.

Jos van Bommel,
huisarts

SAMENVATTING

- De Code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie' biedt behandelend artsen houvast bij de uitwisseling van patiëntgegevens met beoordelend artsen.
- Dilemma's blijven echter onbesproken, zoals de omgang met toestemming van de patiënt en de wijze waarop de arts de informatie selecteert en interpreteert.
- Artsen moeten beseffen dat neutraliteit en objectiviteit moeilijk te hanteren begrippen zijn, en daarover zo transparant mogelijk communiceren.

informereren naar meedenken. Over deze fase geeft de code geen handvatten meer, terwijl dan het echte samenwerken pas begint. Wel verwijst de code naar communicatieformulieren die het overleg tussen de verschillende artsen kunnen faciliteren.


Vertrouwen

De in de code veronderstelde balans tussen doelmatigheid en privacy kan in de praktijk lastig zijn. De bescherming van privacy en autonomie van de patiënt krijgt een relatief groot gewicht en kan de doelmatigheid in de weg staan, vooral als er een discrepantie is tussen de gevraagde en de beschikbare informatie. Ook is het niet altijd mogelijk alleen neutrale en objectieve gegevens te verstrekken. Hierdoor kan de arts dilemma's ervaren die het snel beantwoorden van een brief van de bedrijfsarts belemmeren.

Desondanks biedt de code wel houvast. Uit de code volgt duidelijk dat zowel aanvragend als behandelend artsen een inspanningsverplichting hebben: enerzijds om de vragen zo goed mogelijk te stellen en anderzijds om de vragen volgens de regels te beantwoorden (en zich te onthouden van sturing en meningen). De mogelijke beperkingen van uw professionele autonomie of de dilemma's waarvoor u zich gesteld ziet, zult u of moeten accepteren of bespreken met de patiënt.

In de meeste gevallen kunt u hiermee toch een goede bijdrage leveren aan de kwaliteit van het 'verzuimproces'. Onderliggend uitgangspunt in de code is immers dat, door het kennen en respecteren van elkaars expertise, het vertrouwen in elkaar zal toenemen en het makkelijker is het oordeel aan de ander over te laten. Pas dan zal een gevoel van samenwerking ontstaan dat meer inhoudt dan het louter aanleveren van informatie. Dan wordt het ook vanzelfsprekender om de brief te beantwoorden, of eventueel – met toestemming van de patiënt – contact te zoeken met de beoordelend arts en samen te zoeken naar een geschikte oplossing.

Geen eenduidig antwoord

Uit het voorgaande blijkt dat er geen eenduidig antwoord is op de vraag of u zich moet beperken tot onvolledige informatie omdat dit nu eenmaal wordt gevraagd, of dat u zich actief tot de patiënt moet richten om het hele beeld boven tafel te krijgen. Dit is een afweging die u zelf moet maken, en waarbij morele overwegingen als 'waarmee help ik de patiënt het beste' een rol kunnen spelen. Maar de brief onbeantwoord laten, dat liever niet. 



De literatuurlijst en de code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie' vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook eerdere MC-artikelen over dit onderwerp.

Referenties

1. Nauta AP. Een vertrouwens-
kwestie? Over het samen-
werken van huisartsen en
bedrijfsartsen. Proefschrift
Open Universiteit, 2005.
2. Code gegevensverkeer en
samenwerking bij arbeidsver-
zuim en re-integratie, KNMG
2007.
3. Brochure moreel beraad,
NVAB, 2003.