

KNMG-visiedocument

Zorg die werkt

Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden

Vastgesteld door het

Federatiebestuur van de KNMG

Utrecht, 30 maart 2017

Inhoud

Samenvatting.....	5
1 Inleiding en opzet rapport.....	9
1.1 Inleiding.....	9
1.2 Doel en ambitie	11
1.3 Afbakening.....	13
2 Participatie, gezondheid en zorg	14
2.1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving	14
2.2 Definitie van gezondheid.....	16
2.3 Arbeid, ziekte, verzuim en arbeidsongeschiktheid	17
3 Achtergrond.....	21
3.1 Historisch en wetgevingsperspectief	21
3.1.1 De relatie arbeid – gezondheid – wetgeving.....	21
3.1.2 De nieuwe Arbeidsomstandighedenwet 2017... ..	22
3.1.3 De relatie arbeid – gezondheidszorg.....	22
3.1.4 De relatie arbeid – sociale zekerheid	23
3.1.5 De KNMG en de relatie arbeid – gezondheid(szorg).....	24
3.2 Internationaal perspectief.....	26
3.2.1 Nederland buitenbeentje	26
3.2.2 Blind spot terugdringen door Connecting Health and Labour	27
3.3 Overzicht knelpunten in nationale rapporten.....	29
4 Huidige arbeidsgerichte medische zorg nader verkend.....	36
4.1 Bijdrage artsen arbeidsgerichte zorg	36
4.1.1 Formuleren medische probleemanalyse.....	36
4.1.2 Vaststellen arbeidsongeschiktheid.....	36
4.1.3 Behandelen, begeleiden en beoordelen	37
4.2 Spanningsvelden in arbeidsgerichte medische zorg	37
4.2.1 Scheiding van behandeling en controle	38
4.2.2 Samenloop begeleiden en beoordelen (bedrijfsarts-verzekeringsarts).....	40
4.2.3 Twee ‘heren’ dienen.....	41
4.2.4 In wiens belang respectievelijk opdracht.....	43
5 Arbeidsgerichte medische zorg: een nieuwe inrichting.....	45
5.1 Gezamenlijke uitgangspunten voor álle artsen.....	45

5.2	Uitwerking I: meer aandacht en betere toegankelijkheid en samenwerking arbeidsgerichte medische zorg	46
5.2.1	Meer aandacht voor arbeid in de huisartsgeneeskundige en medisch-specialistische zorg	46
5.2.2	Arbeidsgerichte medische zorg toegankelijk voor alle werkenden door introductie arbeidsarts	47
5.2.3	Betere samenwerking binnen de arbeidsgerichte medische zorg	48
5.3	Uitwerking II: taken, toegankelijkheid, samenwerking en locatie arbeidsarts	49
5.3.1	Taken	49
5.3.2	Toegankelijk voor alle werkenden	50
5.3.3	Samenwerking	50
5.3.4	Locaties	50
5.4	Uitwerking III: informatie-uitwisseling, dossier, deskundigenoordeel, beoordelingstermijnen	50
5.4.1	Informatie-uitwisseling	51
5.4.2	Continu arbeidsgeneeskundig dossier	51
5.4.3	Onafhankelijk deskundigenoordeel	52
5.4.4	Flexibilisering beoordelingstermijnen	52
5.5	Uitwerking IV: prominente plaats voor collectieve arbeidsgerichte medische zorg ..	53
5.6	Uitwerking V: beschikbaarheid arbeidsgerichte medische zorg tijdens leven	54
5.6.1	Arbeidsgerichte medisch zorg voor scholieren/studenten/stagiaires	54
5.6.2	Arbeidsgerichte medische zorg tijdens het werklevens	55
5.6.3	Arbeidsgerichte medische zorg tijdens pensioengerechtigde leeftijd	58
6	Vormgeven van de visie in de praktijk: een toekomstscenario	59
6.1	Heroriëntatie van de specialismen	59
6.1.1	Heroriëntatie voor artsen werkend in de curatieve sector	59
6.1.2	Functie arbeidsarts binnen de specialismen arts arbeid en gezondheid	60
6.2	Opleiding en academisering	61
6.3	Toezicht op handelen artsen arbeid en gezondheid	62
6.4	Financiering	62
7.	Epiloog	64
7.1	Oplossingsrichtingen en handvatten	64
7.2	Enkele kanttekeningen	66
7.3	Invoering onlosmakelijk verbonden met experimenten en evaluaties	66
	Bijlage 1 Samenstelling commissie/deelnemers rondetafelgesprekken	68

Bijlage 2 Verklarende woordenlijst en afkortingen.....	69
Bijlage 3 Geraadpleegde literatuur	73
Bijlage 4 Geraadpleegde deskundigen/organisaties	78

Samenvatting

Aanleiding

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) is samen met andere federatiepartners binnen de KNMG een visie op de toekomst van de arbeidsgerichte medische zorg ontwikkeld. De ontwikkeling van deze visie liep deels gelijktijdig met de discussies in de Sociaal-Economische Raad (SER) over een visie voor de middellange termijn. Naar aanleiding van het SER-advies 'Betere zorg voor werkenden' van september 2014 heeft het kabinet de beroepsverenigingen uitgenodigd om met ideeën te komen voor een goede samenwerking tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. In het voorliggende visiedocument 'Zorg die werkt' wordt hierop nader ingegaan en worden voorstellen gedaan voor een nieuwe inrichting van de arbeidsgerichte medische zorg. Het is overigens van belang om te realiseren dat de arbeidsgerichte medische zorg nu ook vaak goed gaat en dat de knelpunten en spanningsvelden er lang niet altijd en overal zijn.

Werkwijze visieontwikkeling

Deze visie is tot stand gekomen in acht rondetafelgesprekken, waaraan naast de al genoemde NVAB en NVVG, ook de Federatie Medische Specialisten, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) en de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) meewerkten. De projectleiding en -ondersteuning werden verzorgd door de KNMG, onder verantwoordelijkheid van een onafhankelijk voorzitter. Op basis van literatuur en diverse rapporten over de ontwikkelingen in de arbeidsgerichte medische zorg werden de discussies in de rondetafelbesprekingen gevoerd. Uiteraard brachten alle deelnemers ook hun eigen kennis en expertise in. Na vier bijeenkomsten is een eerste conceptvisie aan een aantal experts buiten de federatie KNMG voorgelegd om de ontwikkelde denkrichting nader te toetsen.

Ontwikkelingen in de samenleving

Bij het opstellen van deze visie op arbeidsgerichte medische zorg is rekening gehouden met een aantal belangrijke ontwikkelingen in de maatschappij. Allereerst treedt er een verschuiving op van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Voorts wordt van werkenden verwacht dat zij langer doorwerken: de pensioengerechtigde leeftijd zal de komende jaren verder stijgen. Mede door deze ontwikkeling is er een stijging van het aantal chronisch zieken in de beroepsbevolking. Tot slot is er de laatste jaren sprake van een forse stijging van het aantal zzp'ers. Deze laatste ontwikkeling is van belang, omdat zzp'ers in het huidige stelsel geen wettelijk geregelde toegang tot de bedrijfsgezondheidszorg hebben als zij niet zelf een verzekering hebben afgesloten.

Participatie centraal

In 2009 hebben Huber et al. een nieuwe definitie van gezondheid geïntroduceerd: het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de

fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Deze definitie van gezondheid is als uitgangspunt genomen voor het ontwikkelen van deze visie. De geneeskunde kan vanuit dit gedachtegoed bijdragen aan de maatschappelijke participatie van burgers – in dit document vooral gericht op arbeid – waarbij de gezondheidstoestand van de werkenden wordt benaderd vanuit het biopsychosociale ICF-model, de *International Classification of Functioning, Disability and Health*.

Context

De besprekingen zijn gevoerd met inachtneming van de historische ontwikkelingen en de wetgeving op het terrein van arbeid en gezondheid. Daarnaast is getracht vanuit internationaal perspectief inzichten te voeden. Knelpunten en spanningsvelden zijn in kaart gebracht.

Uitgangspunten

In de KNMG-visie 'Zorg die werkt' zijn een aantal uitgangspunten geformuleerd, die op de volle breedte van de arbeidsgerichte medische zorg van toepassing zijn:

- Gezondheid van de werkende staat altijd voorop.
- Gerichtheid op participatie
- Specialismen moeten elkaars competenties kennen.
- Arbeidsgerichte medische zorg is een integraal onderdeel van de zorg.
- Artsen zijn alert op arbeid als determinant van gezondheid.
- Artsen voorkómen medicalisering; ze geven passende arbeidsgerichte zorg.
- Arbeidsgerichte medische zorg is toegankelijk voor álle werkenden.

Deze uitgangspunten vormen de basis voor de verdere uitwerking van de arbeidsgerichte medische zorg, waarbij aan de volgende punten aandacht besteed wordt:

- factor arbeid in de curatieve zorg;
- toegankelijkheid bedrijfsarts;
- samenwerking tussen curatieve zorg en bedrijfsartsen/verzekeringsartsen;
- vertrouwen in de bedrijfsarts/verzekeringsarts;
- aandacht voor preventie;
- gerichtheid op beroepsziekten;
- instroom in opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts.

Tijdens de besprekingen bleken de discussies over deze punten zich vaak toe te spitsen op centrale thema's als: 'In wiens belang wordt arbeidsgerichte medische zorg verleend?', 'Vindt het arts-patiëntcontact plaats op basis van vrijwilligheid?' en 'Wie heeft de regie over de informatie-uitwisseling?'.

Vernieuwing

Het is een mijlpaal dat alle artsorganisaties binnen de KNMG overeenstemming hebben bereikt over de uitgangspunten voor, en de aanpak van verbeteringen in de arbeidsgerichte medische zorg. De belangrijkste vernieuwingen die in dit visiedocument worden geïntroduceerd, zijn de volgende voorstellen:

- Er dient nog meer aandacht te komen voor de factor arbeid in de huisartsgeneeskunde en de medisch-specialistische zorg.
- De arbeidsgerichte medische zorg wordt toegankelijk voor álle werkenden, dus ook voor zzp'ers en werknemers die nu geen toegang hebben tot een bedrijfsarts. Dit gebeurt onder meer door de introductie van een nieuwe functie, de arbeidsarts, gepositioneerd in de eerstelijnsgezondheidszorg, die voor alle werkenden zonder bedrijfsarts toegankelijk is. Binnen de twee specialismen van arbeid en gezond komt de functie arbeidsarts beschikbaar. Deze kan zowel door een bedrijfsarts als door een verzekeringsarts worden vervuld.
- Er komt een betere samenwerking tussen de specialisten arbeid en gezondheid onderling, en tussen hen en de curatieve sector.
- De arbeidsgerichte medische zorg die de huisartsen, medisch specialisten, arbeidsartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen leveren, is georiënteerd op participatie. Participatie wordt enerzijds bevorderd door de werkende te versterken in zijn vermogen om regie te voeren en te functioneren, en anderzijds door de (werk)omgeving zo aan te passen dat de werkende zo goed mogelijk in staat gesteld wordt om te participeren. De werkende voert hierbij (zo mogelijk) zelf regie over de informatie-uitwisseling.
- De preventie van langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid wordt meer geconcretiseerd. Preventie is essentieel, omdat de re-integratie van mensen die arbeidsongeschikt zijn uitermate complex is.

Uitwerking

Om deze vernieuwing daadwerkelijk te kunnen implementeren, zal arbeidsgerichte medische zorg een integraal onderdeel van de basisopleiding geneeskunde, van de huisartsenopleiding en van de medisch specialistische opleidingen moeten worden. De opleiding arbeid en gezondheid wordt uitgebreid met de functie van arbeidsarts, die zowel door de bedrijfsarts als de verzekeringsarts kan worden uitgevoerd.

De vernieuwingen worden ondersteund door voorstellen over betere informatie-uitwisseling, flexibilisering van beoordelingstermijnen en dergelijke. De arbeidsarts die in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt gesitueerd, valt binnen de financiering van de Zorgverzekeringswet. Om de opleidingen en het onderzoek te verstevigen, is het nodig dat ook binnen de UMC's de aandacht voor arbeid in de gezondheidszorg wordt verstevigd, door leerstoelen en academische werkplaatsen te introduceren op het terrein van arbeid en gezondheid.

Deze integrale aanpak binnen de arbeidsgerichte medische zorg vraagt ook om aanpassingen in het toezicht (door de Inspectie SZW en de Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Experimenten en onderzoek

De KNMG erkent dat de beschreven uitwerkingen zeer complex zijn. Ze lijken noodzakelijke voorwaarden om de arbeidsgerichte medische zorg conform deze visie vorm te geven. Echter, tegelijkertijd zijn aanpassingen in de opleidingen, de positionering van de arbeidsarts en de financiering dermate ingrijpende veranderingen dat nieuwe knelpunten kunnen ontstaan. De KNMG acht het derhalve van essentieel belang dat, voordat tot implementatie wordt

overgegaan, experimenten en proeftuinen worden opgezet, voorzien van wetenschappelijke evaluaties, om te onderzoeken wat de effecten en neveneffecten van deze maatregelen zijn, en hoe de zorg het best vormgegeven kan worden om de in dit document beschreven visie te realiseren. Het zal hierbij vooral gaan om de werkverhoudingen tussen de arbeidsarts enerzijds en de huisarts of medisch specialist anderzijds, alsook om de positie van de werkende in dit geheel. Daarnaast kan gedacht worden aan nieuwe scenario's voor overleg tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Dit visiedocument kan hiervoor als basis dienen.

1 Inleiding en opzet rapport

1.1 Inleiding

De arbeidsmarkt is voortdurend aan veranderingen onderhevig. In de afgelopen decennia hebben zich vele veranderingen voorgedaan in wetgeving over sociale zekerheid, arbeidsomstandigheden en arbodienstverlening, vooral als reactie op de hoge ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidspercentages in de jaren 70 en 80. Deze veranderingen hebben ertoe geleid dat steeds meer ouderen en chronisch zieken aan het werk blijven, maar hadden ook hun weerslag op de wijze waarop de zorg voor (potentieel) werkenden georganiseerd wordt. Daarom hebben de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) in het najaar van 2013 bij het federatiebestuur van de KNMG gezamenlijk een voorstel ingediend voor het ontwikkelen van een KNMG-visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Zij pleitten voor een KNMG-brede visie, omdat arbeidsgerelateerde zorg een verantwoordelijkheid is van alle artsen. Immers, uit veel onderzoek blijkt dat werkenden met gezondheidsproblemen niet alleen met bedrijfsartsen en verzekeringsartsen te maken krijgen, maar juist voor hun behandeling vaak eerst contact opnemen met hun huisarts of specialist. Uit onderzoek blijkt echter ook, dat behandelend artsen vaak geen oog hebben voor de relatie gezondheid en arbeid. Het terugdringen van deze ‘blinde vlek’ en het beter afstemmen en waar nodig samenwerken tussen sociaal geneeskundigen, huisartsen en medisch specialisten dragen bij aan het debat over het verbeteren van de arbeidsgerelateerde zorg. Dit sluit aan bij de doelen die ook de andere betrokken partijen, zoals werkgevers, werknemers en overheid, in SER-verband nastreven. Het federatiebestuur heeft het bureau van de KNMG de opdracht gegeven om met vertegenwoordigers van de betrokken federatiepartners een visie te ontwikkelen.

De ontwikkeling van deze visie liep deels gelijktijdig met de discussies in de SER over een visie voor de middellange termijn. Op 19 september 2014 heeft de SER zijn advies ‘Betere zorg voor werkenden’¹ uitgebracht. Preventie en werken aan duurzame inzetbaarheid vormen volgens de SER de kern van de arbeidsgerelateerde zorg. Een toekomstig stelsel moet, meer dan nu het geval is, gericht zijn op het voorkomen van gezondheidsproblemen, verzuim en uitval. Niet alleen bij werknemers maar bij alle werkenden. In de opvatting van de SER zijn er in de toekomst drie vormen van arbeidsgerelateerde zorg: interne arbodiensten, (arbo)diensten binnen een sector of regio voor werknemers, en – als er geen andere vorm van arbeidsgerelateerde zorg beschikbaar is – de huisarts/eerstelijnszorg voor de overige werkenden. De sectorale en/of regionale diensten vormen een belangrijk element in het SER-advies.

¹ Sociaal-Economische Raad. Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014.

Vanwege het gebrek aan consensus binnen de SER op sommige uitwerkingpunten, zag het kabinet af van structurele (wets)wijzigingen voor de middellange termijn, maar richtte het zich in zijn reactie² op concrete kortetermijnmaatregelen die de arbeidsgerelateerde dienstverlening in de bedrijfsgezondheidszorg en de reguliere zorg kunnen verbeteren en waarbij de werkgever de regie over het verzuimbeleid behoudt. Het kabinet had daarbij aandacht voor het beschermen van de werknemers en ook voor de positie van werkgevers, door waar mogelijk van maatwerk gebruik te maken. Het kabinet richtte zich op de volgende punten:

- betere arbodienstverlening door meer betrokkenheid van werknemers;
- meer preventie op het werk;
- het vastleggen van een basiscontract voor professionele arbodienstverlening en meer bescherming voor de werknemer;
- betere zorg voor werknemers door goede samenwerking tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.

Het kabinet merkte bij dit laatste punt op dat een goede samenwerking essentieel is en stimuleerde de partijen om deze samenwerking vorm te geven. Het kabinet koos ervoor om de verbetering van de samenwerking niet van bovenaf op te leggen, maar nodigde de betreffende beroepsverenigingen uit om met eigen ideeën te komen. Deze dienen gericht te zijn op het vaststellen van werkwijzen voor de samenwerking tussen bedrijfsarts en reguliere zorg, en op de feitelijke implementatie in de praktijk. Daarop wordt in deze visie nader ingegaan, door voorstellen te doen voor een nieuwe inrichting van arbeidsgerichte zorg, zorg die werkt.

Term arbeidsgerichte medische zorg

Tijdens het eerste rondetafelgesprek met vertegenwoordigers van de federatiepartners is besloten om de term arbeidsgerelateerde zorg te vervangen door arbeidsgerichte medische zorg. De keuze voor deze terminologie wordt nader toegelicht in paragraaf 1.3. In dit visiedocument zal verder gesproken worden over arbeidsgerichte medische zorg, tenzij specifiek wordt verwezen naar, of geciteerd wordt uit documenten waarin de term arbeidsgerelateerde zorg wordt gehanteerd.

² Kamerbrief minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, L.F. Asscher, over Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg, d.d. 28 januari 2015.

1.2 Doel en ambitie

Doel

Arbeidsgerichte medische zorg heeft tot doel om de gezondheid en de participatie van de (potentieel) werkenden te behouden en te verbeteren. Artsenfederatie KNMG wil met dit visiedocument beschrijven op welke wijze intensievere samenwerking tussen sociaal geneeskundigen, huisartsen en medisch specialisten deze arbeidsgerichte medische zorg kan verbeteren. Enerzijds heeft deze verandering tot doel om de mogelijkheden van (potentieel) werkenden te verbeteren om, ondanks ziekten en aandoeningen, naar vermogen te participeren. Anderzijds wordt beoogd om, vooral door een verbeterde samenwerking, de invloed van arbeid op gezondheid beter te signaleren. Door middel van preventie en adequate behandeling kan dit een daling van het aantal ziekten gerelateerd aan werk opleveren. Voor het verbeteren van de arbeidsgerichte medische zorg is het noodzakelijk dat sociaal geneeskundigen, huisartsen en medisch specialisten daadwerkelijk beter gaan samenwerken. In deze visie worden voorstellen gedaan om deze samenwerking in de arbeidsgerichte medische zorg vorm te geven.

Totstandkoming visie: voor en door artsen

Bij het opstellen van deze toekomstvisie is er expliciet voor gekozen om deze met alleen de artsorganisaties te verwoorden. Het veld van de arbeidsgerichte zorg en de problematiek rond verminderde inzetbaarheid zijn vanzelfsprekend veel breder dan het medische domein. Hervormingen in de arbeidsmarkt, waarbij minder ingezet wordt op arbeidsproductiviteit en meer op een arbeidsmarkt waarin iedereen kan participeren, zouden bijvoorbeeld ook kunnen bijdragen aan het verbeteren van arbeidsparticipatie. Gezien de complexiteit van de problematiek is echter bewust gekozen voor deze beperking. Juist de keuze om de visie alleen met artsorganisaties te verwoorden heeft het mogelijk gemaakt dat de medische sector een gezamenlijke visie heeft ontwikkeld. Vanuit deze visie kan en moet vervolgens met de andere sectoren en partijen verder gebouwd worden aan daadwerkelijke verbetering van de arbeidsgerichte zorg.

Voor de ontwikkeling van dit visiedocument zijn acht rondetafelgesprekken georganiseerd, onder leiding van een externe voorzitter. Hiervoor is een commissie ingesteld met vertegenwoordigers vanuit de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten/medisch wetenschappelijke verenigingen en de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV). Het programma van de rondetafelgesprekken is voorbereid door het bureau van de KNMG in samenspraak met de NVAB en NVVG.

Na het vierde rondetafelgesprek is de visie voorgelegd aan een aantal externe deskundigen en vertegenwoordigers van andere partijen (zie bijlage 4). Hun commentaren zijn besproken tijdens de vijfde en zesde rondetafelbespreking en verwerkt waar mogelijk. Na

het achtste rondetafelgesprek is de visie voorgelegd aan alle federatiepartners. Dit heeft geleid tot twee wijzigingsvoorstellen van de NVAB en NVVG, respectievelijk:

1. De arbeidsarts is een functie/deskundigheid voor de bedrijfsarts en verzekeringsarts, maar blijft buiten de indeling van de specialismen binnen arbeid en gezondheid.
2. De arbeidsarts is alleen toegankelijk voor werkenden die geen toegang hebben tot de bedrijfsarts.

Het federatiebestuur van de KNMG heeft het visiedocument, inclusief de voorgestelde wijzigingen, vastgesteld op 30 maart 2017.

Ambities met deze toekomstvisie

Als een (potentieel) werkende met een mogelijk gezondheidsprobleem een arts bezoekt, moet deze arts bereid en in staat zijn om dit probleem te helpen oplossen of moet de arts de (potentieel) werkende door kunnen verwijzen naar de aangewezen medische professional. Hiermee wordt bereikt dat de (potentieel) werkende op de juiste wijze en (indien nodig) op de juiste plaats geholpen wordt, in onderlinge samenwerking. De KNMG beoogt dat medische professionals daarbij alert zijn op arbeid als determinant van gezondheid. Niet alleen bij medische, maar ook bij niet medische vragen betreft de arts nadrukkelijk de context en de mogelijkheden en eventuele beperkingen van de (potentieel) werkende.

Met het opstellen van dit visiedocument draagt de KNMG bij aan het verbeteren van arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden. Er zijn knelpunten en spanningsvelden, maar in de praktijk van alledag gaat er toch ook veel goed. Bovendien zijn er recentelijk binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde maatregelen genomen die bijdragen aan verdere verbetering van de arbeidsgerichte medische zorg, zoals het herzien van het professioneel statuut, het systematisch toegankelijk maken van up-to-date *evidence based* richtlijnen³ en de introductie van de mogelijkheid van een *second opinion*.⁴ Ook is de Zorgmodule Arbeid 1.0⁵ voor de curatieve sector ontwikkeld die een goede basis geeft voor het versterken van de aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg. Om de zorg voor de (potentieel) werkende verder te verbeteren, wordt in deze visie ruim aandacht besteed aan het beter toegankelijk maken van de arbeidsgerichte medische zorg voor alle (potentieel) werkenden en aan het versterken van de aandacht van de curatieve sector voor de factor arbeid bij ziekten en het intensiveren van de samenwerking tussen de curatieve sector en de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

De complexiteit van de problematiek is echter groot, in medisch opzicht, qua organisatie van de zorg alsmede de financiering. De in dit visiedocument gesignaleerde knelpunten kunnen slechts ten dele door de zorgverleners zelf opgelost worden. De KNMG wil daarom met dit visiedocument ook de overheid, de werkgevers- en werknemersorganisaties, de adviesorganen in de zorg, beleidsmakers, uitkeringsinstanties en verzekeraars, patiëntenorganisaties en

³ Verhoeven AC, Hulshof CTJ, van Vliet C, Zwerver F, Wind H, Faas WA, et al. Programma herziening NVAB-richtlijnen en VG-protocollen. NVAB, GAV, NVVG, juni 2015.

⁴ TK 2015/16, 34 375, nr. 2.

⁵ CBO. Zorgmodule Arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. CBO, maart 2014.

zorgaanbieders het onderwerp laten agenderen voor verdergaande implementatie, en – waar nodig – voor verder onderzoek en advies.

Dit betekent dat het visiedocument dan ook geen richtlijn of handhavingskader is voor het verlenen van verantwoorde arbeidsgerichte medische zorg, maar een richting beschrijft waarin deze zorg zich dient te ontwikkelen. Deze visie zal daarmee bijdragen aan het benadrukken van de noodzaak van een ‘betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden’.

1.3 Afbakening

Reikwijdte

De KNMG wil zich sterk maken voor het inzicht dat geneeskunde conform de nieuwe definitie van gezondheid ook dient bij te dragen aan participatie van patiënten in de samenleving. Met het oog op de uitvoerbaarheid van dit rapport is een focus noodzakelijk. Gekozen wordt om in dit visiedocument de bijdrage van de geneeskunde aan arbeidsparticipatie te beschrijven, waarbij participatie zowel betaald als onbetaald werk behelst. Daarbij is het van belang zich te realiseren dat veel punten die in dit document naar voren komen, ook als inspiratiebron gebruikt kunnen worden in de discussies over de bijdrage van de geneeskunde aan participatie in het algemeen.

Deze reikwijdte betekent dat de visie zich nadrukkelijk niet beperkt tot de zorg die door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (specialisten arbeid en gezondheid) wordt verleend. Zowel de doelgroepen als de geneeskundige zorg waarop deze visie zich richt, zijn uitgebreider dan de huidige patiëntenpopulatie van deze specialisten arbeid en gezondheid. De visie omvat ook de bijdrage van de behandelende sector aan arbeidsparticipatie, alsmede de bijdrage van de indicerende artsen die invulling geven aan de Participatiewet bij de gemeenten.

Doelgroepen

Binnen de geformuleerde reikwijdte van deze visie, namelijk de bijdrage van de geneeskunde aan (betaalde en onbetaalde) arbeidsparticipatie, kunnen verschillende doelgroepen onderscheiden worden: werkenden en potentieel werkenden. De eerste groep betreft alle mensen met betaald en onbetaald werk, zonder onderscheid naar type arbeidscontract. De potentieel werkenden zijn degenen die niet werken, maar wel kunnen werken of (waarschijnlijk) in de toekomst in staat zijn om te werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan werkzoekenden, mensen die na behandeling en/of herkeuring weer op zoek zijn naar (al dan niet betaald) werk, maar ook aan scholieren die de arbeidsmarkt zullen gaan betreden.

In dit visiedocument wordt voor de leesbaarheid vanaf nu het woord **werkenden** gebruikt, waarmee zowel de werkenden als de potentieel werkenden worden bedoeld.

Arbeidsgerichte medische zorg

Voor de zorg waarop dit visiedocument betrekking heeft, introduceert de werkgroep het woord arbeidsgerichte medische zorg. De arbeidsgerichte medische zorg is in deze definitie de door of onder verantwoordelijkheid van artsen verleende preventieve, curatieve en begeleidende zorg voor werkenden, waarbij aandacht voor arbeidsparticipatie een essentieel onderdeel is. Deze definitie doet in geen enkel opzicht iets af aan het feit dat ook andere disciplines, zoals gezondheidspsychologen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, arbeidsdeskundigen, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid zorg verlenen. Integendeel. Dit document beperkt zicht echter tot de arbeidsgerichte medische zorg die onder verantwoordelijkheid van artsen wordt geleverd. Het gaat daarbij om zowel curatieve als preventieve medische zorg die gerelateerd is aan arbeid, zowel gericht op het individu als op het collectief. Deze zorg is contextgericht en omvat de beoordeling van arbeidsgeschiktheid en diagnostiek, behandeling en begeleiding van werkenden met (een risico op) ziekten en aandoeningen die de arbeidsparticipatie negatief (kunnen) beïnvloeden.⁶ Dit kunnen zowel door de arbeid zelf veroorzaakte ziekten en aandoeningen zijn, de zogenoemde beroepsziekten/beroepsgebonden aandoeningen, als ziekten en aandoeningen die door andere oorzaken het verrichten van arbeid nu of in de toekomst kunnen bemoeilijken. Belangrijke onderdelen van arbeidsgerichte zorg worden tevens geleverd door arbo- en HR-professionals. Medische zorg wordt deels in samenwerking met deze professionals geleverd. Deze samenwerking is zonder meer relevant, maar valt buiten de scope van dit visiedocument.

2 Participatie, gezondheid en zorg

2.1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving

In de afgelopen twintig jaar hebben zich vele veranderingen voorgedaan in wetgeving over sociale zekerheid, arbeidsomstandigheden en arbodienstverlening, met name geïnitieerd vanwege de hoge verzuim- en arbeidsongeschiktheidspercentages. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Participatiewet⁷ kwam de nadruk duidelijk te liggen op zoveel mogelijk mensen (waaronder mensen met beperkingen) waar mogelijk mee laten doen in de samenleving, met name op het terrein van (eigen) zorg en welzijn, en (zo nodig aangepaste) arbeid. Deze wetten vormen een nieuwe weerslag van de al langere tijd veranderende ideeën over de inrichting van de maatschappij: de verzorgingsstaat die transformeert naar een participatiesamenleving. Al eerder werd dat beoogd met bijvoorbeeld de wijzigingen in de WAO vanaf de jaren 90, met nadruk op wat mensen nog wel in plaats van wat zij niet konden. De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) vormde daar het voorlopige sluitstuk van. Vooral sinds deze transformatie in de troonrede van 17 september 2013 is benoemd, is er gediscussieerd over wat die participatiesamenleving inhoudt. Het begrip ‘participatiesamenleving’ is al veel ouder; zo gebruikte bijvoorbeeld oud-PvdA-leider Wim Kok deze term al in 1991 tijdens een PvdA-congres.⁸ Een duidelijke definitie is er echter

⁶ Zie ook: Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Rapport 2005/10. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.

⁷ Inwerkingtreding: 1 januari 2015.

⁸ NRC, 30 september 1991.

nog steeds niet en zowel over de uitgangspunten als de invulling van de participatiesamenleving lopen de opvattingen uiteen. Wel lijkt er in de politieke en maatschappelijke discussies overeenstemming over te zijn dat de burger, maar ook bijvoorbeeld bedrijven, overheden en sociale instellingen meer verantwoordelijkheid zouden moeten krijgen en nemen om zelf vorm te geven aan de toekomst en positief bij te dragen aan de samenleving.⁹ Volgens deze omschrijving van een participatiesamenleving kan de burger niet meer automatisch vertrouwen op de verzorgingsstaat, maar zal de burger in staat gesteld moeten worden om zelf de regie en verantwoordelijkheid te nemen.¹⁰ Participatie van burgers bij ziekte en arbeidsongeschiktheid lijkt effectief. Zo blijkt bijvoorbeeld dat als zieke werknemers zelf initiatief nemen in hun re-integratietraject, dit de kans op werkherleving vergroot met 140%.¹¹

Echter de KNMG meent dat het kind niet met het badwater moet worden weggegooid. De kwetsbare groepen in de samenleving, waarvoor dankzij de verzorgingsstaat een belangrijk vangnet is opgetuigd, ontberen soms concrete mogelijkheden zoals passend werk of de competenties om zelf regie en verantwoordelijkheid te nemen. Deze kwetsbare groepen dienen goed in het oog gehouden te worden,¹² aangezien juist voor hen de verworvenheden van de verzorgingsstaat van belang zijn. De KNMG is van mening dat kwetsbare groepen (ook te denken valt aan senioren boven 65 jaar) extra aandacht en ondersteuning nodig hebben om, voor zover dat passend en mogelijk is, in staat gesteld te worden om zelf (zoveel mogelijk) regie en verantwoordelijkheid te nemen/houden. Voor de meeste individuen zal (arbeids)participatie positief bijdragen aan hun gezondheid en welzijn. De KNMG ziet het als taak voor artsen om daaraan bij te dragen, maar benadrukt ook dat individuen die hiertoe niet in staat zijn, de zorg en aandacht moeten blijven krijgen die zij nodig hebben.

De KNMG heeft als doel de kwaliteit van de geneeskunde en de volksgezondheid in Nederland te bevorderen en heeft daarbij geformuleerd dat het waarborgen en verbeteren van maatschappelijke en arbeidsparticipatie toenemend van belang zal zijn.¹³ De mate van gezondheid heeft invloed op de wijze waarop mensen in staat zijn om te participeren in de samenleving. Het belang van gezondheidszorg voor deelname in de samenleving is in 1991 reeds door de commissie-Dunning¹⁴ gedefinieerd. Het eerste criterium 'noodzakelijke zorg' in de zogenoemde trechter van Dunning was 'zorg die noodzakelijk is om deelname aan de samenleving mogelijk te maken'. Ook is de laatste jaren uit onderzoek steeds duidelijker

⁹ Wiebusch M, Moulijn M. Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving? Een zoektocht naar een andere rolverdeling tussen overheid, burgers, zorg- en welzijnsinstellingen. Literatuurstudie ten behoeve van de Wmo-battle die op 27 juni 2013 georganiseerd is door Stichting Arcon.

¹⁰ WRR. De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden. WRR-rapport 76, WRR. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006.

¹¹ Van Gestel, N, Vossen E, Oomens S, Hollanders D. Toekomst van de sociale zekerheid. Over provisie, preventie en participatie. Den Haag: Boom Lemma uitgevers, 2013.

¹² Viergever R. Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg? TSG 2013; 91(6): 347-357.

¹³ Missie en strategische beleidshoofdlijnen KNMG 2011-2014.

¹⁴ Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (commissie-Dunning). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.

gebleken hoe belangrijk het verwerven, hebben en behouden van werk is als randvoorwaarde voor gezondheid en welzijn.^{15,16}

2.2 Definitie van gezondheid

Tot enkele jaren geleden was de (nog steeds geldende) definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (1948) leidend in discussies over gezondheid. Deze definitie omschrijft gezondheid statisch als een 'toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek'.¹⁷ Deze definitie is opgesteld in een tijd waarin er veel infectieziekten waren, waarin de antibiotica nog maar kort gebruikt werden en waarin werd gehoopt dat ziekten genezen konden worden. In het huidige tijdsgewricht is er in het algemeen sprake van een toenemende levensverwachting, maar ook van het dalen van de leeftijd waarop de eerste chronische aandoening zich aandient. Vrouwen krijgen hun eerste chronische ziekte gemiddeld op de leeftijd van 42 jaar en mannen op de leeftijd van 48 jaar.¹⁸ Een mogelijke verklaring voor dit fenomeen van de toenemende levensverwachting gecombineerd met een daling in het verwachte aantal levensjaren zonder chronische ziekten, is dat chronische ziekten vroeger worden gediagnosticeerd. Wanneer vastgehouden wordt aan de WHO-definitie van gezondheid zou dit ertoe leiden dat mensen die ondanks hun chronische ziekte of handicap niet of maar weinig beperkt worden in hun functioneren en hun participatie, toch niet meer als 'gezond' worden beschouwd. De definitie van gezondheid van de WHO doet daarmee te weinig recht aan chronisch zieken en mensen met een handicap. Zij kunnen zich nog voldoende gezond voelen en goed in staat zijn, of met hulp in staat gesteld worden, om te participeren in de samenleving.

De Gezondheidsraad en ZonMw hielden in 2009 een tweedaagse internationale conferentie in Den Haag, bedoeld om gezondheid dynamisch te definiëren. De nieuwe omschrijving werd in 2011 gepubliceerd in het BMJ: 'Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'¹⁹ Deze definitie ondervindt toenemend steun, nationaal en internationaal. Voor arbeid geldt overigens dat op grond van de arbowetgeving ook juist het werk aangepast moet worden om de werkende in staat te blijven stellen om de arbeid te blijven verrichten. Deze twee benaderingen, zowel gericht op het vermogen van de werkende als op het aanpassen van de

¹⁵ Waddel G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: TSO, 2006.

¹⁶ Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population: Working for a healthier tomorrow. London: TSO, 17th March 2008.

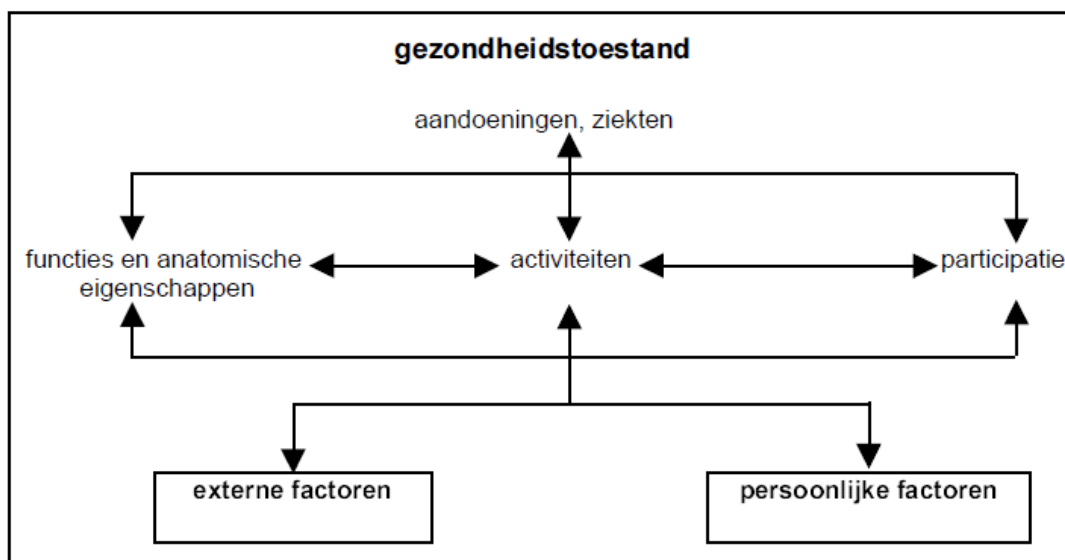
¹⁷ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 juni 1946; ondertekend op 22 juli 1946 door vertegenwoordigers van 61 lidstaten (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) en in werking getreden op 7 april 1948.

¹⁸ Bruggink JW. Levensverwachting zonder chronische ziektes. Bevolkingstrends 1e kwartaal 2011. Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011. Het gaat hierbij om ziekten als astma, chronische bronchitis, hartafwijking, beroerte, hoge bloeddruk, maag-darmstoornissen, suikerziekte, rugaandoening, reumatische-/gewrichtsaandoeningen, migraine en kanker.

¹⁹ Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ, 2011 Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.

arbeidsomstandigheden, vullen elkaar aan en dragen gezamenlijk bij aan gezondheid en participatie.

Ervan uitgaand dat de geneeskunde tot doel heeft bij te dragen aan gezondheid, zal de geneeskunde volgens deze nieuwe definitie voor de uitdaging staan om bij te dragen aan het versterken van het vermogen van mensen om zich aan te passen en eigen regie te voeren. De geneeskunde kan daarmee bijdragen aan de maatschappelijke participatie van burgers. Om de situatie van maatschappelijke participatie, al dan niet met aandoeningen, te beschrijven, wordt uitgegaan van de *International Classification of Functioning, Disability and Health*, het ICF-model.²⁰



Figuur 1

Het ICF-model is een biopsychosociaal model dat de invloed in kaart brengt van tijdelijke of blijvende gezondheidsproblemen en contextuele factoren op het functioneren van individuen. Het ICF-model belicht niet alleen de oorzaken, maar ook de gevolgen van gezondheidsproblemen en richt zich naast de medische ook op de psychosociale componenten. Daardoor kan blijken dat twee mensen met dezelfde functiestoornis volstrekt andere functioneringsproblemen ondervinden en dus ook een ander behandel- of begeleidingsaanbod nodig hebben.

2.3 Arbeid, ziekte, verzuim en arbeidsongeschiktheid

Veranderende beroepsbevolking

Komende jaren zal de beroepsbevolking krimpen, terwijl het aantal 45- tot 67-jarigen daarin toeneemt. Deze werkenden hebben meer chronische aandoeningen en hogere verzuim- en zorgkosten dan de huidige beroepsbevolking. De maatschappij zal echter een beroep op hen

²⁰ ICF World Health Organization 2001. Nederlandse vertaling: WHO Collaborating Centre for the FIC in the Netherlands. Bilthoven: RIVM, 2002.

blijven doen om langer te werken. De pensioengerechtigde leeftijd is al verhoogd en wordt waarschijnlijk de komende jaren stapsgewijs verder verhoogd. Bovendien zijn de maatstaven voor het in aanmerking komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering stringenter geworden. Dit legt een grotere druk op mensen om te blijven functioneren en participeren in de samenleving.

Het verrichten van betaald werk is een van de manieren om te participeren in de samenleving. Arbowetgeving is gericht op het aanpassen van de arbeidsomstandigheden aan de capaciteiten van de werkenden, zodat mensen kunnen (blijven) participeren in het arbeidsproces. Belangrijk is om zich hierbij te realiseren dat betaald werk weliswaar de hoogste economische waarde weergeeft, maar dat dit niet hoeft te betekenen dat betaald werk ook het hoogste ideaal is of moet zijn voor iedere burger. Het streven naar een zo goed mogelijke gezondheid voor een individu, inclusief het verbeteren van maatschappelijke- en arbeidsparticipatie, is dan ook niet identiek aan het streven naar betaald werk. Het kan immers zo zijn dat iemand beter gedijt in onbetaald werk zoals vrijwilligerswerk, of op een andere wijze participeert in de maatschappij. Onderzoek toont overigens wel aan dat het hebben van betaald werk over het algemeen een positief effect op de gezondheid heeft, tenminste als het werk aansluit bij de kennis/ervaring van iemand en plaatsvindt in een gezonde werkomgeving.²¹

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim over het jaar 2016 bedroeg in Nederland gemiddeld 3,9%.²² Met het stijgen van de leeftijd neemt de duur van het ziekteverzuim toe, maar de gemiddelde meldingsfrequentie loopt niet op. Het ziekteverzuimpercentage neemt toe tot 60 jaar, maar neemt daarna af. Selectie-effecten, waarbij de gezondste mensen op latere leeftijd blijven doorwerken, zouden dit kunnen verklaren.²³ De oorzaken van middellang en langdurig ziekteverzuim (langer dan 3 à 4 weken) verschillen voor mannen en vrouwen. Bij mannen wordt 33,6% van dit verzuim veroorzaakt door klachten van het bewegingsapparaat, 26,5% door psychische klachten en 40,0% door overige klachten. Bij vrouwen veroorzaken klachten van het bewegingsapparaat 23,2% van het verzuim, psychische klachten 41,0% en 35,9% wordt door overige klachten veroorzaakt.²⁴

Arbidsongeschiktheid

Eind 2014 werden 820 duizend arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (uitkeringen in het kader van de WIA, WAO, Wajong en WAZ) verstrekt. Het aantal WAO-uitkeringen nam in 2014 met

²¹ Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and wellbeing? Londen: TSO, 2006.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf. Geraadpleegd op 10 november 2014.

²² <http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=slnl&pa=80072ned&d1=0&d2=0-1,5-6,11-14,18,20-25,27-29,34-35&d3=74,79,84,89,94,99,104,109,114,119&hd=160414-1520&hdr=t,g2&stb=g1>. Geraadpleegd op 6 april 2017.

²³ <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ziekteverzuim-en-arbidsongeschiktheid/hoe-groot-is-het-ziekteverzuim-en-de-arbidsongeschiktheid-in-nederland/>. Geraadpleegd op 18 augustus 2014.

²⁴ Bron: ArboNed 2015, <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekteverzuim/cijfers-context/oorzaken#node-ziekteverzuim-naar-oorzaak-en-geslacht>. Geraadpleegd op 2 maart 2016.

30 duizend af tot 343 duizend. De uitkeringen in het kader van de Wajong en WIA (de regelingen IVA en WGA) namen in 2014 toe met respectievelijk 12 duizend en 23 duizend. Eind juni 2014 werden bijna 210 duizend WIA-uitkeringen verstrekt: 148 duizend WGA-uitkeringen en 61 duizend IVA-uitkeringen.²⁵ Eind 2013 waren psychische aandoeningen de meest gestelde diagnosen bij mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij 49% van alle arbeidsongeschikten (WIA/WAO, WAZ en Wajong) was de hoofddiagnose een psychische aandoening. Bij de WIA en WAO zijn psychische aandoeningen voor een groot deel het gevolg van een reactie op ernstige stress, zoals burn-out. Bij de Wajong gaat het voornamelijk om verstandelijke beperkingen en ontwikkelingsstoornissen.²⁶ Ongeveer een vijfde van het aantal uitkeringen vindt plaats vanwege gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.²⁷

Overzichtstabel onderverdeling populatie in arbeidzame leeftijd²⁸

Deelpopulatie	Omvang	Toegang tot arbeidsgerichte zorg
Werknemers	6.9 miljoen	Ca. 80%
Zzp'ers	1.4 miljoen	Ca. 20% ²⁹
Arbeidsongeschikten	807 duizend	-
Werklozen	590 duizend	-

Beroepsziekten

Een specifieke groep ziekten bij werkenden vormen de beroepsziekten. Een beroepsziekte is een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden. In 2014 zijn 8.513 meldingen van beroepsziekten geregistreerd bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Van deze meldingen kwam 44,2% uit de bouwnijverheid. De beroepsziekte-incidentie wordt (via het Peilstation Intensief Melden) over 2014 geschat op 242 nieuwe gevallen van beroepsziekten per 100.000 werknemers, maar de mate van betrouwbaarheid is gering. De hoogste incidentiecijfers worden gerapporteerd voor psychische aandoeningen (112) en aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat (82), gevolgd door gehooraandoeningen (29), huidaandoeningen (9), luchtwegaandoeningen (6), infectieziekten (5) en neurologische aandoeningen (4).

Hoewel de arbeidsomstandigheden in Nederland relatief goed te noemen zijn, blijft waakzaamheid geboden. Nog steeds zijn er veel beroepsgebonden aandoeningen en doden door arbeidsongevallen, eisen flexibilisering van de arbeidsmarkt en verschuivingen in de privé-werkbalans hun tol en zijn er nieuwe factoren die de gezondheid kunnen bedreigen. Daarbij gaat het niet alleen om het werken met giftige stoffen, zoals oplosmiddelen, of fysiek

²⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2015/16/arbeidsongeschiktheid-en-ziekteverzuim-lichte-afname-arbeidsongeschiktheid>. Geraadpleegd op 13 april 2016.

²⁶ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/oorzaken#node-arbeidsongeschiktheid-naar-oorzaak-en-leeftijd>. Geraadpleegd op 13 april 2016.

²⁷ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-arbeidsongeschiktheid-naar-geslacht>. Geraadpleegd op 13 april 2016.

²⁸ <http://statline.cbs.nl/Statweb>. Geraadpleegd op 22 april 2016, cijfers eind 2015.

²⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/05/een-op-vijf-zzp-ers-verzekerd-tegen-arbeidsongeschiktheid>. Geraadpleegd op 15 juni 2016.

zware arbeid, maar ook om psychische belasting en repeterende bewegingen. Een deel van de ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan ongunstige arbeidsomstandigheden. De ziektelast door arbeidsrisico's bedraagt ruim 5% van de totale ziektelast in Nederland. Daarmee zitten de effecten van ongunstige arbeidsomstandigheden op de ziektelast in dezelfde orde van grootte als milieufactoren (5,7%), overgewicht (5,2%) en weinig lichamelijke activiteit (3,5%).³⁰ Van deze 5% wordt 95% veroorzaakt door beroepsziekten en 5% door bedrijfsongevallen. Het actieve beleid op het voorkomen van ongevallen door onder andere werknemers bij te scholen op het gebied van veiligheidscultuur en het systematisch analyseren van ongevallen om de oorzaken op te sporen, heeft bijgedragen aan een duidelijk dalende trend in het aantal bedrijfsongevallen. De aandacht voor beroepsziekten is echter nog beperkt en blijft hierbij sterk achter.³¹

Kosten arbeidsrelevante aandoeningen

Naar schatting bedragen de kosten van ziekteverzuim in Nederland ruim 5 miljard euro per jaar; hierin zijn de kosten van gezondheidszorg nog niet meegeteld. De kosten van presentisme (werkenden zijn wel aanwezig op het werk, maar door fysieke en/of psychische gezondheidsproblemen minder productief) worden voor werkgevers geschat op 5,5 miljard euro. De totale kosten van uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid bedroegen in Nederland in 2010 11 miljard euro.³² De totale kosten per jaar in Nederland als gevolg van arbeidsrelevante aandoeningen worden geschat op 25,8 miljard euro.³³ De kosten van verzuim, verminderde arbeidsproductiviteit en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen komen ten laste van de werkgever (en via premies voor de WIA/WAO ook deels ten laste van de werknemer). De kosten voor de curatieve gezondheidszorg worden deels betaald door de zorgverzekeraar (en daarmee via de premie indirect door de werkgever en de werknemer) en deels door de werknemer zelf (eigen risico, eigen bijdragen en niet-verzekerde zorg).

³⁰ http://www.eengezondernederland.nl/Heden_en_verleden/Determinanten/Arbeidsomstandigheden. Geraadpleegd op 23 december 2014.

³¹ Zie ook: Houba R. Beroepsziekten in Nederland: een verwaarloosd onderwerp. NVvA, 2015.

³² Van Gestel N, Vossen E, Oomens S, Hollanders D. Toekomst van de sociale zekerheid. Over provisie, preventie en participatie. Den Haag: Boom Lemma uitgevers, 2013.

³³ KPMG-Plexus. Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg. Eindrapport. KPMG-Plexus, februari 2013.

3 Achtergrond

3.1 Historisch en wetgevingsperspectief

3.1.1 De relatie arbeid – gezondheid – wetgeving

Bij de bouw van de piramides is de relatie arbeid-gezondheid al gelegd in de beschrijving van arbeidsongevallen. Bernardino Ramazzini (1633-1714), hoogleraar interne geneeskunde in Modena, wijdde als eerste zijn studenten in in beroepsziekten van bakkers, smeden, et cetera, op basis van zijn studie bij 52 ambachten, *De Morbis Artificum Diatriba*. Hij wordt dan ook beschouwd als vader van de bedrijfsgezondheidszorg, ook al omdat hij de anamnestiche vraag ‘Wat is uw beroep?’ wilde opnemen in de eed van Hippocrates.

In Nederland speelde de relatie arbeid-gezondheid navrant gedurende de industrialisatie, in de tweede helft van de 19^e eeuw: ‘artsen-hygiënisten’ als S. Sarphati, J.P. Heije, L. Heijermans en S. Coronel signaleerden talloze arbeidsgerelateerde aandoeningen door mensonterende arbeidsomstandigheden.³⁴ Dat leidde tot het Kinderwetje van Van Houten (1874) en de eerste parlementaire enquête naar ‘de toestand in fabrieken en werkplaatsen’ (1887).

De druk van de opkomende georganiseerde arbeidersbeweging leidde tot verdere sociale wetgeving, zoals de Ongevallenwet (1901), de Invaliditeitswet (1918) en de Ziektewet (1930).³⁵ Voorlopig sluitstuk vormden de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO, 1967) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW, 1975), vanaf de jaren 90 gevolgd door aanpassingen en inperkingen van rechten (Besluit ziekte en arbeidsongeschiktheid onderwijs- en onderzoekpersoneel (BZA), Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (WULBZ), et cetera).

Preventieve wetgeving inzake arbeid-gezondheid begon bij de Arbeidswet (1889) met grenzen aan vrouwen- en kinderarbeid, de oprichting van de Arbeidsinspectie (1890), de Veiligheidswet (1895), en culmineerde uiteindelijk in de Arbowet (1985).

Beide lijnen, ‘preventief’ en ‘curatief’ in de vorm van inkomensvervanging bij ziekte of gebrek, kwamen bijeen in het wetskoppel Wet terugdringing ziekteverzuim (TZ) en Arbowet (1994), in het bijzonder in artikel 4a van de Arbowet. Volgens dit artikel moeten werkgevers een preventief ziekteverzuimbeleid voeren, met oog voor arbeidsomstandigheden, waarbij bedrijfsartsen en andere arboprofessionals dienen te worden ingeschakeld. Daarmee werd ook de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) verplicht, het fundament voor primaire preventie voor de gezondheid van werkenden.

³⁴ Zo publiceerde Coronel, mede op basis van het zelf werken in fabrieken, in 1861 zijn studie ‘De gezondheidsleer. toegepast op de fabrieksnijverheid’.

³⁵ De Ziektewet was al ingediend in 1899, werd aangenomen in 1913, maar pas ingevoerd in 1930.

3.1.2 De nieuwe Arbeidsomstandighedenwet 2017

Na een opmaat met onder meer enkele SER-adviezen is er een 'nieuwe' Arbeidsomstandighedenwet³⁶ gekomen, met als ingangsdatum 1 juli 2017. In eerdere wijzigingen van de Arbowet in de afgelopen twintig jaar zijn een aantal versoepelingen opgenomen; zo werd onder meer de vrije toegang tot de bedrijfsarts afgeschaft. Werkgevers zijn geleidelijk hun aandacht steeds meer op ziekteverzuim en minder op preventie en arbeidsomstandigheden gaan richten. Naast de versoepeling van de arbowetgeving is er ook de, overigens succesvolle, introductie van de Wet verbetering poortwachter (2001).³⁷

Met de vernieuwde Arbeidsomstandighedenwet komt er weer meer aandacht voor preventie. Ook versterkt deze wet de betrokkenheid van werkgevers en werknemers, de rol van de preventiemedewerker én verbetert hij de randvoorwaarden van het handelen van de bedrijfsarts. Daarbij komt er meer aandacht voor preventie, beroepsziekten en arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten.

Vanuit het werkveld wordt positief gereageerd op de nieuwe wet, maar een kritiekpunt blijft dat er in het huidige wetsvoorstel nog steeds veel ruimte zit voor werkgevers voor een eigen interpretatie, waarbij het risico bestaat dat de zorg in de praktijk nog steeds onvoldoende toereikend zal zijn.³⁸

De verbetering van de randvoorwaarden voor het handelen van de bedrijfsarts is vanuit het oogpunt van de arbeidsgerichte medische zorg de belangrijkste verandering. Ten tijde van het schrijven van dit rapport moesten een aantal vernieuwingen nog uitgewerkt worden. Met betrekking tot het functioneren van de arbeidsgerichte medische zorg zijn belangrijke elementen:

- *Open spreekuur*: iedere medewerker heeft het recht een bedrijfsarts te bezoeken over gezondheidsklachten in relatie tot haar of zijn werk, ook als er nog geen sprake is van ziekteverzuim.
- *Vrije toegang werkvloer*: de bedrijfsarts krijgt vrije toegang tot de werkplek.
- *Second opinion*: een medewerker heeft recht op een second opinion van een andere bedrijfsarts.
- *Basiscontract*: de minimale voorwaarden voor arbodienstverlening zijn wettelijk geborgd.
- *Beroepsziekten*: het aanpakken en voorkomen van beroepsziekten krijgt een extra stimulans, door de bedrijfsarts adviezen te laten geven over het preventiebeleid.

3.1.3 De relatie arbeid – gezondheidszorg

Specifieke arbeidsgerichte gezondheidszorg ontstond pas in 1929, toen bij Philips in Eindhoven de eerste bedrijfsarts werd aangesteld. Andere grote industrieën volgden, vooral na 1945. Deze bedrijfsgeneeskundige diensten (BGD'en) werden aanvankelijk vooral gekoppeld aan bedrijven, later ook aan regionale diensten. Ze werden meestal opgericht door plaatselijke

³⁶ Staatsblad 2017, 22 Wet van 25 januari 2017, houdende wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet in verband met de versterking van de betrokkenheid van de werkgevers en werknemers bij de arbodienstverlening, de preventie in het bedrijf of de inrichting van de werkgever en de randvoorwaarden voor het handelen van de bedrijfsarts, en enige andere wijzigingen.

³⁷ Wet verbetering poortwachter. Eerste Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 27 678, nr. 341.

³⁸ NVAB. Visie NVAB inzake voorstel tot wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet, 4 februari 2016.

werkgevers, werden bestuurd door werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers en er gold een verbod op winst maken. Deze paritaire regionale bestuursvorm duurde tot 1994 (TZ/Arbo).³⁹

Aansluiting bij een BGD was alleen verplicht bij bedrijven met meer dan 500 werknemers en bij risicovolle bedrijven. Mede daardoor bleef de dekkingsgraad steken op circa een derde deel van de werknemers. Pas met TZ/Arbo werd aansluiting verplicht voor bedrijven met meer dan één werknemer – mede op aandrang van de werkgevers. Daardoor steeg genoemde dekkingsgraad tot tegen de 100%. In de liberaliseringsjaren, begin 21^e eeuw, werd daarop weer afgedongen (2005), opnieuw op aandrang van de werkgevers, waardoor de dekkingsgraad terugliep tot onder de 80%.

Hoewel vrijwel alle werkenden, verzuimenden en arbeidsongeschikten met gezondheidsproblemen, zich wendden tot de curatieve gezondheidszorg, en vaak onder behandeling waren, bleef ‘werk’ daar veelal onbesproken. Volgens sommigen wordt dit veroorzaakt door de strikte scheiding tussen ‘behandeling en controle’ (waarbij met controle in feite een beoordeling wordt bedoeld; zie voor nadere uitleg over dit begrip 4.2.1 en 4.2.2). Buitenlands onderzoek toont echter dat er in de curatieve gezondheidszorg eveneens een aanzienlijke *blind spot for work* is, al schrijven huisartsen elders de ‘ziekenbriefjes’ (zie verder 3.2.2).

Ook bleek uit eerder onderzoek dat er in de curatieve gezondheidszorg – hoewel gericht op voorspoedige genezing – toch talrijke factoren waren die terugkeer naar werk belemmerden, zoals onnodig lange wachtlijsten en -tijden, alleen toegankelijk zijn gedurende ‘kantooruren’ en medicaliseringsgevaar. Deze factoren werden versterkt door gebrekkige communicatie met bedrijfs- en verzekeringsartsen en de bovengenoemde beperkte kennis van en aandacht voor de relatie arbeid-gezondheid.

3.1.4 De relatie arbeid – sociale zekerheid

Door de scheiding behandeling-controle (zie verder 4.2.1) ontstond een omvangrijke verzekeringsgeneeskundige sector voor de uitvoering van eerder geschetste sociale wetten. Bedrijfsverenigingen, paritair bestuurd en veelal gekoppeld aan bedrijfstakken, opereerden zelfstandig of vanuit een Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK), tot 1952 Centraal Beheer. Over deze corporatieve, omvangrijke verzekeringsgeneeskundige sector groeide ontevredenheid bij klanten/bedrijven en de politiek, vooral vanwege (verondersteld) ondoelmatig beheer door sociale partners.⁴⁰ De genadeklap volgde na een negenjarig adviestraject,⁴¹ resulterend in het kabinetsstandpunt Sociaal-medische begeleiding (1992), met enkele verstreckende conclusies:

³⁹ Waarschijnlijk vormden deze bestuursvorm en het verbod op winst samen de reden dat werknemers toen minder wantrouwen hadden in de BGD'en en de daar werkende bedrijfsartsen.

⁴⁰ Zie bijv. het rapport van de commissie-Buurmeijer, 1993.

⁴¹ 1983: indiening adviesaanvraag door de staatssecretarissen Joop van der Reijden (WVC) en Dick Dees (SZW). Deze bevatte drie modellen, waaronder een ‘huisartsenmodel’, gericht op betere afstemming/samenwerking tussen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid betrokken artsen: behandelende (m.n. huisartsen) en sociaal geneeskundigen (bedrijfs- en verzekeringsartsen); 1987: Advies Nationale Raad Volksgezondheid; 1992. Kabinetstandpunt Sociaal-medische begeleiding.

1. De verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim verschuift van bedrijfsverenigingen naar bedrijven, in 1994 vertaald in het 2/6-wekeneigenrisico, dat wil zeggen loondoorbetaling bij ziekte gedurende twee weken voor bedrijven met ≤ 15 werknemers, en zes weken voor grotere bedrijven. In 1996 werd die eigenrisicoperiode 52 weken voor alle bedrijven, en later zelfs 104 weken.⁴²
2. BGD'en worden arbodiensten met vier verplichte deskundigheden: bedrijfsarts, veiligheidsdeskundige, arbeidshygiënist en arbeids- en organisatiedeskundige; het non-profit karakter in de bedrijfsgeneeskunde wordt opgeheven.

Dit kabinetsstandpunt Sociaal-medische begeleiding en zijn uitwerking klinkt tot op heden door in talrijke aanpassingen in de arbo- en sociale wetgeving.⁴³ Zo betekende de uitwerking in TZ/Arbo het einde van de bedrijfsverenigingen. Er volgde een tussenperiode, waarin deze zich moesten voorbereiden op vergaande privatisering, onder andere door de opbouw van aanzienlijke financiële buffers. Die privatisering bleek echter niet uitvoerbaar, onder andere vanwege Europese regelgeving, waarna er uiteindelijk in 2002 gekozen werd voor nationalisatie van de uitvoering via UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen). De opgebouwde financiële buffers waren daarmee overbodig; sociale partners stortten die in een gemeenschappelijke pot.⁴⁴ De verzekeringsartsen, meestal werkzaam bij de GMD (Gemeenschappelijke Medische Dienst, uitvoeringsorgaan voor de WAO en AAW⁴⁵ en ingekwartierd bij het GAK), werden uiteindelijk ondergebracht bij UWV.

3.1.5 De KNMG en de relatie arbeid – gezondheid(szorg)

De KNMG heeft eind 19^e eeuw (toen nog NMG) geijverd voor het instellen van de eerdergenoemde parlementaire enquête naar 'de toestand in fabrieken en werkplaatsen' (1887). Daarnaast heeft de KNMG bij de vrijwel nergens anders bestaande scheiding tussen behandeling en controle een beslissende rol gespeeld. Toen in het begin van de vorige eeuw in veel Europese landen stelsels van sociale zekerheid begonnen vorm te krijgen, ontstond er volop verzet van artsenorganisaties tegen het in één hand leggen van de uitvoering van zowel de loondervingswetten (bijvoorbeeld de Ziektewet) als de verzekering tegen ziektekosten. Deze koppeling zou betekenen dat de behandelend artsen ziekenbriefjes zouden moeten gaan schrijven, en alom heerste de vrees dat dit zou leiden tot problemen vanwege een onwenselijke vermenging van vakinhoudelijke en financiële belangen. Niettemin werd het Duitse *Berufsgenossenschaften* overal in Europa gevolgd, inclusief het moeten tekenen van *sick notes*, *Krankenscheinen* et cetera door behandelend artsen, meestal de huisartsen. Alleen in Nederland was de invloed van de artsen, met name via de NMG, op het parlement overtuigend genoeg om tot scheiding te besluiten van die twee circuits – ziektewetuitkering en ziektekostenverevening. Daarmee was de scheiding tussen behandeling en controle een feit,

⁴² Nergens buiten Nederland heeft zo'n drastische 'afschaffing' van de Ziektewet – in vele landen gezien als hoeksteen van de sociale zekerheid – navolging gekregen.

⁴³ TZ/Arbo, WULBZ, etc.

⁴⁴ Beheerd door Stichting Instituut GAK, die van de rente tot op heden allerlei projecten financiert op het snijvlak van arbeid-gezondheid-sociale zekerheid.

⁴⁵ AAW: uitkeringen voor arbeidsongeschikte zelfstandigen en vroeggehandicapten, voorzieningen voor 'mensen met beperkingen' (later WAZ geheten, opgeheven 2004) en Wajong (sterk beperkt in 2014).

tot op de dag van vandaag een leerstuk dat van grote invloed is op de manier waarop de arbeidsgerichte zorg in ons land is georganiseerd.

Eind jaren 60 formuleerde de KNMG de taken, en daarmee de maatschappelijke verantwoordelijkheid van behandelend artsen op het terrein van arbeid en gezondheid.⁴⁶ Deze zijn na meer dan 45 jaar nog steeds actueel:

- › het betrekken van de factor arbeid bij de behandeling;
- › het bespreken van arbeidsverzuim door ziekte, en herstel daarvan, met de patiënt;
- › coördinatie met de verzekeringsgeneeskundige;⁴⁷
- › het activeren van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt.

Begin jaren 90 zette de KNMG wat nu arbeidsgerichte zorg genoemd wordt weer op de agenda, maar toen vanuit de invalshoek van 'Arts & Arbeidsongeschiktheid'. Onder die titel organiseerde de KNMG een reeks *invitational conferences*. Belangrijke aanleiding was het feit, dat kort daarvoor de NVAB en de NVVG vanuit sociaalgeneeskundig perspectief het gezamenlijke concept 'Eén arts voor Arbeid & Gezondheid' hadden ontwikkeld. De conclusie van de conferenties was dat er binnen de curatieve gezondheidszorg vooral meer aandacht voor arbeid moest komen, ook in de medische opleidingen. Daarnaast werd sterk aangedrongen op betere afstemming tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg, mits die uitgebreid zou worden tot alle werknemers. Door de SER zijn deze twee hoofdknelpunten in de reguliere gezondheidszorg vervolgens stevast opgevoerd in al hun sinds 1998 verschenen adviezen aan de overheid over dit onderwerp.

Ook nadien heeft de KNMG zich nog beziggehouden met of zich uitgesproken over onderwerpen gerelateerd aan arbeid en gezondheid. Relevant om hier te vermelden is dat op 13 februari 2014 de KNMG samen met het NHG, de LHV en de NVAB de 'Consensus verklaring over Werk en Gezondheid'⁴⁸ ondertekende met de volgende passages:

'Vanwege het belang van de relatie tussen werk en gezondheid is het behoud van en terugkeer naar geschikt werk een belangrijke uitkomstmaat voor de behandeling en begeleiding van patiënten in de arbeidzame leeftijd, net als het streven naar functioneel in plaats van (alleen) medisch herstel.

Het is de verantwoordelijkheid van werkgevers om zorg te dragen voor veilige en gezonde werkomstandigheden, bij te dragen aan het bevorderen van gezondheid, discriminatie op basis van gezondheid of handicap te voorkomen en werknemers te ondersteunen bij het behoud van werk of tijdige hervatting van werk. De bedrijfsarts speelt een stimulerende, deskundige en adviserende rol bij het tot stand brengen van veilige en gezonde werkomstandigheden, en ook bij de re-integratie in eigen of aangepast werk. Bij dat laatste is een goede samenwerking met de huisarts onmisbaar.

⁴⁶ KNMG-rapport Commissie Scheiding Behandeling - Controle. MC 1969;24:1217-1228.

⁴⁷ Tijdsbeeld: anno nu zou daar met name ook 'bedrijfsarts' dienen te staan.

⁴⁸ TNO-bijeenkomst 'Zorg voor Werk' ter gelegenheid van het afscheid van Peter Buijs, SER. Den Haag, 13 februari 2014.

De LHV, de NVAB en het NHG – die samen de bedrijfsartsen en de huisartsen in Nederland vertegenwoordigen – en de KNMG verklaren daarom dat zowel bedrijfsartsen als huisartsen in goede samenwerking zullen bijdragen aan het behoud van of terugkeer naar geschikt werk. Zij stemmen als dat nodig is de rollen, inzichten en adviezen op elkaar af.'

3.2 Internationaal perspectief

3.2.1 Nederland buitenbeentje

De relatie arbeid-gezondheid(szorg) speelt vanzelfsprekend ook buiten onze grenzen. Ons land wijkt internationaal sterk af waar het gaat om het schrijven van 'ziekenbriefjes' door behandelend artsen, of om de buitengewoon lange 'eigenrisicoperiode' voor het doorbetalen van loon bij ziekte: twee jaar. Ook wordt niet het overal elders gangbare onderscheid toegepast tussen het *risque social* en het *risque professionnel*. Dat laatste heeft betrekking op het risico dat werknemers gezondheidsschade oplopen door of op het werk, alsook op weg daarnaartoe of op de weg terug – waarbij het vooral gaat om arbeidsongevallen en beroepsziekten waartegen werkgevers zich dienen te verzekeren –, terwijl gezondheidsschade opgelopen buiten het werk onder het *risque social* valt, meestal gefinancierd door de overheid. Die 'sociale schade' levert in de regel een veel lagere uitkering op dan eenzelfde gezondheidsschade, maar dan vallend onder het *risque professionnel*. Bij arbeidsongevallen wordt de gezondheidsschade meestal berekend met het – evenmin in ons land toegepaste – zogeheten *baremale* stelsel: mist men één vingerkootje van de pink, dan geldt dat bijvoorbeeld voor 2% arbeidsongeschiktheid. Gaat het om het laatste kootje van een wijsvinger, dan bedraagt het arbeidsongeschiktheidspercentage 5%, terwijl voor het missen van vijf vingers of van een hele hand bijvoorbeeld 25% geldt, et cetera. Dit tamelijk fundamentele onderscheid, vooral vanwege het vaak aanzienlijke verschil in uitkeringshoogte, wordt toegepast in vrijwel alle landen met een redelijk ontwikkeld stelsel van sociale zekerheid. Dat was aanvankelijk in ons land ook het geval tot aan de invoering van de WAO in 1967. De wetgever vond het belangrijker de aandacht en energie van de uitvoeringsinstanties te richten op wat iemand nog wel kon met zijn handicap of beperking dan op de mogelijke oorzaak: wel of niet door of op het werk. In samenhang daarmee werd er ook een alternatief ontwikkeld voor de *baremale* methode: het arbeidsongeschiktheidspercentage werd voortaan berekend op basis van de grootte van het verschil in verdien capaciteit voor en na het optreden van de ziekte, handicap of gebrek. Hierdoor ontstond overigens wel een nieuwe onrechtvaardigheid: hoe hoger het salaris was, hoe groter de kans was op een loonverschil en dus op een hoog arbeidsongeschiktheidspercentage, en daarmee op een navenante uitkering.

Wat betreft de wetgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden wijkt ons land inhoudelijk veel minder af van het buitenland dan het hierboven beschrevene over de relevante socialezekerheidswetten; of het moest zijn dat elders nogal eens met enige jaloezie gekeken wordt naar onze Arbowet, die als zeer goed wordt gezien, en naar de dekkingsgraad van onze arbozorg, die met circa 80% van de werknemers nog steeds tot de hoogste in de wereld behoort. Toch vallen daar wel kanttekeningen bij te plaatsen, omdat werknemers slechts een gedeelte van de gehele beroepsbevolking vormen en voor een deel van de 80% van de werknemers slechts een verzuimcontract is afgesloten.

In deze paragraaf schetsen we beknopt enkele recente internationale ontwikkelingen, die mogelijk ook voor Nederland van belang zijn.

3.2.2 Blind spot terugdringen door Connecting Health and Labour

Het afgelopen decennium is er internationaal steeds meer aandacht ontstaan voor *Health Care & Work*. Uit een eerste inventariserende studie⁴⁹ in 2005 bleek dat de *blind spot*, de blinde vlek voor werk en voor mogelijk arbeidsgerelateerde aandoeningen binnen de curatieve zorg, geen typisch Nederlands probleem was, terwijl behandelend artsen in andere landen het systeem kennen van 'ziekenbriefjes' schrijven, en zich daarom juist wel met de relatie met het werk zouden moeten bezighouden. Met name in de eerste lijn werd de *blind spot* aangetroffen: '*Often GPs don't recognize work-relatedness of diseases; that can cause more serious health problems, (long) absenteeism and higher costs*'.⁵⁰

Tijdens een EU-expertmeeting over *Unemployment and Ill Health* (Cardiff, 2005) werd vooral de *Primary Health Care* (PHC) gezien als belemmering voor arbeidsparticipatie, zeker in Groot-Brittannië. Dat leidde daar tot een offensief voor een substantiële bijdrage van de (eerstelijns)gezondheidszorg aan een gezondere beroepsbevolking, met als startpunt een rapport van professor Dame Carol Black⁵¹ (2008). De regering nam de aanbevelingen nog hetzelfde jaar over, met huisartsen in een sleutelrol, ondersteund door specifieke bijscholing, een zeer informatieve website en vooral de *from sicknote to fitnote*-aanpak: huisartsen tekenen niet meer routinematig ziekenbriefjes, maar moeten zich verdiepen in het werk van hun patiënten en elektronisch aangeven wat deze (binnenkort weer) wél kunnen. Ook de internationale organisaties van arboprofessionals en van huisartsen, ICOH en Wonca⁵², kregen interesse in dit vraagstuk. In de afgelopen tien jaar werden er regelmatig op deze congressen gezamenlijke sessies door huisartsen en bedrijfsartsen georganiseerd om de zorg voor zieke werkenden beter vorm te geven.

De *strategy on workers' health* van de WHO was jarenlang gericht op wereldwijde uitrol van arbodiensten, maar bereikte daarmee nooit meer dan zo'n 10 à 15% van de *global workforce*. In 2007 is tijdens de zestigste *World Health Assembly* het *Workers' health: global plan of action*⁵³ aangenomen. Het streven naar verbetering van de gezondheid van werkenden richt zich in dit plan op alle werkenden en het plan beoogt een brede maatschappelijke inzet hierop. Iedereen die een rol kan spelen bij het verbeteren en bestendigen van de gezondheid van werkenden, draagt verantwoordelijkheid om daaraan bij te dragen. In 2009 belegde de WHO een eerste *intercountry consultation* (Santiago de Chile, 2009). Daar bepleitten de vertegenwoordigers uit Groot-Brittannië en Nederland om de mogelijkheden en randvoorwaarden van de eerstelijnsgezondheidszorg te onderzoeken om meer aandacht te

⁴⁹ Buijs PC, Weel ANH. Blinde vlek voor arbeid in de gezondheidszorg: buitenlandse remedies voor Nederlands probleem? Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

⁵⁰ Weevers HJ, Van der Beek AJ, Anema JR, Van der Wal G, Van Mechelen W. Work-related disease in general practice: a systematic review. *Fam Pract.* 2005 Apr;22(2):197-204.

⁵¹ Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population: Working for a healthier tomorrow. London: TSO, 17th March 2008.

⁵² ICOH: International Commission on Occupational Health, onder de UN; Wonca: wereldorganisatie van huisartsen.

⁵³ WHA60.26 Workers' health: global plan of action.

besteden aan werk, vooral vanwege zijn veel hogere dekking: zo'n 70 à 80% van de wereldbevolking.

De WHO organiseerde met onder andere de ministeries van VWS en SZW hierover de global conference *Connecting Health and Labour: What Role for Occupational Health in Primary Health Care* (Den Haag, 2011). Drie dagen discussieerden voor het eerst vertegenwoordigers uit zo'n veertig landen, afkomstig uit twee ook internationaal gescheiden werelden: de *primary health care* en de *occupational health care*. Er bleek veel overeenstemming, vastgelegd in *The Hague Statement*,⁵⁴ hetgeen leidde tot een strategiewijziging van de WHO richting *primary health care*, te beginnen met het onderzoeken van de potentie van de eerste lijn wereldwijd om basale aandacht te besteden aan arbeid.

Ook de Europese Commissie raakte geïnteresseerd. Tijdens haar convention *Investing in a social Europe!* (2012) werd expliciet aandacht aan dit thema besteed, zoals in een rapportage aan de ministers van Sociale Zaken: *'Health care professionals need to be trained about social determinants of health (especially work factors) in order to better help people with (chronic) health problems to keep their job – the best way to prevent poverty!'*⁵⁵ en in 2013 organiseerde de Europese Commissie een conferentie over beroepsziekten.⁵⁶ Vermeldenswaardig zijn de *healthy workplaces* die het mogelijk moeten maken dat mensen met chronische aandoeningen én ouderen kunnen blijven werken.⁵⁷

Ten slotte bereikten ICOH en Wonca overeenstemming over een gezamenlijk 'statement en pledge', tijdens Wonca 2014 in Lissabon. De kernregels luiden: *'Wonca and ICOH pledge to work with WHO and ILO to address the gaps in services, research, and policies for the health and safety of workers and to better integrate occupational health in the primary care setting, to the benefit of all workers and their families.'* Kortom: wat in Nederland eindelijk van de grond lijkt te komen en wat nog eens sterk bepleit wordt in dit visiedocument – meer aandacht in de reguliere zorg voor arbeid, met name in de eerste lijn – past zeer goed in een internationale strategie *on workers' health*. Daarom lijkt het passend dit beknopte internationale perspectief te besluiten met de oproep van het WHO Hague Statement: *'... to involve stakeholders such as employers, trade unions, governments, health care professionals, civil society and private sector in the debates about health care reforms and to develop*

⁵⁴ Connecting Health and Labour. Bringing together occupational health and primary care to improve the health of working people. Executive Summary. Global Conference 'Connecting Health and Labour: What Role for Occupational Health in Primary Health Care', The Hague, the Netherlands, 29 November – 1 December 2011. WHO reference number: WHO/HSE/PHE/ES/2012.1, May 2012. http://www.who.int/occupational_health/publications/the-hague-summary-040512-A4web.pdf. Geraadpleegd op 5 februari 2016.

⁵⁵ Convention *Investing in a social Europe!*, Brussel, 5-7 December 2012, m.m.v. Mr. Barroso, President of the European Commission, Mr. Van Rompuy, President of the European Council, and the European Commissioners for Social Affairs & Employment, Lazlo Andor, and for Health, Tonio Borg.

⁵⁶ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=en> en <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=940&furtherEvents=yes>. Geraadpleegd op 3 juni 2016. Zie ook: COMMISSION RECOMMENDATION of 19 September 2003 concerning the European schedule of occupational diseases (notified under document number C(2003) 3297)

⁵⁷ <https://healthy-workplaces.eu>.

national health strategies and plans'.⁵⁸ Dat is waaraan onderhavig KNMG-rapport een bijdrage wil leveren.

3.3 Overzicht knelpunten in nationale rapporten

In de afgelopen jaren zijn diverse rapporten verschenen, waarin knelpunten met betrekking tot de arbeidsgelateerde zorg zijn beschreven.

De onderstaande inventarisatie is tot stand gekomen op basis van de volgende rapporten:

- Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, juni 2011.
- Stelsel voor gezond en veilig werken. SER, december 2012.
- Scenariostudie arbeidsgelateerde zorg. Eindrapport. KPMG-Plexus, februari 2013.
- Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg. SER-advies, september 2014.
- Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies 'Regie aan de poort'. RVZ, oktober 2012.
- Doorwerken en gezondheid. RVZ, april 2015.

Deze rapporten beschrijven niet of amper de rol van de verzekeringsarts, terwijl in de verzekeringsgeneeskunde vergelijkbare knelpunten worden ervaren als in de bedrijfsgezondheidszorg.⁵⁹ De onderstaande inventarisatie is daarom, indien van toepassing, aangevuld met informatie over de verzekeringsartsen. De KNMG geeft in de weergegeven volgorde het belang van de knelpunten aan.

a. Weinig aandacht in de curatieve zorg voor de factor arbeid en voor ziekte en duurzame inzetbaarheid in de arbeidssituatie⁶⁰

De curatieve zorg, in casu medisch specialisten en huisartsen, besteedt weinig aandacht aan het functioneren van de patiënt op de werkvloer en aan participatie. Volgens de RVS (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving) zijn werkenden, werkgevers en ondersteunende professionals vanuit verschillende rollen en competenties verantwoordelijk voor duurzame inzetbaarheid van werkenden. Het is van belang duurzame inzetbaarheid te bewerkstelligen vanuit een levensloopperspectief. Daarbij kan vanuit gezondheidsoogpunt veel gedaan worden om langer in gezondheid doorwerken te stimuleren. De kennis over arbeid en participatie ontbreekt echter nog vaak in de zorg en in de opleidingen. Daarnaast bestaan er andere drempels bij curatief werkende artsen. Ze zijn soms terughoudend om werkgerelateerde problematiek waarvoor zij geen verwijsmogelijkheden kennen als het te complex wordt, boven

⁵⁸ http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/news_who/en/index1.html. Geraadpleegd op 5 februari 2016.

⁵⁹ Hulshof CTJ, Van Vliet C, Wind H, et al. Professionele ontwikkeling arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde. Een preprogrammeringsstudie in opdracht van ZonMw, NVAB, NVVG en GAV, juli 2015.

⁶⁰ Knelpunt vermeld in: Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Regie aan de poort. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, oktober 2012; Stelsel voor gezond en veilig werken. SER, december 2012; Scenariostudie arbeidsgelateerde zorg. Eindrapport. KPMG-Plexus, februari 2013; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014; Doorwerken en gezondheid. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2015.

tafel te krijgen, of vinden het lastig om te gaan werken aan problemen die zij niet kunnen overzien. Dit draagt bij aan vertraging bij het stellen van een adequate (volledige) diagnose, het instellen van de juiste behandeling en een snelle en goede terugkeer naar werk. Arbeid kan immers mede de oorzaak zijn van de klacht, maar omgekeerd kan werken het herstel van de klacht of aandoening ook bevorderen. Dit knelpunt wordt al jarenlang in SER-adviezen vermeld. In 2011 heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) deze lacune verwoord in het kader van het NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde: 'De huisarts heeft dan ook een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen, en dient indien nodig daarbij samen te werken met de bedrijfsarts.' In de toelichting werd daarbij vermeld dat huisartsen in de praktijk deze taak nog onvoldoende blijken te vervullen.⁶¹

b. Onvoldoende toegankelijkheid van de bedrijfsgezondheidszorg⁶²

In het huidige stelsel moet een werkgever voor zijn werknemers in loondienst een contract met een gecertificeerde arbodienst of bedrijfsarts afsluiten voor:

- verzuimbegeleiding;
- advies over de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E);
- uitvoeren van een periodiek arbeidsgesondheidskundig onderzoek (PAGO);
- uitvoeren van aanstellingskeuringen;
- diagnosticeren, behandelen en melden van beroepsziekten;
- samenwerking en overleg met interne deskundigen van de werkgever, waaronder de preventiemedewerker en ondernemingsraad, voor een samenhangend preventiebeleid.

Vanaf 1 juli 2017 wordt daaraan met de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet onder meer toegevoegd.⁶³

- het preventieve spreekuur bij de bedrijfsarts;
- de second-opinionmogelijkheid voor de werknemer bij een andere bedrijfsarts.

De wetgever benadrukt dat vanaf 1 juli 2017 een basiscontract arbodienstverlening door werkgevers moet worden afgesloten, waarin alle bovenvermelde elementen zijn opgenomen.

Een groot deel van de werkenden heeft op dit moment geen toegang tot de bedrijfsgezondheidszorg. Zo heeft 80% van de ruim 1,4 miljoen zzp'ers geen recht op bedrijfsgezondheidszorg; 20% van de zzp'ers heeft via de arbeidsongeschiktheidsverzekering wel toegang tot deze zorg.⁶⁴ Bovendien heeft in het huidige stelsel minder dan 80% van de werknemers toegang tot een bedrijfsarts, doordat niet alle werkgevers een contract met een arbodienst hebben afgesloten of hun werknemers niet informeren over de toegang tot de bedrijfsarts en, als ze dit wel doen, slechts indien er sprake is van (ziekte)verzuim. Het is een

⁶¹ NHG. Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. NHG, 2011, p. 13.

⁶² Knelpunt vermeld in: Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, juni 2011; Stelsel voor gezond en veilig werken. SER, december 2012; Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg. Eindrapport. KPMG-Plexus, februari 2013; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014.

⁶³ TK 2015/16, 34 375, nr. 2

⁶⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/05/een-op-vijf-zzp-ers-verzekerd-tegen-arbeidsongeschiktheid>. Geraadpleegd op 15 juni 2016.

taak van de Inspectie SZW om hier handhavend op te treden. Ook werklozen (begin 2016 waren dit er circa 574.000⁶⁵) en vrijwilligers hebben geen toegang tot de bedrijfsarts. Zelfstandigen kunnen zich in het huidige systeem tegen een hoge premie verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid bij particuliere verzekeraars. In dat geval zullen zij bij ziekte en arbeidsongeschiktheid begeleid en beoordeeld worden door verzekeringsartsen en medisch adviseurs van arbeidsongeschiktheidsverzekeraars. Werklozen worden beoordeeld en begeleid door verzekeringsartsen van UWV, uitzendkrachten door ofwel verzekeringsartsen bij UWV, ofwel bedrijfsartsen indien er sprake is van een private uitvoering. Van de werknemers die wel toegang hebben tot de bedrijfsgezondheidszorg, heeft in het huidige stelsel een deel dat pas bij verzuim. Bij hen voorziet het contract van hun werkgever met de bedrijfsarts of arbodienst niet in de mogelijkheid om al naar de bedrijfsarts te gaan met gezondheidsklachten voordat er sprake is van verzuim, laat staan dat er een actieve inzet is in de vorm van periodiek medisch onderzoek, gestructureerde risico-inventarisatie en -evaluatie, preventieve campagnes in verband met risico's, voorlichting en educatie. Hopelijk zal de aanpassing van de Arbeidsomstandighedenwet hierin per 1 juli 2017 verbetering brengen.

c. Onvoldoende aandacht voor preventie⁶⁶

Preventie kan onderscheiden worden in een collectieve en individuele aanpak, waarbij de collectieve aanpak bestaat uit universele en selectieve preventie en de individuele aanpak uit geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.⁶⁷ Universele preventie is gericht op de algehele bevolking, selectieve preventie op mensen met risicofactoren om te voorkomen dat ze ziek worden, geïndiceerde preventie op het voorkomen dat beginnende klachten verergeren, en zorggerelateerde preventie op het voorkomen dat bestaande aandoeningen leiden tot complicaties, beperkingen en afname van kwaliteit van leven.

Bedrijfsartsen komen onvoldoende toe aan de collectieve vormen van preventie: verreweg de meeste tijd – zo'n 75 tot 80% – besteden ze aan individuele verzuimbegeleiding. De contracten tussen de werkgevers en bedrijfsartsen of arbodiensten bieden vaak onvoldoende ruimte voor de collectieve aanpak van arbeidsrisico's. Voor preventie op het gebied van leefstijl is nog minder ruimte in deze contracten. In de sectorale of branchegerichte organisaties van de bedrijfsgezondheidszorg lijkt er juist wel veel aandacht voor preventie te zijn, bijvoorbeeld allerhande arbohulpmiddelen in de bouw, cabine-ergonomie in de transport- en logistieksector en zelftesten voor het herkennen van risico's in de eigen, vaak wisselende werkomgeving voor uitzendkrachten in de uitzendbranche.⁶⁸ Verder is er een lacune in kennis over de effectiviteit van sommige vormen van preventie. Het voorkomen van blootstelling is een effectieve manier om bepaalde beroepsziekten te vermijden, maar over het effect van bijvoorbeeld leefstijlinterventies op arbeidsparticipatie en over het effect van interventies

⁶⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/07/werkloosheid-en-gerelateerde-uitkeringen-574-duizend-werklozen>. Geraadpleegd op 13 april 2016.

⁶⁶ Knelpunt vermeld in: Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, juni 2011; Stelsel voor gezond en veilig werken. SER december 2012; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014; Doorwerken en gezondheid. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2015.

⁶⁷ Van den Berg M, Schoemaker CG (red.). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007. Bilthoven: RIVM, 2010.

⁶⁸ Capgemini. Sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg. Capgemini, 2014.

specifiek gericht op oudere werkenden zodat zij langer kunnen doorwerken, is minder bekend. Ook kennis over interventies die werkenden kunnen ondersteunen om meer verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen inzetbaarheid, ontbreekt veelal nog.

De Inspectie SZW is belast met het toezicht op de naleving van onder meer de Arbeidsomstandighedenwet. Een van de doelen die met de wijziging van deze wet wordt beoogd, is het stimuleren van werkgevers om hun verantwoordelijkheid voor gezondheid en duurzame inzetbaarheid te nemen. De capaciteit van de inspectie is fors afgenomen en werkgevers die willens en wetens hun verantwoordelijkheid niet nemen, worden nauwelijks geïnspecteerd. Werkenden bij deze bedrijven hebben daardoor geen toegang tot adequate arbeidsgerichte zorg (zie ook knelpunt b). Dit leidt tot een ongelijkheid in de toegang tot zorg en staat daarmee op gespannen voet met een van de fundamentele uitgangspunten van ons zorgstelsel.

d. Onvoldoende samenwerking tussen curatieve zorg en bedrijfsartsen/verzekeringsartsen⁶⁹

De samenwerking en communicatie tussen bedrijfsartsen/verzekeringsartsen en artsen in de curatieve zorg wordt al decennia lang als onvoldoende beschouwd. Daarbij spelen gebrek aan vertrouwen in elkaars professionaliteit, onbekendheid met elkaars werk en deskundigheid, wettelijke kaders en bijbehorende uitvoeringsvoorschriften in de sociale zekerheid, verschillen in geografisch werkterrein, verschillen in werkstijl en tijdgebrek een rol.⁷⁰ Artsen in de curatieve zorg zijn terughoudend in het delen van informatie, omdat ze niet weten wat er precies met die informatie gedaan wordt en uit vrees dat daardoor hun relatie met de patiënt onder druk komt te staan.

Voor bedrijfsartsen/verzekeringsartsen is informatie uit de curatieve sector evenzeer cruciaal als informatie over de werkomstandigheden om de interactie tussen werk en gezondheid vast te kunnen stellen en te optimaliseren. Doordat de bedrijfsgezondheidszorg, de verzekeringsgeneeskundige zorg en de curatieve zorg elk een eigen bekostigingssysteem hebben, zijn er bovendien onvoldoende prikkels tot investeren op de snijvlakken tussen de bedrijfsgezondheidszorg, verzekeringsgeneeskunde en de curatieve zorg, waardoor optimale coördinatie en afstemming achterblijft.

e. Onvoldoende vertrouwen in de bedrijfsarts⁷¹ en de verzekeringsarts

De discussie rondom de positie en onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is al jarenlang gaande. De discussie is verhevigd in aanloop naar het SER-advies over de arbeidsgerelateerde zorg (september 2014). Uiteindelijk heeft de SER in zijn verdeelde advies geconcludeerd dat er geen structurele noodzaak is om de positie van de bedrijfsarts te wijzigen. De onafhankelijkheid van

⁶⁹ Knelpunt vermeld in: Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn, achtergrondstudie bij het RVZ-advies Regie aan de poort. RVZ, oktober 2012; Stelsel voor gezond en veilig werken, SER, december 2012; Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg. Eindrapport. KPMG-Plexus, februari 2013; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014.

⁷⁰ NIVEL. Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorg. NIVEL, 2012.

⁷¹ Knelpunt vermeld in: Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, juni 2011; Stelsel voor gezond en veilig werken, SER, december 2012; Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg. Eindrapport. KPMG-Plexus, februari 2013; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014.

de bedrijfsarts is formeel geborgd in onder andere de Arbeidsomstandighedenwet en het professioneel statuut⁷² van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts wordt echter door de werkgever gefinancierd en heeft tegelijkertijd een ‘poortwachtersrol’ ten opzichte van het ziekteverzuim (de poortwachtersrol is tweeledig: in de eerste plaats is het de bedrijfsarts die bepaalt welke van de overige drie kerndeskundigen binnen de arbodienstverlening wordt ingeschakeld; in de tweede plaats is het de bedrijfsarts die de instroom in de WIA moet remmen). Het ziekteverzuim wordt geheel betaald door de werkgever, die immers het salaris minimaal twee jaar moet doorbetalen. Uit onderzoeken blijkt dat een deel van de werknemers geen vertrouwen heeft in het onafhankelijk oordeel van de bedrijfsarts over bijvoorbeeld hun belastbaarheid. Van de werknemers twijfelt 16% aan de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts.⁷³ Onbekendheid met de bedrijfsarts voedt voor een belangrijk deel dit wantrouwen. Overigens is het gemiddelde rapportcijfer dat werknemers in ditzelfde onderzoek geven aan hun bedrijfsarts een 7,2. Uit ander onderzoek blijkt dat van de mensen met een matige tot ernstige somatische aandoening, de overgrote meerderheid positief oordeelt over de bejegening door en communicatie met de bedrijfsarts.⁷⁴ Bovendien kwam uit een onderzoek naar de inzet van de arbodienst bij re-integratie naar voren dat veruit de meeste werknemers tevreden waren over het consult met de bedrijfsarts.⁷⁵

Een minderheid van de bedrijfsartsen geeft aan dat zijzelf ook regelmatig druk ervaren door de opstelling van de werkgever, de eigen arbodienst of de werknemer. Zo ontvangt 42% van de bedrijfsartsen wel eens en 22% (zeer) vaak verzoeken om informatie die in strijd is met het beroepsgeheim. Bovendien geeft 22% van de bedrijfsartsen aan regelmatig in situaties terecht te komen waarbij ze niet meer geheel onafhankelijk conform de geldende beroeps- of gedragscodes kunnen handelen als gevolg van de opstelling van de eigen werkgever of arbodienst. Toch heeft ook de Raad van State in zijn reactie op het wetsvoorstel van september 2015 geconcludeerd dat niet aannemelijk is gemaakt dat de bedrijfsarts niet altijd onafhankelijk is. Dat de onafhankelijke positie onder druk kan komen te staan als er spanningen zijn tussen de werkgever en een werknemer over ziekteverzuim, is niet onbegrijpelijk; het is inherent aan zijn positie. Het behoort echter tot de professionele vaardigheden om tegen zulke druk bestand te zijn. Volgens de Raad van State is alleen aangetoond dat er – in het spanningsveld waarin de bedrijfsarts moet opereren – soms kritiek is op de onafhankelijkheid van zijn functioneren en dat artsen soms zelf die spanning ook ervaren.⁷⁶

⁷² https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Professioneel%20Statuut%20van%20de%20Bedrijfsarts%20NVAB%202003_0.pdf. Geraadpleegd op 10 februari 2016.

⁷³ Astri. Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, 2011.

⁷⁴ Van den Brink-Muinen, A (2008). Hoe communiceren bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met chronisch zieken en gehandicapten? TBV 16(9): 375-379.

⁷⁵ Post M, Krol B, Groothoff JW. Determinanten van het werknemersoordeel over de inzet van de arbodienst bij re-integratie. TSG, 2006;84(6): 319-323.

⁷⁶ Raad van State. Advies W12.15.0220/III, Kamerstukken II 2015/2016, 34 375, nr. 4.

De verzekeringsartsen werken in een soortgelijk spanningsveld. Hun onafhankelijkheid is ook gewaarborgd in het professioneel statuut.⁷⁷ De verzekeringsarts kiest geen partij en handelt vanuit zijn professionele opdracht. Desondanks twijfelt een deel van de verzekerden aan de onafhankelijkheid van de verzekeringsarts, omdat deze in dienst is of werkt voor de publieke of private verzekeraar.

f. Onvoldoende gericht op beroepsziekten⁷⁸

Arbodiensten en bedrijfsartsen zijn wettelijk verplicht om beroepsziekten te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. In de praktijk blijkt echter dat dit nog lang niet altijd gebeurt. Uit onderzoek dat de Inspectie SZW en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben laten uitvoeren,⁷⁹ bleek dat 46% van de bedrijfsartsen nooit een beroepsziekte meldt. Dit percentage lijkt inmiddels wel te verbeteren. Het opsporen van beroepsziekten begint met het opsporen van risico's. Dit ontbreekt nog bij veel bedrijven. Slechts bij bekende mogelijke blootstelling is er een causaal verband aannemelijk te maken tussen blootstelling en ziekte. Kennis hierover is van belang voor een adequaat preventief beleid binnen een bedrijf en voor gezondheidsbescherming ten aanzien van beroepsrisico's. Slechts 41% van de bedrijfsartsen ziet voldoende mogelijkheden voor het ondernemen van preventieve activiteiten naar aanleiding van een gesignaleerde beroepsziekte. Voor verzekeringsartsen bestaat overigens op dit moment geen verplichting om beroepsziekten te melden.

g. Tekortschietende instroom in opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts^{80, 81}

De instroom in de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts is al jaren te laag. Tussen 2010 en 2014 zijn gemiddeld 14 basisartsen per jaar gestart met de opleiding tot bedrijfsarts; sinds 2015 is er weer een lichte toename (22 in 2015). De schatting is dat 40% van de huidige bedrijfsartsen over 10 jaar met pensioen is (ruim 750 mensen). Dit leidt ertoe dat op tijd voldoende bedrijfsartsen moeten zijn opgeleid om hen te vervangen. Omdat de opleiding 4 jaar duurt, betekent dit dat in de periode 2016-2022 meer bedrijfsartsen zouden moeten worden opgeleid dan nu het geval is.⁸² Bij ongewijzigd beleid gaat het om een noodzakelijke jaarlijkse instroom van circa 121-140 artsen.⁸³ Bovendien zal de vergrijzende beroepsbevolking en daarmee het groeiend aantal werknemers met een langdurige aandoening of chronische ziekte toenemende aandacht en begeleiding vragen van bedrijfsartsen, opdat deze werknemers langer in gezondheid aan het werk kunnen blijven.

⁷⁷ Stuurgroep Professioneel Statuut. Professioneel Statuut Verzekeringsartsen, mei 2006.

⁷⁸ Knelpunt vermeld in: Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts, Astri, juni 2011; Stelsel voor gezond en veilig werken. SER, december 2012; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014.

⁷⁹ Astri. Versterken melding beroepsziekten. Resultaten vragenlijstonderzoek. Astri, 2014.

⁸⁰ Knelpunt vermeld in: Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, juni 2011; Stelsel voor gezond en veilig werken. SER, december 2012; Scenariostudie arbeidsgelateerde zorg. Eindrapport. KPMG - Plexus, februari 2013; Ontwerpadvisie Toekomst arbeidsgelateerde zorg. SER, september 2014; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014.

⁸¹ Van Gastel M. Dreigend tekort aan bedrijfsartsen nader verkend. ABDTopconsult, 2017.

⁸² APE. De instroom van de bedrijfsarts. APE-rapport 1367, oktober 2015.

⁸³ Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4. Sociaal geneeskundigen, oktober 2016.

Ook voor verzekeringsartsen schoot de instroom tekort. Het Capaciteitsorgaan adviseert voor het specialisme verzekeringsgeneeskunde een jaarlijkse instroom van 48-57 artsen.⁸⁴ Nadat er in de jaren 2010, 2011 en 2012 respectievelijk slechts 3, 17 en 22 aio's zijn ingestroomd⁸⁵, is er een toename in 2014 en 2015 door actieve werving vanuit UWV naar 32 respectievelijk 56.⁸⁶

⁸⁴ Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 4. Sociaal Geneeskundigen, nummer 013/10, 2013, Capaciteitsorgaan, oktober 2013, p. 79.

⁸⁵ Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 4. Sociaal Geneeskundigen, nummer 013/10, 2013, Capaciteitsorgaan, oktober 2013, p. 24.

⁸⁶ Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4. Sociaal geneeskundigen, oktober 2016

4 Huidige arbeidsgerichte medische zorg nader verkend

4.1 Bijdrage artsen arbeidsgerichte zorg

Arbeidsgerichte zorg is veel breder dan het medische domein. Dit visiedocument concentreert zich echter op de arbeidsgerichte *medische* zorg, dat wil zeggen arbeidsgerichte zorg waar artsen bij betrokken zijn. Arbeidsgerichte medische zorg betreft primair het beschermen, bewaken en bevorderen van gezondheid van een werkende bij wie een (risico op) ziekte of beperking van invloed kan zijn op de mogelijkheden om te werken. Samenwerking met andere professionals, zoals arbeidsdeskundigen, bedrijfspsychologen, veiligheidsdeskundigen, arbeidshygiënist en verpleegkundigen, is cruciaal om tot een juiste (medische) probleemanalyse, behandeling en begeleiding te komen, waarbij zo mogelijk gestreefd wordt naar verbetering van de participatie en vermindering van ziekten of gezondheidsklachten door werk. Behandeling in het kader van arbeidsgerichte zorg beperkt zich niet tot medische handelingen, maar kan, zowel bij beroepsziekten als bij arbeidsgeschiktheidsproblemen, ook bestaan uit beheersmaatregelen op het werk, scholingsadviezen, paramedische begeleiding, et cetera. Artsen die arbeidsgerichte medische zorg leveren, dragen, elk vanuit hun eigen specialisme, bij aan het herstel en behoud van de gezondheid van de werkende.

4.1.1 Formuleren medische probleemanalyse

Het formuleren van een medische probleemanalyse binnen de arbeidsgerichte zorg is een taak van de arts. Vaak zullen de medische diagnose en een bredere probleemanalyse het vertrekpunt zijn voor verdere (medische en niet-medische) arbeidsgerichte zorg. Bij complexe problematiek blijft betrokkenheid van de arts noodzakelijk. Voor het stellen van deze diagnose en het inzichtelijk krijgen van de aard van de klacht kan de arts uitgaan van het ICF-model (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), waarbij de ondersteuningsbehoefte van de werkende uitgewerkt wordt in het licht van de specifieke context van het individu. Om deze context duidelijk te krijgen, is samenwerken met andere zorgverleners noodzakelijk.

Belangrijke doelen van de arbeidsgerichte medische zorg zijn het verbeteren en bevorderen van de gezondheid van de werkende en daarmee het verbeteren van de mogelijkheden van arbeidsparticipatie. De arts probeert de mogelijkheden om optimaal met ziekte en beperkingen om te gaan te versterken, zowel door de werkende daarbij te ondersteunen, als door de werkomgeving te betrekken en zo nodig aan te passen. De arts levert de zorg in het bewustzijn dat er potentiële conflicten zijn tussen de belangen van de werkende en diens werkgever. Hierbij moet steeds een belangenafweging plaatsvinden.

4.1.2 Vaststellen arbeidsongeschiktheid

Voor het vaststellen van arbeidsongeschiktheid op medische gronden, is het noodzakelijk dat er een logische en consistente samenhang is tussen ziekte, de daaruit voortvloeiende stoornissen, leidend tot belemmeringen in het kunnen uitvoeren van activiteiten en beperkingen in maatschappelijke participatie. De omgeving en de persoon van de patiënt spelen hierbij een cruciale rol. Het vaststellen van deze samenhang conform het ICF-model behoort tot de sociaal-medische expertise van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts.

4.1.3 Behandelen, begeleiden en beoordelen

In 2005 constateerde de Gezondheidsraad⁸⁷ dat beoordeling van arbeidsgeschiktheid, behandeling en begeleiding van ziekteverzuim de elementen van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn, die in Nederland zonder veel onderlinge samenhang worden gepraktiseerd en die grosso modo aan verschillende, in de praktijk gescheiden opererende disciplines zijn toegewezen. Dit gebrek aan samenhang werd al in de jaren 70 gesignaleerd⁸⁸ en wordt inmiddels door de betrokken beroepsgroepen – verzekeringsgeneeskunde, curatieve disciplines en bedrijfsgeneeskunde – steeds meer als probleem ervaren. De Gezondheidsraad concludeerde dat behandeling en begeleiding met elkaar samenhangen. De begeleidend bedrijfsarts of verzekeringsarts kan signaleren dat het herstel stagneert, bijvoorbeeld door werkgebonden factoren die de behandeling en/of re-integratie negatief beïnvloeden, en dat goede behandelingsmogelijkheden gemist dreigen te worden. Omgekeerd kan de curatief werkzame arts merken dat de bedrijfs- of verzekeringsarts zijn therapeutisch beleid doorkruist. Als de curatief werkzame artsen ook nadrukkelijker een focus op maatschappelijk functioneren gaan leggen, zullen hun behandeling en begeleiding en de behandeling door bedrijfsartsen beter op elkaar afgestemd raken.

Bovendien zijn begeleiding en beoordeling met elkaar verweven. De werkgever wordt geacht de regisseur te zijn van de begeleiding bij ziekteverzuim. In de praktijk speelt de bedrijfsarts, als medisch adviseur van zowel werknemer als werkgever, in de begeleiding van zieke werknemers een cruciale rol. Arbeidsgeschiktheidsbeoordeling vormt in die begeleiding een belangrijk element. Voor de groep potentieel werkenden, zoals werklozen, spelen de verzekeringsartsen ook steeds meer een rol bij de begeleiding. Zij streven ernaar de arbeidsparticipatie van deze groep te bevorderen, al dan niet met ondersteuning in de vorm van een (tijdelijke) uitkering. Deze uitkering wordt toegekend op basis van een beoordeling van de functionele mogelijkheden voor werk van de werkende, waardoor hier ook een samenloop is tussen begeleiden en beoordelen.

Concluderend, er vindt op inhoudelijke gronden een steeds sterkere mate van verweving plaats van behandelen, begeleiden en beoordelen, waarbij de inzet moet zijn om steeds beter maatwerk te leveren voor de werkende in de behandeling, begeleiding en beoordeling. Toch blijkt in de praktijk deze samenwerking en samenloop ook vraagstukken te genereren als de belangen van de werkgever en de werkende moeilijk te verenigen zijn of lijken te zijn.

4.2 Spanningsvelden in arbeidsgerichte medische zorg

Uit de analyses in de recente rapporten (zie 3.3) kwam naar voren dat samenwerking in de arbeidsgerichte medische zorg tussen de curatieve sector en de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen nog te wensen overlaat, terwijl juist in de rondetafelgesprekken deze

⁸⁷ Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr. 2005/10.

⁸⁸ Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1984.

samenwerking een centrale rol kreeg bij het herinrichten van de arbeidsgerichte medische zorg. Tijdens de rondetafelgesprekken werden drie spanningsvelden benoemd, die deze samenwerking tussen de curatieve sector en de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen bemoeilijken.

Allereerst kwam de 'scheiding tussen behandeling en controle' aan de orde, een paradigma dat ervan uitgaat dat een curatief werkzame arts die een behandelrelatie heeft met een patiënt, niet meer als onafhankelijk arts wordt beschouwd en derhalve geen oordeel meer mag geven.

Een gelijksoortig probleem wordt ervaren bij de vraag of er een strikte scheiding moet zijn tussen het begeleiden van werkenden waarbij ernaar gestreefd wordt de participatie te bevorderen, en het beoordelen van de werkende waarbij het gaat om het vaststellen van de functionele mogelijkheden voor werk. De vraag is in hoeverre het begeleiden van werkenden en het beoordelen van deze werkenden door verschillende beroepsgroepen gedaan moet worden.

Dit raakt aan een derde spanningsveld dat in de rondetafelgesprekken naar boven kwam, namelijk dat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen 'twee heren dienen', te weten de werknemer en de werkgever dan wel de uitkeringsinstantie/verzekeraar. Door curatief werkzame arts wordt dit als drempel ervaren om samenwerking vorm te geven. Het feit dat in de curatieve opleidingen weinig tot geen aandacht wordt besteed aan de relatie werk-gezondheid en aan de rol van de bedrijfsarts en verzekeringsarts daarin, werkt bovendien drempelverhogend.

Hieronder zullen deze drie spanningsvelden nader worden geschetst.

4.2.1 Scheiding van behandeling en controle

Begin twintigste eeuw is binnen de KNMG het uitgangspunt 'scheiding van behandeling en controle' ontwikkeld.⁸⁹ Volgens dit uitgangspunt dient de behandelrelatie tussen arts en patiënt vrij te blijven van belangenconflicten die mogelijk kunnen spelen bij het al dan niet afgeven van een geneeskundige verklaring. Rapportages in verband met aanspraken op voorzieningen dienen door een ander dan de behandelend arts opgesteld te worden. De huidige KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens bepaalt dat het geven van een waardeoordeel dat een ander doel dient dan behandeling of begeleiding, objectief en deskundig moet gebeuren, door een onafhankelijke arts die deskundig is op het gebied van de vraagstelling.⁹⁰ Deze scheiding geldt voor de gehele geneeskundige zorg, zodat de behandelend arts, ofwel de curatief werkzame arts, zich kan concentreren op de behandeling en een goede vertrouwensrelatie met de patiënt kan opbouwen. De KNMG heeft als regel dat behandelend arts geen geneeskundige verklaringen afgeven. Bijkomende reden voor deze scheiding is dat de curatief werkzame arts vaak niet op de hoogte is van de criteria die worden gehanteerd voor het al dan niet toewijzen van bepaalde voorzieningen. Daardoor is het vaak niet mogelijk voor een curatief werkzame arts om te toetsen aan deze criteria en een goed oordeel te geven.

⁸⁹ Willems JHBM, Doppegieter RMS. De scheiding van 'behandeling en controle': aan actualisering toe? TBV 2007 15:184-187, DOI 10.1007/BF03074555.

⁹⁰ KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, 2010.

Voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is 'controle' een verouderd begrip. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen hebben namelijk geen controlerende maar een adviserende rol gekregen. De bedrijfsarts geeft advies aan de werknemer en de werkgever. De werkgever gaat vervolgens in overleg met de werknemer, wat leidt tot een plan van aanpak voor het werk na de ziekmelding. De verzekeringsarts geeft advies aan UWV of de private verzekeraar over vraagstukken die wettelijk of volgens de private polis alleen door een medisch professional mogen worden beantwoord. UWV of de private verzekeraar neemt een beslissing over de aanspraak die de verzekerde wenst te maken op de afgesloten polis. Als onderdeel van de beoordeling over de aanspraak neemt UWV of de verzekeraar ook het advies van de verzekeringsarts mee.

Hoewel 'controle' niet meer de lading dekt van het werk van de bedrijfsarts en verzekeringsarts, is het onderliggende paradigma voor de arbeidsgerichte medische zorg nog steeds actueel. Enerzijds geven bedrijfsartsen en verzekeringsartsen adviezen aan werkgevers, UWV en verzekeraars, bijvoorbeeld ten behoeve van besluiten over aanspraken op voorzieningen: de 'controle'. Anderzijds geven zij behandeladviezen en begeleiden ze werkenden met (een risico op) ziekten en aandoeningen die de arbeidsparticipatie negatief (kunnen) beïnvloeden. De 'behandeling' wordt zodoende dan ook door de bedrijfsarts en verzekeringsarts gedaan, en niet alleen door de huisarts en medisch specialist. Als de 'behandeling' van een werkende echter uit 'werkhervatting' bestaat, dan is die scheiding tussen 'controle' en 'behandeling' niet meer helder aan te geven.

Deze strikte scheiding tussen behandeling en controle is uniek voor Nederland;⁹¹ elders hebben de curatief werkzame artsen een uitgesprokener rol bij arbeidsverzuim (zie ook 3.2). Omdat in de behandelrelatie de individuele wensen van de patiënt belangrijk zijn, valt het de curatief werkzame arts niet gemakkelijk om tegen de patiënt 'nee' te zeggen.⁹² De curatief werkzame artsen kunnen zich beroepen op deze scheiding en daarmee duidelijk maken dat zij geen oordelen mogen geven. Als curatief werkzame artsen ten behoeve van rapportages wordt gevraagd om informatie te verstrekken, zijn zij daarbij dus ook gehouden om die informatie te beperken tot feitelijke, relevante gegevens.

In Nederland zijn aparte wetten tot stand gekomen voor de ziektekosten (Ziekenfondswet, 1941) en voor de compensatie van loonderving (Ziektewet, 1930). Onder andere hierdoor kent Nederland een ver doorgevoerde scheiding van behandeling, begeleiding en controle bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.⁹³

Voordeel van dit paradigma is dat de curatief werkzame arts, juist dankzij de scheiding, in alle vrijheid en vertrouwelijkheid de patiënt medisch advies kan geven.⁹⁴ Een nadeel van de

⁹¹ Buijs PC. Why Dutch GPs do not certify sickness absence. *Br J Gen Pract* Dec 1997, 47 (425) 847-868.

⁹² Spreeuwenberg C. Behoedzaamheid bij scheiden van behandeling en controle. *MC* 1996 (51)49:1577.

⁹³ Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr. 2005/10.

⁹⁴ Oosterling-Schiereck HE, Prins R, De Boer WEL. De scheiding tussen behandeling en controle. Een oude discussie in een nieuwe situatie. *MC* 1996 (51)49:1587-1589.

scheiding van behandeling en controle is dat de curatief werkzame ofwel de ‘behandelend’ arts zich distantieert van de taak van de bedrijfs- of verzekeringsarts ofwel de ‘controlerend’ arts, waardoor het gevaar bestaat dat hij zich niet meer bezighoudt met het al of niet werken van de patiënt. Vrees voor verlies van (vertrouwen van) patiënten en (tuchtrechtelijke) problemen bij overleg met derden over verzuimende patiënten – zeker bij arbeidsconflicten – maakt bijvoorbeeld dat huisartsen terughoudend zijn met vragen naar werk en in hun bemoeienis met het werk van de patiënt. Onduidelijkheid over de scheiding behandeling-controle heeft er immers toe geleid dat het niet helder is voor huisartsen wat al dan niet toegestaan is.⁹⁵ De beroepsgroepen zijn er zich wel degelijk van bewust dat deze afstemming verbeterd moet worden. Hiervoor hebben de KNMG, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) in februari 2014 een consensusverklaring ondertekend (zie ook 3.1.5).⁹⁶

4.2.2 Samenloop begeleiden en beoordelen (bedrijfsarts-verzekeringsarts)

In het huidige stelsel begeleidt de bedrijfsarts werkenden bij ziekteverzuim om weer terug te keren in het werk. Bij het begeleiden gaat het om werken aan functieherstel en re-integratie, waarbij de bedrijfsarts zich een beeld vormt van de belastbaarheid van de werkende. De verzekeringsarts heeft deze begeleidende rol bij een kleine groep werkenden, namelijk de zogenoemde ‘vangnetters’. Vangnetters zijn werknemers die geen werkgever (meer) hebben, zoals zieke WW-gerechtigden, zieke uitzendkrachten en zieke werknemers van wie het dienstverband afloopt tijdens ziekte en werknemers die wel een werkgever hebben maar een hoog ziekterisico lopen, zoals orgaandonoren en zwangere vrouwen. Het werk van de verzekeringsarts bestaat daarnaast in de huidige praktijkvoering overwegend uit eenmalige claimbeoordelingen,⁹⁷ waarbij de verzekeringsarts de beperkingen van iemand vastlegt, een uitspraak doet over ‘participatiegedrag’ van de betrokkene en een oordeel over de prognose vastlegt.⁹⁸ In het huidige socialezekerheidsbestel is een verschuiving te zien van ‘compensatie’ (door middel van een uitkering) naar ‘participatie’. Dat betekent dat er een verschuiving plaatsvindt in de rol van de verzekeringsarts, van louter ‘statische’ claimbeoordeling naar een meer ‘dynamische’ begeleiding bij participatie.⁹⁹ Hierdoor ontstaat de situatie dat verzekeringsartsen steeds meer, naast het doen van beoordelingen, streven naar een begeleidende rol, waardoor de strikte scheiding tussen controle (beoordelen) en behandelen (begeleiden met kenmerken van behandelen) ook binnen de verzekeringsgeneeskunde vervaagt.

Zowel bedrijfsartsen als verzekeringsartsen maken een professionele afweging over de mogelijkheden die de werkende (nog) heeft tot het verrichten van arbeid. De bedrijfsarts

⁹⁵ Buijs PC. Huisarts en arbeid: een blinde vlek? Het belang van aandacht in de eerste lijn voor ‘werk’, en van afstemming met bedrijfsartsen. TBV 2013(21);6:256-261.

⁹⁶ LHV, NHG, NVAB en KNMG: Consensus verklaring over Werk en Gezondheid. 13 februari 2014.

⁹⁷ Faas J. Verzekeringsgeneeskunde hier en nu. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2011 (35) 8: 664-674.

⁹⁸ Wind H. Compensatie en participatie. Het zoeken naar een balans in de verzekeringsgeneeskunde. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde vanuit de Stichting Instituut Gak aan de Universiteit van Amsterdam, 21 oktober 2010.

⁹⁹ Faas J. Verzekeringsgeneeskunde hier en nu. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2011 (35) 8: 664-674.

relateert deze meestal aan het eigen of aangepaste werk bij de eigen werkgever, maar kan ook beide partijen adviseren over de mogelijkheden bij een andere werkgever. De verzekeringsarts beschrijft de arbeidsmogelijkheden ook in algemene zin. Steeds 'voor zover die een gevolg van ziekte zijn'. Voor beide disciplines is arbeid en gezondheid het basale aandachtsgebied. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen hebben dus begeleidende, adviserende, beoordelende en interveniërende taken. Waar het zwaartepunt ligt, is afhankelijk van het moment in het verzuim- en arbeidsongeschiktheidstraject en afhankelijk van de juridische context (arbeidsovereenkomst, publieke of private verzekering).¹⁰⁰

4.2.3 Twee heren dienen

De bedrijfsarts stelt zich ten doel om tijdig gezondheidsbedreigende situaties op het werk te herkennen en deze te vertalen in de juiste curatieve en preventieve interventies. Indien werken door ziekte of lichamelijk gebrek tijdelijk niet mogelijk is, begeleiden bedrijfsartsen de werkende om weer zo snel mogelijk te re-integreren en maatschappelijk te functioneren.¹⁰¹ Bij het begeleiden gaat het om werken aan functieherstel en re-integratie, hetgeen door de NVAB als een vorm van behandelen wordt betiteld.¹⁰² De bedrijfsarts vormt zich hierbij een beeld van de belastbaarheid van de werkende. Deze situatie doet zich in de private verzekeringsgeneeskunde ook voor bij de begeleiding van zzp'ers door medisch adviseurs.

De bedrijfsarts wordt door de werkgever gefinancierd en heeft een preventieve taak om door middel van advisering aan werknemer en werkgever ziekten en ongevallen door het werk te voorkomen. Daarnaast heeft de bedrijfsarts in Nederland¹⁰³ een soort 'poortwachtersrol' ten opzichte van sociale voorzieningen.¹⁰⁴ De professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is formeel geborgd in onder andere de Arbeidsomstandighedenwet en het professioneel statuut van de bedrijfsarts. De werkgever is volgens de Arbeidsomstandighedenwet verplicht om een arbeidsomstandighedenbeleid¹⁰⁵ te hebben en ervoor te zorgen dat werknemers veilig en gezond kunnen werken. Bedrijfsartsen ervaren in de praktijk knelpunten bij de uitvoering van het arbeidsomstandighedenbeleid. Aandacht hiervoor is van belang, maar valt buiten de scope van dit document.¹⁰⁶

De werkgever wordt geacht de regisseur te zijn van de begeleiding bij ziekteverzuim. Dat vloeit voort uit de verantwoordelijkheden en verplichtingen van de werkgever op basis van de Wet verbetering poortwachter en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), met

¹⁰⁰ Faas J, Hullen H. Samen sterk, samen aantrekkelijk. TBV 2013(21) 1:6-8.

¹⁰¹ NVAB. Kernwaarden van de bedrijfsarts. Specialist voor arbeid en gezondheid. NVAB, 7 november 2012.

¹⁰² NVAB. Bedrijfsarts, dokter en adviseur. Notitie. NVAB, 2007.

¹⁰³ Een dergelijke controlerende taak van de bedrijfsarts t.a.v. ziekteverzuim is uniek in de wereld en is internationaal gezien volstrekt *not done* (zie de ILO-conventie 161 (1985)) vanwege de geachte niet-verenigbaarheid van verzuimcontroletaken en preventieve begeleidende taken van de bedrijfsarts, omdat een vertrouwenspositie tegenover de werknemers noodzakelijk is voor die laatste twee taken.

¹⁰⁴ Tevens vervullen de artsen indicatie en advies een dergelijke poortwachtersfunctie voor sociale voorzieningen, bijvoorbeeld op gemeentelijk niveau.

¹⁰⁵ Artikel 3 van de Arbeidsomstandighedenwet.

¹⁰⁶ Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat de huidige bedrijfsartsen ontevreden zijn met de geringe mogelijkheden om aan preventieve taken te werken. Dit speelt vooral in de externe arbodiensten; bedrijfsartsen melden dat daar nog maar zelden een werkplek wordt bezocht.

name de loondoorbetalingsverplichting bij ziekte gedurende twee jaar (en soms zelfs langer) – een unicum in de wereld wat betreft de (financiële) omvang van het risico voor de werkgever, dat daarom momenteel serieus ter discussie staat in de politiek.¹⁰⁷ Ten behoeve van deze taken van de werkgever, verstrekt de bedrijfsarts gerichte informatie en geeft advies aan de werkgever over:

- de werkzaamheden waartoe de werknemer wel of niet meer in staat is;
- de verwachte duur van het verzuim;
- eventuele aanpassingen of werkvoorzieningen die de werkgever in het kader van de re-integratie moet treffen.

(Sociaal-)medische informatie over werknemers mag nooit zonder toestemming van de betreffende werknemer door de bedrijfsarts worden verstrekt.¹⁰⁸ Het is de professionele verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts om te taxeren welke aanvullende informatie, met toestemming van de werkende, gedeeld kan worden met de werkgever.

Uit verschillende onderzoeken¹⁰⁹ komt als knelpunt naar voren dat werkenden en curatief werkzame artsen onvoldoende vertrouwen hebben in de onpartijdigheid van de bedrijfsarts. Huisartsen en medisch specialisten hebben met name als het gaat om het delen van informatie over de patiënt niet altijd vertrouwen in de bedrijfsarts. Doordat de bedrijfsarts als ‘arts van de werkgever’ wordt gezien, is het voor de bedrijfsarts ook moeilijker om voldoende vertrouwen te krijgen om als ‘behandelaar’ ‘in opdracht van de werkende’ op te treden. Onbekendheid met wat er gebeurt met de informatie en wat de consequenties daarvan kunnen zijn, zal hier deels aan bijdragen.

Ook de bedrijfsartsen zelf geven aan dat ze druk ervaren om ziekteverzuim zo kort mogelijk te laten zijn of hun beroepsgeheim te schenden.¹¹⁰ Een ledenraadpleging van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) liet zien dat 61% aangeeft dat de onafhankelijkheid vanwege commerciële belangen de laatste jaren meer onder druk is komen te staan.¹¹¹ Uit recente onderzoeken blijkt echter dat het vertrouwen in en de waardering van de bedrijfsarts de laatste tijd aan het toenemen is.¹¹² Recent werd ervoor gepleit om integriteit als centraal begrip voor de professionaliteit van de bedrijfsarts te introduceren in plaats van de

¹⁰⁷ VNO-NCW. Werkgever moet regie houden bij reductie ziekteverzuim. 11 september 2014. http://www.vno-ncw.nl/Publicaties/Forum/Pages/Werkgever_moet_regie_houden_bij_reductie_ziekteverzuim_19049.aspx#.VGxqYDSG96I. Geraadpleegd op 19 november 2014.

¹⁰⁸ <https://www.nvab-online.nl/ledenservice/faqs/hoever-reikt-het-beroepsgeheim-van-de-bedrijfsarts-ten-opzichte-van-de-werkgever>. Geraadpleegd op 10 februari 2016.

¹⁰⁹ Knelpunt vermeld in: Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts, Astri, juni 2011; Stelsel voor gezond en veilig werken, SER, december 2012; Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg. Eindrapport. KPMG-Plexus, februari 2013; Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, advies 14/07, 19 september 2014.

¹¹⁰ Zie paragraaf 3.3 inventarisatie knelpunten.

¹¹¹ NVAB (2010). NVAB Ledenraadpleging. Utrecht, NVAB.

¹¹² GfK OVAL. Cliënttevredenheidsonderzoek OVAL. December 2014.

nadruk te blijven leggen op onafhankelijkheid.¹¹³ De wettelijk gecertificeerde arbodiensten die bij OVAL zijn aangesloten, hebben in 2015 een integriteitsprotocol voor bedrijfsartsen geïmplementeerd. Daar waar bedrijfsartsen zich onder druk gezet voelen door een werkgever of werknemer waarbij hun professionele onafhankelijkheid in het geding zou kunnen komen, kunnen zij dit melden volgens het integriteitsprotocol.

Het is niet uitgewerkt, maar veel van wat hierboven over het spanningsveld ‘twee heren dienen’ is beschreven voor de bedrijfsarts, geldt ook voor de verzekeringsarts.

4.2.4 In wiens belang respectievelijk opdracht

De drie hierboven beschreven spanningsvelden hebben als belangrijke overeenkomst dat spanning voortvloeit uit de centrale vraag: wiens belang wordt gediend? Bij alle drie de spanningsvelden staat voorts de vraag centraal: vindt het arts-patiëntcontact plaats op basis van vrijwilligheid¹¹⁴ en wordt er derhalve zonder toestemming van de werkende geen informatie met anderen gedeeld of is de werkende verplicht om mee te werken en moet de arts aan een derde rapporteren? Bij alle drie de spanningsvelden gaat het er immers om of de informatie die een arts heeft verzameld, ook gebruikt of gedeeld mag worden met derden in een ander traject.

Bij de scheiding tussen behandeling en controle betreft het de vraag in hoeverre de informatie die een werkende als patiënt aan zijn behandelaar verstrekt, later gebruikt mag worden in het kader van het adviseren over belastbaarheid en re-integratie, en nog later in claimbeoordeling in het kader van arbeidsongeschiktheid. Bovendien gaat het bij dit spanningsveld erom in hoeverre een arts het vertrouwen van een patiënt kan behouden om als behandelaar op te treden als hij ook als beoordelaar van de patiënt mogelijk onwelgevallige adviezen geeft, die voor de patiënt grote financiële consequenties kunnen hebben.

De strikte scheiding tussen behandeling en controle kan overigens vervagen in die situaties waarin de behandeling uit al dan niet gedeeltelijke werkhervatting bestaat. Het advies tot werkhervatting vindt in dat geval plaats vanuit het perspectief om bij te dragen aan de gezondheid van de werkende.

Bij de samenloop tussen begeleiden en beoordelen dreigt er onduidelijkheid te ontstaan of het arts-patiëntcontact in opdracht van de werkende plaatsvindt, of in opdracht van een derde. Naarmate verzekeringsartsen meer gaan begeleiden en samenwerken met bedrijfsartsen wordt dit een groter issue bij hen. Voor bedrijfsartsen geldt dat hoe meer zij gaan samenwerken met verzekeringsartsen (al dan niet van UWV), hoe meer hun rol wordt vastgelegd als poortwachter naar de sociale of private voorzieningen. Hierdoor wordt het voor

¹¹³ Kwint S, Weel A. Is integriteit bruikbaar als centraal begrip voor de professionaliteit van de bedrijfsarts? Onafhankelijkheid bestaat niet. TBV 2015;(23)6:278-283.

¹¹⁴ Met ‘vrijwillig’ wordt ook bedoeld op de contacten tussen bedrijfsarts en werknemer of huisarts/medisch specialist en werknemer, die plaatsvinden in het kader van ziekteverzuim: de werknemer is op basis van de Wet verbetering poortwachter weliswaar verplicht om alles te doen om weer aan het werk te komen en als de werknemer zich niet houdt aan deze verplichting, heeft dat financiële consequenties, maar behandeling/begeleiding door een arts kan op basis van deze wet niet onder dwang worden uitgevoerd.

de bedrijfsarts moeilijker om gezien te worden als arts die een arts-patiëntrelatie heeft met de werkende.

Dat de vraag wie de opdrachtgever van het arts-patiëntcontact is, ook aan de orde is bij het derde spanningsveld 'twee heren dienen', is evident. Bij dit spanningsveld gaat het immers direct om de vraag in hoeverre bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, die respectievelijk gefinancierd worden door de werkgever en de uitkeringsinstantie/verzekeraar en daardoor als artsen van de werkgever/uitkeringsinstantie/verzekeraar worden gezien, zo professioneel en integer kunnen handelen dat ze in staat zijn om voldoende vertrouwen te krijgen om als behandelaar of begeleider van de werkende op te treden.

5 Arbeidsgerichte medische zorg: een nieuwe inrichting

5.1 Gezamenlijke uitgangspunten voor alle artsen

De KNMG formuleert in dit document een aantal uitgangspunten voor de arbeidsgerichte medische zorg, die voor alle artsen gelden:

1. De gezondheid van de werkende staat altijd voorop in de arbeidsgerichte medische zorg. Arbeid is een determinant van gezondheid. De arbeidsgerichte medische zorg is daarom een onlosmakelijk deel van de zorg voor elke patiënt.
2. Arbeidsgerichte medische zorg bestaat naast het reduceren van gezondheidsklachten en -beperkingen, ook uit het stimuleren van participatie, verbeteren van functioneren en duurzaam participeren via behandelen van arbeidsgelateerde aandoeningen, preventie en vroegtijdig opsporen van risicofactoren.
3. Artsen moeten over voldoende competenties op het gebied van arbeid en gezondheid beschikken om arbeidsgerichte medische zorg te verlenen, en moeten de mogelijkheden en beperkingen kennen van artsen van andere specialismen die bij de arbeidsgerichte medische zorgvraag betrokken zijn.
4. Artsen zijn ieder voor zich én gezamenlijk verantwoordelijk voor kwalitatief hoogwaardige en samenhangende arbeidsgerichte medische zorg. Arbeidsgerichte medische behandeling en begeleiding is een integraal onderdeel van de zorg. Voor de behandeling en begeleiding van werkenden met (een risico op) ziekten en aandoeningen die de gezondheid en arbeidsparticipatie negatief (kunnen) beïnvloeden, is afstemming en samenwerking cruciaal tussen huisartsen, medisch specialisten en specialisten arbeid en gezondheid. Dit betekent ook dat zij onderling afspraken maken over verwijzing, terugverwijzing, consultatie, berichtgeving/gegevensuitwisseling en verdeling van verantwoordelijkheden. Artsen laten zich daarbij niet belemmeren door schotten tussen instituten en financieringsstromen, noch door beperkingen die samenhangen met (het perspectief van) hun eigen discipline. Werkenden hebben daarbij te allen tijde toegang tot voor hen relevante arbeidsgerichte medische informatie.
5. Artsen zijn alert op gezondheid als determinant van arbeid én op arbeid als determinant van gezondheid (naast ongezonde leefstijl en overige determinanten/risicofactoren). Artsen bespreken dit vroegtijdig met de werkende en geven gerichte adviezen respectievelijk verwijzen als dat nodig is naar de juiste arts of instantie, controleren het verloop respectievelijk de uitkomst (waaronder arbeidsparticipatie) daarvan én passen een participatieve aanpak toe.¹¹⁵

¹¹⁵ Huysmans M, Schaafsma F, Viester L, Anema H. Multidisciplinaire leidraad participatieve aanpak op de werkplek. EMGO Instituut voor onderzoek naar Gezondheid en Zorg, VU medisch centrum, concept maart 2016.

6. Artsen voorkómen waar mogelijk medicalisering en medische over- en onderbehandeling en zien erop toe dat passende arbeidsgerichte zorg, en waar nodig dus ook niet-medische zorg, wordt verleend. Daartoe werken medische en niet-medische netwerken onderling met elkaar samen, zodat werkenden adequate arbeidsgerichte medische zorg krijgen. Artsen dragen daarmee bij aan de bevordering van de volksgezondheid.
7. Arbeidsgerichte medische zorg is toegankelijk voor álle werkenden.

Hierna worden deze uitgangspunten uitgewerkt via een aantal voorstellen om de arbeidsgerichte medische zorg beter in te richten. Allereerst betreft dat meer aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg en verbetering van de samenwerking tussen de curatieve zorg en de specialisten arbeid en gezondheid, en tussen de laatstgenoemden onderling. Daarnaast wordt de arbeidsarts geïntroduceerd. Vervolgens wordt uitgebreider ingegaan op de taken, toegankelijkheid en locatie van de arbeidsarts en de samenwerking daarmee. Voorts worden verbeteringen aangegeven voor informatie-uitwisseling, dossiervoering, deskundigenoordeel en beoordelingstermijnen. Daarna wordt expliciet aandacht gevraagd voor een prominente plaats voor de collectieve arbeidsgerichte medische zorg. Ten slotte wordt, om een en ander inzichtelijker te maken, per levensfase – met voorbeelden – beschreven welke arbeidsgerichte medische zorg wanneer voor de werkende beschikbaar moet zijn.

5.2 Uitwerking I: meer aandacht en betere toegankelijkheid en samenwerking arbeidsgerichte medische zorg

Op basis van bovenstaande uitgangspunten wordt de visie op de arbeidsgerichte medische zorg in deze paragraaf allereerst uitgewerkt aan de hand van de vragen:

1. Hoe kan de aandacht voor de factor arbeid in de huisartsgeneeskundige en medisch-specialistische zorg toenemen?
2. Hoe kan de toegankelijkheid van de arbeidsgerichte medische zorg worden verbeterd en vergroot?
3. Hoe kan de samenwerking tussen de curatieve zorg en de artsen gespecialiseerd op het gebied van arbeid worden verbeterd?

Deze uitwerking zal moeten leiden tot een toename van het vertrouwen in de arbeidsgerichte medische zorg en tot het aantrekkelijker worden van de diverse vakgebieden, in het bijzonder dat van het specialisme arbeid en gezondheid.

5.2.1 Meer aandacht voor arbeid in de huisartsgeneeskundige en medisch-specialistische zorg

Huisartsen en medisch specialisten zullen conform deze visie structureel aandacht gaan schenken aan de factor ‘arbeid’ bij het verlenen van zorg. De behandelende sector gaat zijn handelen baseren op de nieuwe definitie van gezondheid, waarin gezondheid het vermogen van mensen is om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Dit betekent dat naast diagnostiek,

behandeling en preventie van beroepsziekten, het bevorderen van arbeidsparticipatie een integraal onderdeel van de (curatieve) zorg is. Er zijn al veel specifieke *evidence based* medisch-specialistische richtlijnen ontwikkeld, waarin een paragraaf over arbeid is opgenomen, of die zelfs helemaal gewijd zijn aan het ondersteunen van arbeidsparticipatie (bijvoorbeeld reumatoïde artritis). Voor het verbeteren van de inhoudelijke betrokkenheid van huisartsen en medisch specialisten bij de arbeidsgerichte medische zorg is bovendien de Zorgmodule Arbeid 1.0¹¹⁶ ontwikkeld. Deze Zorgmodule Arbeid is een hulpmiddel voor zorgverleners en werkenden met een chronische aandoening om het functioneren in de werksituatie een duidelijke plaats te geven in het behandel- en begeleidingsplan. Met deze zorgmodule krijgt de factor arbeid een plaats in de behandelrichtlijnen van huisartsen en medisch specialisten voor chronische aandoeningen. In lijn met de zorgmodule zal de factor arbeid in alle behandelrichtlijnen opgenomen moeten worden, die aandoeningen betreffen waarbij een wisselwerking kan optreden tussen aandoening en werk.

5.2.2 Arbeidsgerichte medische zorg toegankelijk voor alle werkenden door introductie arbeidsarts

De arbeidsgerichte medische zorg moet voor alle werkenden beschikbaar zijn. Werknemers kunnen bij ziekteverzuim op grond van de Wet verbetering poortwachter verplicht worden door de werkgever om hiervan gebruik te maken, maar ook dan gaat het om zorg die alleen met instemming van de werkende kan plaatsvinden en waarbij alleen op basis van toestemming van de werkende informatie met derden wordt gedeeld. De vrijheid van de werkende om niet mee te werken aan deze zorg is overigens wel beperkt. Als de werkende besluit om bij ziekteverzuim behandeling en begeleiding te weigeren, zal dat grote negatieve financiële consequenties met zich mee kunnen brengen.

Ook voor de andere verzuimende werkenden, zoals zzp'ers, moet verzuimbegeleiding als vorm van arbeidsgerichte medische behandeling en begeleiding toegankelijk zijn. Zij kunnen op eigen initiatief een arts benaderen voor verzuimbegeleiding.

Om de toegankelijkheid van de arbeidsgerichte medische zorg te verbeteren en te vergroten, komt er een nieuw type arts op het gebied van arbeid en gezondheid, namelijk de arbeidsarts. De arbeidsarts is een arts met deskundigheid op het gebied van arbeid en gezondheid en is vooral in de eerstelijnsgezondheidszorg gepositioneerd. Met artsen gespecialiseerd op het gebied van arbeid is in de tweedelijnszorg al ervaring opgedaan met de klinisch arbeidsgeneeskundigen.¹¹⁷

De arbeidsarts is vrij toegankelijk voor alle werkenden die niet bij een bedrijfsarts terecht kunnen, zoals zzp'ers, werklozen, stagiaires, vrijwilligers en gepensioneerden. Werknemers bij bedrijven die wel arbeidsgerichte medische zorg bieden, komen primair terecht bij de eigen bedrijfsarts. Per 1 juli 2017 wordt de nieuwe Arbowet van kracht. Hierin is de vrije toegang tot de bedrijfsarts weer opgenomen. Iedere werknemer kan zonder toestemming van de werkgever gebruikmaken van het open spreekuur, zonder dat de werkgever hierover wordt geïnformeerd. Tevens heeft de werknemer het recht op een second opinion van een andere bedrijfsarts. Met de introductie van de nieuwe Arbowet per 1 juli 2017 wordt het recht op een second opinion formeel geregeld. Daartoe wordt een pool van gericht geëquipeerde bedrijfsartsen opgezet, waarbinnen de werknemer vrije keuze heeft.

¹¹⁶ Zorgmodule Arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. CBO, maart 2014.

¹¹⁷ De klinisch arbeidsgeneeskundigen zijn nog divers georganiseerd; er is geen erkend specialisme.

Contacten met de bedrijfsarts in het kader van de arbowetgeving kunnen niet door een arbeidsarts worden overgenomen; deze blijven bij de bedrijfsarts. Evenzeer blijven beoordelingen voor aanspraken op bijvoorbeeld de WIA door de verzekeringsarts gedaan worden.

Als een zzp'er aanspraak wil maken op een (private) uitkering van de verzekeraar, zal hij voor die beoordeling ook naar de medisch adviseur van de verzekeraar gaan. Tevens heeft de zzp'er via deze verzekering, mits verzekerd, toegang tot preventieve (bedrijfsgeneeskundige) zorg. De begeleiding die de verzekeringsartsen aan de zogenoemde 'vangnetters' biedt, blijft bij de verzekeringsarts, voor zover deze plaatsvindt op grond van wettelijke bepalingen. Voor de overige arbeidsgerichte medische zorg kan deze groep nu ook terecht bij de arbeidsarts. De arbeidsarts verricht zijn werk in nauw overleg met de huisarts en, indien van toepassing, de verzekeringsarts, medisch specialist(en) en klinisch arbeidsgeneeskundige (tweede lijn).

In figuur 2 is de positie van de arbeidsarts en andere artsen schematisch weergegeven.



5.2.3 Betere samenwerking binnen de arbeidsgerichte medische zorg

Met het toenemen van aandacht voor de factor arbeid in de huisartsgeneeskundige en medisch-specialistische zorg, ontstaat er ook een meer gemeenschappelijke basis voor de afstemming en samenwerking met de artsen gespecialiseerd op het gebied van arbeid. Dit is van groot belang om voor de werkende de zorg zo goed mogelijk te organiseren en de (arbeids)participatie te optimaliseren. Vormgeven van interprofessioneel werken betreft niet alleen goede samenwerking met de huisartsgeneeskundige en de medisch-specialistische zorg, maar ook binnen het domein arbeid en gezondheid is er noodzaak voor een goede samenwerking tussen de arbeidsarts, de bedrijfsarts en de verzekeringsarts. De afstemming en samenwerking worden zoveel mogelijk vormgegeven conform de Handreiking

Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.¹¹⁸ Daarbij moet voor de werkende te allen tijde duidelijk zijn welke artsen betrokken zijn bij de arbeidsgerichte medische zorg en moet er duidelijkheid zijn over hun specifieke rol. De afstemming en samenwerking wordt mede vormgegeven door de arbeidsarts te incorporeren in het informatie-uitwisselingssysteem met verwijsbrieven en terugrapportages. De arbeidsarts zal zowel de andere direct betrokken specialismen op de hoogte brengen van zijn werkzaamheden als terugrapportages ontvangen van deze andere direct betrokken specialismen. De samenwerking met de bedrijfsarts en verzekeringsarts kan op gelijke wijze, als de werkende daarvoor expliciet toestemming heeft gegeven.

5.3 Uitwerking II: taken, toegankelijkheid, samenwerking en locatie arbeidsarts

5.3.1 Taken

De arbeidsarts gaat deel uitmaken van de eerstelijnsgezondheidszorg (eventueel ook als klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn). Eerstelijnszorg heeft een generalistisch karakter, behoeft geen verwijzing, is gericht op de mens in zijn omgeving en is nabij en laagdrempelig. Vooral de positionering in de eerste lijn draagt bij aan de zichtbaarheid van het specialisme arbeid en gezondheid, aan de inbreng van de kennis over arbeid in de curatieve zorg en aan gelijkwaardige communicatie tussen professionals en aan transparantie van het zorgsysteem. Het behandelen van beroepsziekten, individuele preventieadviezen en het begeleiden naar functieherstel en re-integratie, maken deel uit van gezondheidsherstel en dus van de reguliere zorg. De arbeidsarts is, als functie van de bedrijfsarts en verzekeringsarts, deskundig op het terrein van arbeidsbelasting, belastbaarheid en arbeidsomstandigheden, en brengt deze expertise in.

De bedrijfsarts heeft primair collectieve taken (zie 5.5) en verbindt deze met individuele zorgtaken. De arbeidsarts heeft louter individuele zorgtaken. Dat zijn grotendeels dezelfde individuele zorgtaken die de bedrijfsarts ook heeft. Deze taken zijn:

- het bij werkenden herkennen, diagnosticeren en behandelen van (dreigende) arbeidsgerelateerde klachten of van een (dreigende) beroepsziekte of arbeidsongeschiktheid;
- het begeleiden naar functieherstel, waarbij re-integratie expliciet onderdeel is van de behandeling;
- het actief volgen en begeleiden naar herstel, gericht op behoud van werk en (re-) integratie van die werkenden;
- het signaleren van werkgebonden risicofactoren;
- het preventief bewaken van de gezondheid (voorkomen van ontstaan van gezondheidsschade en vroegsignalering) van werkenden.

Bij de uitvoering van deze individuele zorgtaken voegt de arbeidsarts expertise toe aan de reguliere eerstelijnszorg en werkt hij direct samen met de medisch specialisten in de tweede

¹¹⁸ KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 26 januari 2010.

lijn. Ook de bedrijfsarts werkt bij de individuele zorgtaken nauw samen met de bij de werkende betrokken hulpverleners in de eerste en tweede lijn.

5.3.2 Toegankelijk voor alle werkenden

De arbeidsarts moet de toegankelijkheid van de arbeidsgerichte medische zorg verbeteren en vergroten. Zoals al eerder aangegeven (zie 5.2.2), is de arbeidsarts vrij toegankelijk voor alle werkenden die niet bij een bedrijfsarts terechtkunnen.

In het huidige model ziet de bedrijfsarts (of soms de verzekeringsarts) iemand pas na zes weken verzuim. Soms is het beter als een werkende al eerder een arts voor arbeid en gezondheid kan zien: dat kan soms de verzekeringsarts zijn, vaker de bedrijfsarts of de arbeidsarts (zie verder ook 5.4.4). Meer continuïteit in de arbeidsgerichte medische zorg, door onder meer drempelloze, vrij toegankelijke spreekuren, kan leiden tot snellere terugkeer naar het werk. Het is van belang dat ook werkenden die niet bij een bedrijfsarts terechtkunnen, een arbeidsarts bezoeken voor arbeidsgerichte medische zorg. Het initiatief ligt bij de werkende, zowel om een arts voor arbeid en gezondheid te bezoeken bij klachten die (nog) niet tot verzuim leiden als voor verzuimbegeleiding.

De werknemer kan, behalve voor de huisarts, de keuze maken voor een bedrijfsarts die werkzaam is binnen het bedrijf. De werkenden, niet-zijnde werknemers met een bedrijfsarts, hebben behalve tot de huisarts ook toegang tot de arbeidsarts.

5.3.3 Samenwerking

De behandelende sector wordt uitgebreid met de arbeidsarts die werkt aan het bevorderen van de gezondheid en arbeidsparticipatie en daarmee als medebehandelaar van de curatief werkende artsen kan gaan functioneren. De arbeidsartsen kunnen door de huisarts als deskundige op het terrein van arbeid en gezondheid worden aangesproken. Indien noodzakelijk, kunnen de arbeidsartsen naar andere behandelend artsen in de curatieve sector verwijzen en kunnen behandelend artsen uit de curatieve sector naar hen verwijzen. De arbeidsarts – als onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg – kan zo nodig een coördinerende rol spelen bij de behandeling en zorgen dat het behandelteam op één lijn zit voor zover arbeidsparticipatie het behandeldoel is.

5.3.4 Locaties

Om de arbeidsgerichte medische behandeling en begeleiding door de bedrijfsarts, de verzekeringsarts en de arbeidsarts voor alle werkenden daadwerkelijk toegankelijk te maken, zal deze zorg op meerdere locaties aangeboden moeten worden. Bedrijven hebben bedrijfsartsen in dienst of contracteren hen bij arbodiensten. Arbeidsartsen zijn gepositioneerd in of dicht bij bijvoorbeeld gezondheidscentra in de eerste lijn, waardoor zij toegankelijk zijn voor zzp'ers (zonder en met verzekering), langdurig werklozen, langdurig arbeidsongeschikten, mantelzorgers, gepensioneerden, schoolverlaters en werknemers zonder bedrijfsarts.

5.4 Uitwerking III: informatie-uitwisseling, dossier, deskundigenoordeel, beoordelingstermijnen

5.4.1 Informatie-uitwisseling

De werkende staat centraal in de arbeidsgerichte medische zorg en is degene die (zo mogelijk) de regie voert bij deze zorg en over de informatie-uitwisseling. Omdat de bedrijfsarts de meest deskundige is om te overzien welke informatie de werkgever nodig heeft om samen met de werkende een plan van aanpak te maken voor re-integratie, zal de bedrijfsarts, met toestemming van de werkende, deze informatie verstrekken. Dat de werkgever over voldoende informatie beschikt, is onderdeel van de verplichting van de werknemer om aan re-integratie mee te werken.

De bedrijfsartsen delen alleen informatie met derden met toestemming van de werkende, tenzij uit wettelijke bepalingen een informatieplicht voortvloeit. De (verzuim)begeleiding door bedrijfsartsen (van werknemers) en door arbeidsartsen (van andere werkenden) is louter gericht op de gezondheid en arbeidsparticipatie van het individu.

Indien informatie-uitwisseling plaatsvindt in het kader van een beoordeling, behoort de behandelend arts zich, conform de KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, te beperken tot feitelijke gegevens en bevindingen over de gezondheid van de werkende en zich te onthouden van meningen, evaluaties, prognoses of verwachtingen. Het doel van de bepaling is dat er geen waardeoordelen worden gegeven. Wat onder 'prognoses' wordt verstaan, is in de richtlijn echter niet nader uitgewerkt. Wel is elders in de richtlijn opgemerkt dat een prognose over het algemeen gezien wordt als een waardeoordeel, tenzij het een met medische feiten onderbouwde prognose betreft, die een behandeldoel dient. Vijf soorten prognoses kunnen onderscheiden worden:

- a. prognose met betrekking tot de levensverwachting;
- b. prognose met betrekking tot de aandoening (met of zonder behandeling);
- c. prognose met betrekking tot de beperkingen door de aandoening;
- d. prognose ten aanzien van de arbeidsbeperkingen of arbeidsbelastbaarheid;
- e. prognose ten aanzien van de arbeidsongeschiktheid.

Nader beschouwd, zou de gegevensuitwisseling minder problematisch hoeven zijn als curatief werkzame artsen zich zouden onthouden van prognoses d en e. Deze prognoses zijn aan artsen arbeid en gezondheid voorbehouden. Echter, zonder problemen, moet over de levensverwachting, het verloop van de aandoening en de daardoor optredende beperkingen (a tot en met c), met toestemming van de werkende, informatie kunnen worden uitgewisseld.

Deze uitwerking past goed binnen dit visiedocument. De Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie beschrijft dat een prognose voor herstel van de ziekte meestal indicatief is, omdat deze is gebaseerd op interpretatie van de medische situatie op dat moment en soms mede berust op statistische gegevens. De behandelend arts kan volgens deze code wel gegevens verstrekken over de stoornissen in bepaalde lichaamsfuncties en de beperkingen die daaruit eventueel in algemene zin voor de werkende voortvloeien. De vertaalslag daarvan naar de belastbaarheid voor specifieke arbeid moet door de bedrijfsarts of verzekeringsarts gemaakt worden.

5.4.2 Continu arbeidsgeneeskundig dossier

Op basis van de wettelijke regelingen in de WGBB zullen arbeidsartsen moeten voldoen aan de dossierplicht en de bewaartermijnen. De arbeidsartsen leggen, net als de andere artsen in de individuele, curatieve zorg, hun bevindingen in een (elektronisch) patiëntendossier vast.

Arbeidsrelevante medische gegevens moeten opgenomen worden in dit persoonlijk (medisch) dossier en het dossier blijft conform de WGBO-bewaartermijn gedurende 15 jaar, of zoveel langer als nodig is voor een goede arbeidsgerichte medische zorg, bewaard. De huidige situatie van zeer gefragmenteerde dossieropbouw maakt het nagenoeg onmogelijk eventuele gezondheidsschade die het gevolg kan zijn van eerdere arbeidssituaties, te traceren. Bij de introductie van de arbeidsarts moet ervoor gewaakt worden dat deze fragmentatie niet versterkt, maar verminderd wordt. Continuïteit van zorg, een uitermate belangrijk kwaliteitscriterium voor goede gezondheidszorg, is gebaat bij een continu arbeidsgeneeskundig dossier. Samenhang en synergie in de dossiervorming, inclusief arbeidsrelevante gegevens, ondersteunen integrale ketenzorg en dragen bij aan het versterken van de positie van de werkende.

5.4.3 Onafhankelijk deskundigenoordeel

Als een werkende aanspraak wil maken op een uitkering of financiële regeling, zal een beoordeling moeten plaatsvinden, vaak op verzoek van UWV/de verzekeraar. Ook bij sommige aanstellingen, acceptaties voor verzekeringen of bij een conflict tussen de werkgever en werknemer over de rechtmatigheid van verzuim kan een dergelijk onderzoek noodzakelijk zijn. De instantie die een besluit moet nemen, heeft deze rapportage nodig om een onderbouwde beslissing te nemen. De bedrijfsarts, verzekeringsarts of geneeskundig adviseur die deze onafhankelijke rapportage opstelt, stelt uiteraard de gezondheid van de werkende voorop. Het gaat hierbij om de beoordeling van de belastbaarheid van de werkende, in casu het adviseren aan de werkgever of de verzekeraar/UWV over de mogelijke inzetbaarheid van individuele werkenden en hun (rest)capaciteit om te werken. De verzekeringsarts of geneeskundig adviseur heeft voor de beoordeling feitelijke informatie nodig van de huisarts, medisch specialist en bedrijfsarts of arbeidsarts, maar maakt geen onderdeel uit van het behandeltraject. Hij moet onafhankelijk tot een oordeel komen. De informatie-uitwisseling kan daarom alleen met expliciete toestemming van de betrokkene plaatsvinden en voor de artsen die om informatie gevraagd worden, moet het doel van het informatieverzoek duidelijk zijn. Patiënten zullen in dit kader mogelijk vaker terughoudend zijn bij het geven van toestemming voor deze informatieverstrekking, zeker als zij vrezen dat deze informatieverstrekking negatieve gevolgen kan hebben voor de continuïteit van het werk en inkomen. De informatie-uitwisseling moet zich beperken tot relevante feitelijke medische gegevens. Indien een bedrijfsarts of een arbeidsarts de werkende begeleidt, kan het voor de hand liggen, dat deze, met toestemming van de werkende, een faciliterende rol vervult in de communicatie en informatieverstrekking.

5.4.4 Flexibilisering beoordelingstermijnen

Hoewel er wettelijke termijnen zijn wanneer de beoordeling plaats moet vinden, hangt het van de omstandigheden en de aandoening af op welk moment een beoordeling het meest zinvol is. Wanneer zich een stagnatie in het re-integratieproces voordoet, is dat het moment om zo snel mogelijk te onderzoeken wat de reden van de stagnatie is en te proberen die op te heffen. Indien stagnerende terugkeer naar eigen werk veroorzaakt wordt door blijvende beperkingen bij de werkende of doordat de eigen werkgever of het eigen werk hiertoe geen passende mogelijkheden voorhanden heeft, is een vervroegde verzekeringsgeneeskundige beoordeling gericht op participatie noodzakelijk.

Ook kan een beoordeling pas na een langere termijn zinvol zijn, omdat de herstelperiode langer is. Als er sprake is van terugkeer naar een baan bij de oude werkgever en de terugkeer gericht is op volledige werkhervatting, maar de tijd is te kort om dat binnen die twee jaar te realiseren, heeft een verzekeringsgeneeskundige beoordeling weinig toegevoegde waarde. In dat geval moet er ruimte zijn om de periode waarin de werkhervatting moet zijn voltooid, te kunnen verlengen. Ook bij aandoeningen waarbij pas na lange tijd voldoende herstel optreedt om te kunnen terugkeren naar een baan, kan een beoordeling twee jaar na de eerste ziektedag te snel komen (bijvoorbeeld bij bepaalde vormen van kanker en niet-aangeboren hersenletsel). Ook dan zou uitstel van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling mogelijk moeten zijn.

Flexibilisering in de termijn van beoordeling geeft derhalve meer mogelijkheden om de beoordeling adequaat uit te voeren.

Keuringen kunnen ook in andere situaties noodzakelijk zijn. Bij sommige banen is een aanstellingskeuring verplicht. Ook kan een werkgever verplichte medische keuringen vragen in het kader van blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Een dergelijke keuring wordt door de bedrijfsarts gedaan.

5.5 Uitwerking IV: prominente plaats voor collectieve arbeidsgerichte medische zorg

Al dan niet naar aanleiding van individuele zorgcontacten, behoudt de bedrijfsarts zijn adviserende rol richting de werkgever in het kader van collectieve preventie. Collectieve preventie heeft het doel de arbeidsomstandigheden en het behoud van duurzame inzetbaarheid van het personeel te bevorderen. Door zijn kennis van de wereld van de arbeid, economische sectoren en branches, werkgevers, werkenden en sociale zekerheid kan hij bijdragen aan het verbeteren van arbeidsomstandigheden, kan hij aan signalering en preventie van potentieel gezondheidsbedreigende ontwikkelingen werken. Daarmee draagt de bedrijfsarts als adviseur van de werkgever bij aan de gezondheid van de werkenden. De adviesfunctie van de bedrijfsarts uit zich in de rol als adviseur van werkenden en het management. Het gaat om het helpen van het bedrijf om een gezonde organisatie te zijn met gezonde werkplekken en met een expliciet preventiebeleid, het organiseren van preventief medisch onderzoek en het inventariseren van arbeidsrisico's. Deze adviesfunctie kan zich ook uiten in de rol van coach van leidinggevenden bij het professioneel vormgeven van de omgang met zieke werkenden en re-integratietrajecten.

Analyse van de ziekmeldingen en arbeidsgerelateerde klachten van werkenden op geaggregeerd niveau is hierbij een belangrijk aspect. Als de bedrijfsarts over voldoende informatie uit de verzuimbegeleiding beschikt, is patroonherkenning mogelijk. Met name binnen grote bedrijven en instellingen en binnen specifieke branches is het volume werkenden voldoende om patronen in klachten, ziekte en verzuim te kunnen herkennen. Bovendien kan de bedrijfsarts veel informatie verkrijgen van zowel de werkgever als de werkenden door de werkvloer te bezoeken en te spreken met de werkgever en de werkenden. De vrije toegang tot de werkvloer en de organisatie is daarbij essentieel. Voorts hoort bij collectieve preventie het participeren in risico-inventarisaties en -evaluaties (RI&E's) voor de werkgever.

Ook nieuwe ontwikkelingen in wetenschappelijke inzichten, best practices binnen branches en de registratie van arbeidsongevallen en beroepsziekten vormen belangrijke bronnen voor het ontwikkelen van collectieve preventieprogramma's op de werkvloer. Binnen bedrijven en instellingen werkt de bedrijfsgeneeskundige samen met overige kerndeskundigen om het preventiebeleid vorm te geven.

Op dit moment wordt collectieve preventie door werkgevers maar beperkt ingekocht, terwijl het een belangrijke verantwoordelijkheid van de werkgevers is om gezondheidsrisico's door arbeid te minimaliseren. Daarom behoort preventie een prominentere plaats te krijgen in het basiscontract of de polis die een werkgever afsluit voor het leveren van arbeidsgerichte medische zorg.

5.6 Uitwerking V: beschikbaarheid arbeidsgerichte medische zorg tijdens leven

Een werkende kan op verschillende manieren tijdens zijn leven in aanraking komen met arbeidsgerichte medische zorg. In deze paragraaf wordt per levensfase, ook voor en na de klassieke werkzame periode, beschreven welke arbeidsgerichte medische zorg voor de werkende beschikbaar moet zijn. Aan de hand van voorbeelden worden de nieuwe elementen wat betreft arbeidsarts, toegankelijkheid en samenwerking en dergelijke toegelicht.

5.6.1 Arbeidsgerichte medische zorg voor scholieren/studenten/stagiaires



Begeleiding en advisering

Arbeidsgerichte medische zorg voor scholieren/studenten/stagiaires is over het algemeen gericht op advisering en ondersteuning, om daarmee (arbeids)participatie in de daaropvolgende jaren zo optimaal mogelijk te ondersteunen. Jeugdartsen, huisartsen, medisch specialisten en arbeidsartsen brengen zo nodig ieder hun eigen expertise in om de (nog niet) werkende zo goed mogelijk te begeleiden en te adviseren. Verzekeringsartsen worden geraadpleegd bij beoordelingen in het kader van de Participatiewet (voorheen: Wajong). Door elkaar te consulteren en de kennis vanuit de verschillende deskundigheidsgebieden bijeen te brengen, kan de (nog niet) werkende op maat gesneden advies en ondersteuning krijgen, aansluitend op zijn specifieke beperkingen en mogelijkheden om te participeren in de maatschappij. Nadrukkelijk gaat het er hierbij om dat de werkende leert en ondersteund wordt om in de context waarin hij verkeert, zich aan te passen en regie te voeren in het licht van zijn beperkingen en mogelijkheden. In bijgaande voorbeelden is het nodig dat de huisartsen, medisch specialisten en jeugdartsen oog hebben voor de relatie tussen klachten, functioneren, ziekten, beperkingen en arbeid. Samenwerking met bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is hierbij cruciaal. De arbeidsarts heeft de mogelijkheid om de kennis van de andere behandelaren te integreren in een advies over de mogelijkheden om arbeid te verrichten dan wel te participeren.

Voorbeelden

14-jarige scholier met motorische en mentale stoornissen: de jeugdarts kan advies inwinnen bij de arbeidsarts, om de scholier te ondersteunen bij het maken van een beroepskeuze die past bij zijn beperkingen.

16-jarige stagiaire met diabetes type 1: de jeugdarts en de huisarts/kinderarts vragen advies aan de arbeidsarts over de combinatie met wisseldiensten en andere werkfactoren, zodat de stagiaire een afgewogen keuze kan maken en zicht heeft op de eventuele beperkingen die diabetes kan geven bij de beroepskeuze.

Keuringen voor aanstelling of sociale voorziening

Naast begeleiding en advisering zullen sommige (nog niet) werkenden een keuring moeten ondergaan in het kader van een aanstelling (zoals piloten), acceptatie van een polis of in het kader van een aanvraag voor een sociale voorziening. Bij een aanstellingskeuring gaat het erom of iemand geschikt is voor het werk; de keuring vindt plaats op verzoek van de werkgever. De Wet op de medische keuringen en de Leidraad Verplichte medische keuringen van werknemers (NVAB 2007) reguleren de voorwaarden waaronder een dergelijke keuring kan geschieden. Bij een keuring voor een sociale voorziening gaat het er expliciet om of iemand zodanige beperkingen heeft door medische oorzaken dat hij aanspraak kan maken op financiële compensatie. Deze beoordeling vindt plaats op verzoek van de uitkeringsinstantie, die deze rapportage nodig heeft om een onderbouwde beslissing te nemen.

De artsen die deze beoordeling doen, zoals de verzekeringsarts, de arts werkzaam in de sociaal medische advisering of de geneeskundig adviseur verzekeringszaken, hebben feitelijke informatie nodig van de huisarts, medisch specialist, jeugdarts of arbeidsarts, maar zijn niet betrokken bij het behandelingstraject. Het oordeel moet immers onafhankelijk tot stand komen.

Bij dergelijke keuringen schendt de arts zijn geheimhoudingsplicht niet als hij na het uitvoeren van de keuring aan de opdrachtgever informatie verschaft. Het moet om informatie gaan die voor het doel van de keuring strikt noodzakelijk is (artikel 10, lid 3 van de Wet op de medische keuringen). Als de werkende deze informatieverstrekking wil tegenhouden, wordt deze hierop gewezen en kan de betrokkene gebruikmaken van het blokkeringsrecht.

Voorbeeld

18-jarige stagiaire die vastloopt door ADHD/dyslexie: ondanks advisering en ondersteuning is het niet gelukt om een opleiding af te maken en arbeid te verrichten. De stagiaire moet daarom in het kader van de Wajong een sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen (SMBA) ondergaan.

5.6.2 Arbeidsgerichte medische zorg tijdens het werkleven



Chronische ziekte

Als een werkende een chronische ziekte krijgt, heeft deze wellicht, ook als hij (nog) niet verzuimt, bij vaststelling van de ziekte (en daarna) adviezen nodig van de huisarts, medisch

specialist en mogelijk van een arts met expertise op het gebied van arbeid. Het doel hiervan is om zo goed mogelijk met de ziekte te leren omgaan en te onderzoeken welke consequenties deze ziekte heeft voor zijn functioneren op het werk. Aandacht voor arbeidsparticipatie is een essentieel onderdeel van de medische behandeling en begeleiding. Een werknemer kan hiervoor bij zijn bedrijfsarts terecht. Alle andere werkenden kunnen zich wenden tot de vrij toegankelijke arbeidsarts. De bedrijfsarts of arbeidsarts dragen bij aan het onderzoek naar de wijze waarop de ziekte het best behandeld kan worden, zodat de werkende zo goed mogelijk kan functioneren en participeren. Dit vraagt om een participatieve aanpak met inbreng van de huisarts en/of medisch specialist als deskundigen op het gebied van functioneren en participatie in relatie tot ziekte en behandeling. De participatieve aanpak draagt eraan bij dat de werkende wordt gestimuleerd om met behulp van gedeelde besluitvorming zo veel als mogelijk is eigen regie te voeren en eigen keuzes te maken.

Verzuimbegeleiding

Als de werkende zich ziek meldt vanwege een (chronische) ziekte, zullen de begeleiding en behandeling zich, in het belang van de werkende, richten op een zo goed mogelijk herstel van gezondheid, functioneren en participatie, en derhalve op re-integratie in het werk. Deze verzuimbegeleiding heeft tot doel om de gezondheid van de werkende en zijn (arbeids)participatie te bevorderen. Soms kan deze al best gestart worden vóórdat er sprake is van verzuim, als de werkende al eerder problemen ervaart in het functioneren (bijvoorbeeld bij presenteïsme). De huisarts, medisch specialist en bedrijfsarts (toegankelijk voor werknemers) of arbeidsarts (toegankelijk voor alle werkenden zonder bedrijfsarts) dragen hieraan gezamenlijk bij, allen gericht op het belang van de werkende. Zodra de bedrijfsarts op basis van de arbowetgeving bepaalde taken heeft, zoals het opstellen van een probleemanalyse na een verzuimperiode van zes weken, is de werknemer verplicht om zich te wenden tot de bedrijfsarts. De bedrijfsarts (voor werknemers) stelt de beperkingen van de zieke werkende vast en beschrijft deze in een probleemanalyse. Daarin adviseert hij ook over de mogelijkheden om te werken die de werkende nog wél heeft. Onder condities, zoals bescherming van vertrouwelijkheid van bepaalde bedrijfsinformatie, moeten de bedrijfsarts en de arbeidsarts toegang hebben tot de werkorganisatie (management, supervisor, collega's) en tot de werkplek van de werkende. Als maatregelen in het werk nodig zijn om het herstel en de re-integratie te bevorderen, zal – indien de werkende een werkgever heeft – deze hierin betrokken moeten worden. Het is de deskundigheid van de bedrijfsarts om de werkgever hierover te adviseren, mét toestemming van de werkende. Mocht de werkende om hem moverende redenen geen toestemming hiervoor geven, dan zal de werkende zelf, met ondersteuning van de bedrijfsarts, de werkgever moeten informeren.

Voorbeelden

42-jarige medewerker met diabetes: de huisarts stelt de diagnose diabetes bij een werkende met een vaste baan. Binnen het werk zijn er een aantal factoren (zoals onregelmatige diensten en afwisselend zware lichamelijke arbeid) die de stabiliteit van de glucosespiegel nadelig zouden kunnen beïnvloeden. De huisarts verwijst de werkende naar de bedrijfsarts ten behoeve van afstemming van deze werkfactoren. Vervolgens krijgt deze medewerker een hypo op het werk en meldt hij zich ziek. De bedrijfsarts stemt met de huisarts en medisch specialist af, die vervolgens de regulatie van de glucosewaarden aanpakken. Ook voorziet hij de werkende van een re-integratieadvies, waarbij rekening wordt gehouden met de veiligheid van de werkende zelf en van anderen op de werkvloer.

62-jarige plaatwerker met werkgerelateerde verouderingsklachten: de medewerker gaat naar het inlooppreekuur van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts overlegt met de huisarts (of POH-GGZ) en adviseert en ondersteunt de werkende bij het herstel van de draagkracht-draaglastbalans in het werk.

Keuringen (voor financiële compensatie)

Bij sommige werkenden zal re-integratie niet slagen. Ondanks behandeling/begeleiding kan de werkende zodanig belemmerd zijn in zijn functioneren dat terugkeer naar werk geen optie is. Als het werk ook niet zodanig aan te passen is dat functioneren binnen het werk weer tot de mogelijkheden behoort en begeleiding naar ander werk niet tot resultaat heeft geleid, zal de werkende aanspraak maken op een uitkering/schadeloosstelling. Voor het maken van een dergelijke aanspraak zal een beoordeling moeten plaatsvinden op verzoek van UWV/de verzekeraar. Hiervoor is een rapportage nodig om een onderbouwde beslissing te nemen over het al dan niet verstrekken van een uitkering/financiële compensatie. De arts die deze beoordeling doet, de verzekeringsarts of medisch adviseur van een verzekeraar, heeft wel feitelijke informatie nodig van de huisarts, medisch specialist en bedrijfsarts of arbeidsarts, maar is niet betrokken bij het behandelingstraject. Het oordeel moet immers onafhankelijk tot stand komen.

Voorbeeld

47-jarige verfspuiter meldt zich ziek na myocardinfarct, bypassoperatie en klachten bij forse inspanning: omdat re-integratie niet lukt door de herhaald optredende klachten, moet de werkende beoordeeld worden in het kader van de WIA.

Bijzondere situaties

1. Conflict werkgever en werknemer

Als tussen de werkgever en werknemer een verschil van mening ontstaat over de rechtmatigheid van het verzuim, kan de werkgever een deskundigenoordeel aanvragen. De verzekeringsarts die deze beoordeling doet, heeft feitelijke informatie nodig van de huisarts, medisch specialist en bedrijfsarts of arbeidsarts. De oordelend verzekeringsarts moet onafhankelijk tot een oordeel komen.

2. Vaststelling beroepsziekte

De aandacht voor de rol van arbeid bij het ontstaan van ziekten zal ertoe leiden dat de behandelaars alerter worden op het signaleren van beroepsziekten. Indien een bedrijfsarts of arbeidsarts een beroepsziekte constateert, al dan niet in het kader van verzuimbegeleiding, is de arts verplicht een melding te doen van deze beroepsziekte, inclusief analyse en relevante advisering aan de werknemer én – eventueel anoniem – aan de werkgever, met het oog op preventie van herhaling. Ook moet hij een rapportage opstellen voor het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB).

3. Belang van derden

Als een arts constateert dat de ziekte van de werkende een risico vormt voor derden (bijvoorbeeld het optreden van hypo's bij een buschauffeur of van waanideeën bij een piloot) en de werkende weigert de werkgever hierover te informeren, kan de arts zich gesteld zien voor een conflict van plichten. De arts kan dan, na zorgvuldige afweging van de criteria van het

conflict van plichten, besluiten de werkgever te informeren. De arts maakt daarbij een afweging tussen het recht op geheimhouding van de werkende en het risico voor derden. Indien het een reëel risico betreft dat niet op andere wijze is af te wenden, zal de arts de werkgever of bijvoorbeeld de opdrachtgever dienen te informeren. Zowel huisartsen als medisch specialisten als bedrijfsartsen als arbeidsartsen kunnen dit conflict van plichten ervaren. De bedrijfsartsen en de arbeidsartsen zijn degenen met de meeste deskundigheid om de risico's in te schatten. Daarom zal het in de praktijk veelal de bedrijfsarts of arbeidsarts zijn die uiteindelijk beslist en uitvoering geeft aan het besluit om de werkgever of bijvoorbeeld de opdrachtgever al dan niet te informeren.

5.6.3 Arbeidsgerichte medische zorg tijdens pensioengerechtigde leeftijd

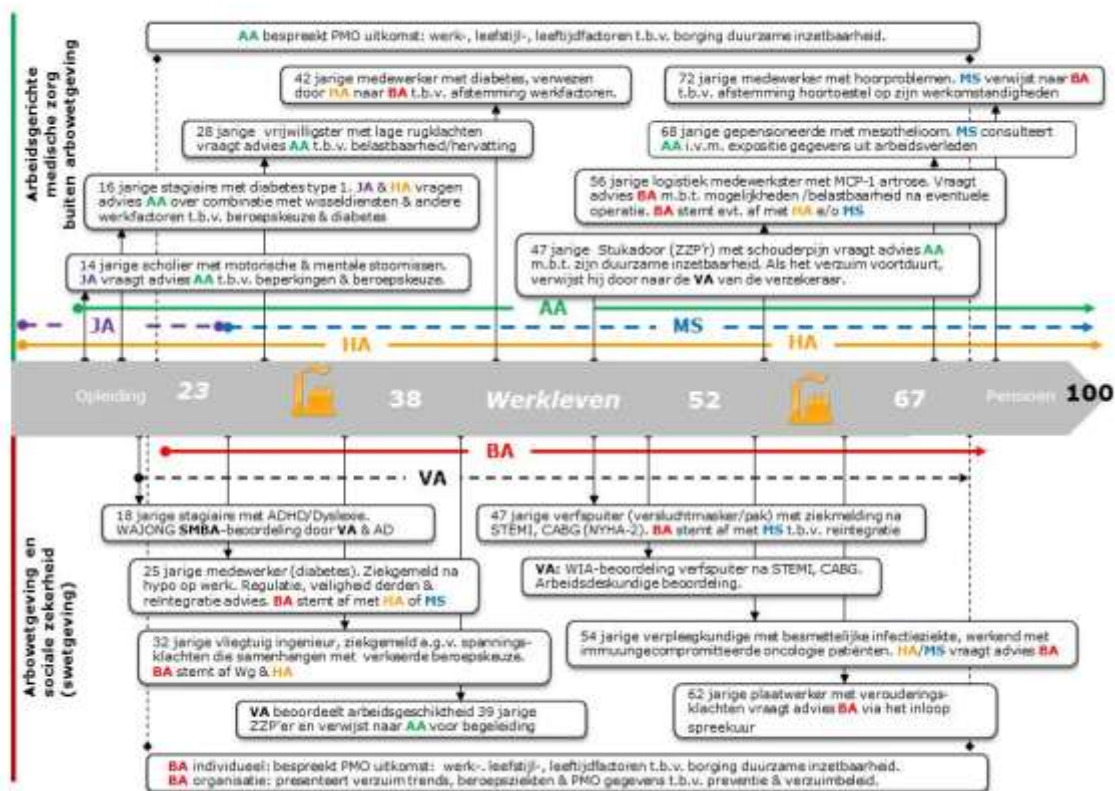


Ook nadat iemand de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt, kan hij nog geconfronteerd worden met werkgerelateerde aandoeningen. Als een huisarts of medisch specialist een diagnose stelt die mogelijk een beroepsziekte betreft, kan de arbeidsarts ingeschakeld worden om de expositiegegevens uit het arbeidsverleden na te vragen. Bij vaststelling dat het een beroepsziekte betreft, zal de arbeidsarts hierover, conform de wettelijke bepalingen, een melding moeten doen aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB).

Daarnaast krijgen gepensioneerde ouderen in toenemende mate mantelzorgtaken. Als deze taken een zware lichamelijke of psychische belasting vormen, zou de gepensioneerde tijdens een consult bij de arbeidsarts adviezen kunnen krijgen om de draagkracht-draaglastbalans te verbeteren.

Voorbeeld

68-jarige gepensioneerde man met mesothelioom: nadat de medisch specialist de diagnose heeft gesteld, informeert hij, met toestemming van de patiënt, de arbeidsarts. De arbeidsarts raadpleegt het gezondheidsdossier van de werkende en doet een melding beroepsziekten.



Figuur 3: Arbeidsgerichte medische zorg tijdens het leven.

6 Vormgeven van de visie in de praktijk: een toekomstscenario

6.1 Heroriëntatie van de specialisten

Om deze visie te implementeren, is een heroriëntatie van de specialisten noodzakelijk, zowel binnen het specialisme arbeid en gezondheid als binnen de specialisten werkend in de curatieve sector.

6.1.1 Heroriëntatie voor artsen werkend in de curatieve sector

Inleiding

Arbeid is een determinant van gezondheid en daarmee is arbeidsgerichte medische zorg voor werkenden dus ook nadrukkelijk onderdeel van het werk van artsen in de curatieve sector. Dit betekent dat het behandeldoel bij werkenden geplaatst wordt in het brede perspectief van gezondheid: het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht

van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.¹¹⁹ Het ICF-model vormt hiervoor een goed aanknopingspunt. Dit doel doet overigens niets af aan de verantwoordelijkheid van werkgevers om de arbeidsomstandigheden zo goed mogelijk aan te passen aan de mogelijkheden van de werkenden. De curatieve zorg richt zich in arbeidsgerichte medische zorg derhalve niet alleen op het behandelen en begeleiden van de zieke, maar ook op het bevorderen van arbeidsparticipatie.

Factor arbeid integraal onderdeel in de zorgverlening

De factor arbeid moet een integraal onderdeel worden van de zorg binnen de curatieve sector. Hiervoor moet de factor arbeid een plaats krijgen in de behandelrichtlijnen van de curatieve sector. De module Zorgmodule Arbeid 1.0¹²⁰ is een goed uitgangspunt om dit te bewerkstelligen bij chronische aandoeningen. Dit betekent dat de curatief werkzame arts bij elke patiënt (tussen de 18 en 67 jaar) vraagt of hij/zij werk heeft, en of de klacht verband kan houden met het werk (causaal dan wel conditioneel). Als er sprake is van een chronische aandoening, dan dient eveneens gevraagd te worden naar (betaald) werk. Is dat het geval, dan signaleert de behandelend arts of er (dreigende) problemen zijn ten aanzien van het werk door een korte arbeidsanamnese, waarvan inmiddels verschillende varianten in richtlijnen ontwikkeld zijn:

- Wat is de functie/het beroep?
- Heeft de chronisch zieke zich ziek gemeld of dreigt dit te gebeuren?
- Worden de klachten (vooral) door het werk veroorzaakt of versterkt?
- Is de chronisch zieke al onder begeleiding van een arbeidsarts, bedrijfsarts of verzekeringsarts, of is hij betrokken in een (re-)integratietraject?
- Zijn er belemmeringen thuis of op het werk voor de terugkeer naar het werk?

Deze vragen zijn deels ook van toepassing op werkenden met een niet-chronisch gezondheidsprobleem.

6.1.2 Functie arbeidsarts binnen de specialismen arts arbeid en gezondheid

In de huidige indeling in specialismen bestaat er binnen de sociale geneeskunde het specialisme arbeid en gezondheid – bedrijfsgeneeskunde en het specialisme arbeid en gezondheid – verzekeringsgeneeskunde. Daarnaast is er nog de opleiding arts maatschappij & gezondheid (M&G) met acht profielen.¹²¹

In dit visiedocument wordt binnen het specialisme arbeid en gezondheid de functie arbeidsarts toegevoegd. Zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsarts kan werkzaam zijn als arbeidsarts. Met de functie van arbeidsarts, gepositioneerd in de eerste lijn, wordt de toegankelijkheid van de arbeidsgerichte medische zorg verbeterd en vergroot, en wordt de factor arbeid in de curatieve zorg beter verankerd. Binnen het specialisme arbeid en gezondheid ontstaat zo ook

¹¹⁹ Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011 Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.

¹²⁰ Zorgmodule Arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. CBO, maart 2014.

¹²¹ De opleidingen binnen M&G heten profielen en zijn door het College Geneeskundige Specialismen als zodanig erkend. De KAMG is momenteel bezig met een nieuw opleidingsplan waarin de huidige profielen als profiel zijn verdwenen en zijn omgevormd tot deskundigheidsgebieden.

de mogelijkheid om werkzaam te zijn als arbeidsarts. Er zal sprake zijn van een overlap in kennis en kunde, maar met een andere positionering in de praktijk. Daarom is het advies om de opleidingen arbeid en gezondheid waar mogelijk verder te integreren met zowel gezamenlijke modules als specifieke modules voor de verschillende functies. Door het vormgeven van een meer geïntegreerde opleiding waarbij men waar mogelijk gezamenlijke modules volgt, worden de kennis over elkaar en het samenwerken met elkaar binnen het specialisme arbeid en gezondheid versterkt.

Dit voorstel heeft nader onderzoek en uitwerking, waarna de werkzaamheid in pilots geëvalueerd kan worden. Ook zal er aandacht moeten zijn voor mogelijke consequenties voor de opleiding. Op dit moment is ook de functie van klinisch arbeidsgeneeskundige in ontwikkeling. Het verdient aanbeveling om ook te onderzoeken op welke wijze de functie van klinisch arbeidsgeneeskundige aansluit op de in dit visiedocument voorgestelde functie van arbeidsarts, die de arbeidsgerichte medische zorg levert binnen de eerste lijn.

6.2 Opleiding en academisering

Opleiding revitaliseren

Om de factor arbeid een integraal onderdeel te laten zijn van de zorg, is het voorts noodzakelijk dat arbeidsgerichte medische zorg een integraal onderdeel wordt van de basisopleiding, de huisartsenopleiding en de medisch-specialistische opleidingen. Dit heeft nadere uitwerking in het formuleren van eindtermen voor de basisopleiding en competenties op het gebied van arbeidsgerichte medische zorg voor de medische vervolgoopleidingen. Daarnaast is aandacht noodzakelijk voor instroom in de post-initiële beroepsopleiding: sinds jaren blijft de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts ver achter bij wat nodig zou zijn om in de vervangingsvraag te voorzien. Ook het capaciteitsorgaan gezondheidszorg heeft hier zijn verontrusting over uitgesproken omdat het uiteindelijk leidt tot grote tekorten aan bedrijfsartsen. De grotere aandacht voor de factor arbeid in de curatieve gezondheidszorg en de introductie van de functie arbeidsarts binnen het specialisme arbeid en gezondheid, zullen de aantrekkelijkheid van het vakgebied vergroten.

Op dit moment is de opleiding privaat gefinancierd door de werkgevers van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Als de noodzakelijke wijziging in financieringssysteem wordt ingevoerd, die vergelijkbaar is met de opleidingen voor huisartsen en medisch specialisten, zal dit vrijwel zeker de instroom verhogen, omdat artsen dan onafhankelijk van hun werkgever voor de opleiding kunnen kiezen.

Academische positie versterken

Tot slot is verdere academisering van arbeidsgerichte medische zorg noodzakelijk. Academisering staat voor professionaliseren op basis van wetenschappelijke kennis en inzichten. Met de realisering van dit streven worden niet alleen de professies beter onderbouwd, maar wordt tevens de samenwerking in de arbeidsgerichte medische zorg gestimuleerd. Het instellen en versterken van leerstoelen/leerstoelgroepen op het terrein van arbeid en gezondheid, de concentratie van arbeidsgerichte medische zorg en specialisatie in

UMC-verband en het instellen van academische werkplaatsen voor arbeidsgerichte medisch zorg behoeven nadere uitwerking.

6.3 Toezicht op handelen artsen arbeid en gezondheid

Inleiding

Op dit moment valt het toezicht op het handelen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen onder de Inspectie SZW. Als de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen meer gaan samenwerken met huisartsen en medisch specialisten, is het van belang dat ook het toezicht en het toetsingskader op gelijke wijze worden georganiseerd. De kwaliteit van het handelen van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en de kwaliteit van het toezicht zijn er beide bij gebaat dat dit toezicht aansluit bij het toezicht op het handelen van de artsen in de curatieve sector.

Wijziging in toezicht op arbeidsgerichte medische zorg

De huidige bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen vallen wel onder het tuchtrecht voor de gezondheidszorg, maar niet onder het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Zeker gezien de in dit visiedocument voorgestelde veranderingen ligt het voor de hand dat het toezicht op het handelen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (en uiteraard ook arbeidsartsen) gaat vallen onder de IGZ. De IGZ kan, voor zover nodig, dit toezicht in de vorm van gezamenlijk toezicht met de Inspectie SZW vormgeven. De Inspectie SZW heeft primair tot taak om te controleren of werkgevers en werknemers zich aan de verschillende wetten, besluiten en regelingen op het terrein van arbeid houden. De KNMG bepleit een intensivering van het toezicht teneinde te bewerkstelligen dat meer werkgevers zich houden aan hun wettelijke verantwoordelijkheden aangaande gezond en veilig werken. Het huidige percentage van de werkgevers met een contract voor arbeidsgerichte zorg (73%) moet verder omhoog. De overheid draagt mede een verantwoordelijkheid voor het adequaat functioneren van het stelsel voor gezond en veilig werken. Zij kan dat als publieke taak organiseren of het aan de private markt overlaten, zoals dat op dit moment is georganiseerd. De overheid heeft daarbij in ieder geval de taak om te borgen dat het stelsel goed functioneert en goed geëquipeerde inspecties zijn daarvoor noodzakelijk.

De plicht van de werkgever om bedrijfsongevallen te melden zou uitgebreid moeten worden met de verantwoordelijkheid voor het melden van beroepsziekten. De bedrijfsartsen leveren de inhoudelijke informatie hiervoor aan bij de werkgever, die vervolgens de procesverantwoordelijkheid heeft om hiervan melding te maken en verantwoording af te leggen aan de toezichthouder. De arbeidsarts meldt een beroepsziekte rechtstreeks aan het Centrum voor Beroepsziekten.

6.4 Financiering

Inleiding

De KNMG is zich er terdege van bewust dat adequate financiering een belangrijke factor is voor het welslagen van veranderingen. De KNMG wil met dit visiedocument niet pleiten voor een wijziging van het zorgstelsel. Echter, het mogelijk maken dat werkenden die nu geen

toegang hebben tot bedrijfsgeneeskundige zorg die toegang straks wel krijgen, kan moeilijk budget-neutraal gerealiseerd worden. Het toegankelijk maken van de arbeidsgerichte medische zorg voor alle werkenden zal extra kosten met zich meebrengen. Maar het zal ook besparingen opleveren, doordat de participatie van werkenden wordt vergroot. De KNMG pleit ervoor dat verschillende financieringsmodellen worden uitgewerkt en doorgerekend.

Onderzoek naar financiering

Voor de financiering van de arbeidsarts zijn verschillende financieringsscenario's denkbaar: via fondsen (van werkgevers en werknemers), via opname in de basiszorgverzekering, via opname in aanvullende pakketten en dergelijke. Wijzigingen in de financiering kunnen echter aanzienlijke gevolgen hebben voor de toegang tot de zorg en voor de totaalkosten van de arbeidsgerichte medische zorg. Het is daarom van groot belang dat, voordat er structurele wijzigingen in de arbeidsgerichte zorg geïmplementeerd worden, deze ook worden doorgerekend en dat, zo mogelijk in experimentvorm, wordt geëvalueerd wat de positieve en negatieve effecten zijn.

Het is niet uitgesloten dat het intensiveren van arbeidsgerichte zorg in de curatieve sector door huisartsen en medisch specialisten ook om wijzigingen in de financiering vraagt. Als huisartsen en medisch specialisten meer aandacht aan de factor arbeid besteden, en daarmee bijdragen aan een sneller herstel van de werkenden, zal nagegaan moeten worden op welke wijze deze zorg, bijvoorbeeld op basis van een betaaltitel, gefinancierd gaat worden.

Op welke wijze de financiering georganiseerd moet worden, is deels een politiek en deels een technisch-organisatorisch vraagstuk. Het verdient aanbeveling dat een daartoe geëquiperde instantie een doorrekening maakt van de financiële en de eventueel daarmee samenhangende organisatorische consequenties.

7. Epiloog

Dit visiedocument vormt een belangrijke stap in de verbetering van de arbeidsgerichte medische zorg. Zo krijgen álle werkenden toegang tot arbeidsgerichte medische zorg door de introductie van de functie van arbeidsarts in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast gaat de curatieve sector meer aandacht besteden aan de factor arbeid, wat een impuls geeft aan een betere samenwerking tussen alle artsen die bij de zorg voor werkenden betrokken zijn. De bedrijfsarts die als een spil in bedrijven werkt, kan vanuit zijn unieke positie in overleg met de werkgever de gezondheidsbelangen van de werkenden blijven dienen.

7.1 Oplossingsrichtingen en handvatten

Dit visiedocument biedt oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde knelpunten die in 3.3 vermeld zijn. Dit document biedt bovendien handvatten voor het beter omgaan door artsen met de ervaren spanningsvelden zoals beschreven in paragraaf 4.2. Met de gezamenlijke uitgangspunten en de nieuwe inrichting (hoofdstuk 5) kunnen afstemming en samenwerking in de arbeidsgerichte medische zorg bij het behandelen en begeleiden immers sterk worden verbeterd, omdat voor alle betrokkenen duidelijk is met welk doel de behandeling en begeleiding plaatsvinden. Een betere samenwerking geeft bovendien een impuls aan het hebben van aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg.

Hieronder staat per knelpunt de oplossingsrichting samengevat, zoals die in dit visiedocument is beschreven.

a. Meer aandacht in de curatieve zorg voor arbeid en voor ziekte en duurzame inzetbaarheid in de arbeidssituatie

In de opleiding tot arts en daarna tot huisarts en specialist zal meer aandacht besteed moeten worden aan de relatie tussen arbeid en gezondheid.

Voorts zal het implementeren van de Zorgmodule Arbeid 1.0 de aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg versterken. De zorgmodule geldt alleen voor chronische aandoeningen, maar in lijn met deze visie moet de factor arbeid ook in de richtlijnen opgenomen worden die niet chronische aandoeningen betreffen, maar waarbij er wel een wisselwerking kan optreden tussen aandoening en werk.

Ten slotte zal de introductie van de arbeidsarts de afstemming en samenwerking tussen specialisten arbeid en gezondheid en de curatieve sector intensiveren. Immers, als een arbeidsarts in de eerste lijn wordt gepositioneerd, is te verwachten dat de herkenbaarheid en bereikbaarheid van het specialisme wordt vergroot, wat de bereidheid tot samenwerking verbetert en de drempel daartoe verlaagt. Dit zal als bijkomend resultaat hebben dat de aandacht voor de factor arbeid in de curatieve sector zal toenemen.

b. Betere toegankelijkheid van de bedrijfsgezondheidszorg

De introductie van de arbeidsarts maakt dat arbeidsgerichte medische zorg voor álle werkenden toegankelijk is. Werknemers met een bedrijfsarts hebben door aanpassing in de Arbowet vrije toegang tot de bedrijfsarts en recht op een second opinion. De overige werkenden, zoals werknemers zonder bedrijfsarts, zzp'ers, werklozen, vrijwilligers,

mantelzorgers en gepensioneerden, kunnen laagdrempelig terecht bij de arbeidsarts in de eerstelijnsgezondheidszorg.

c. Meer aandacht voor preventie

Het is van groot belang dat werkgevers hun verantwoordelijkheid nemen en vooral collectieve preventie opnemen in het basiscontract dat de werkgever afsluit voor het leveren van arbeidsgerichte zorg door bedrijfsartsen. Daarnaast wordt de aandacht voor individuele preventie binnen de arbeidsgerichte medische zorg versterkt, doordat de werknemer al in een vroeg stadium bij klachten of signalen een vrije toegang heeft tot de bedrijfsarts. Overige werkenden kunnen de arbeidsarts in de eerste lijn inschakelen. In deze visie wordt het belang van preventie nogmaals onderstreept.

d. Betere samenwerking tussen curatieve zorg en bedrijfsartsen/verzekeringsartsen

De toenemende aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg en de introductie van de arbeidsarts in de eerstelijnsgezondheidszorg bevorderen de samenwerking en afstemming tussen de curatieve zorg en de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Bovendien draagt een verheldering van de positie van de bedrijfsartsen/verzekeringsartsen/arbeidsartsen en de duidelijke stellingname dat alle artsen het belang van de werkende dienen, bij aan een betere samenwerking tussen curatieve zorg en bedrijfsartsen/verzekeringsartsen en tussen laatstgenoemden onderling. De verheldering van de mogelijkheden tot informatie-uitwisseling en het continu arbeidsgeneeskundig dossier zullen hieraan ook bijdragen.

e. Toegenomen vertrouwen in de bedrijfsarts en verzekeringsarts

De uitgangspunten in dit visiedocument, zoals benoemd in 5.1, benadrukken dat álle artsen die in de arbeidsgerichte medische zorg werkzaam zijn, het gezondheidsbelang van de werkenden vooropstellen. Dat is een belangrijk fundament voor het herstel van het vertrouwen in de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Het recht van een werknemer op een second opinion zal hieraan ook zeker bijdragen. Hoewel van een andere orde, zal flexibilisering van beoordelingstermijnen ook helpen.

f. Toenemende gerichtheid op beroepsziekten

Toenemende aandacht voor de factor arbeid in de eerstelijnsgezondheidszorg, onder meer door de introductie van de arbeidsarts, zal de herkenning van beroepsziekten verbeteren. Een vereenvoudiging van het proces van registratie van beroepsziekten kan bereikt worden door het melden van beroepsziekten op dezelfde wijze te regelen als het melden van arbeidsongevallen, en de procesverantwoordelijkheid voor het melden bij de werkgever te leggen. Zowel de bedrijfsartsen als de verzekeringsartsen krijgen de professionele plicht om een beroepsziekte bij de werkgever te melden, die vervolgens de verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld om deze te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB) en daarover zo nodig verantwoording af te leggen bij de toezichthouder. De arbeidsarts meldt een beroepsziekte rechtstreeks bij het NCVB.

g. Toegenomen instroom in opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts

De instroom in de opleiding kan verbeteren, ervan uitgaande dat de introductie van de functie van arbeidsarts werkzaam in de eerste lijn, de aantrekkingskracht van het vak zal vergroten.

Hiervoor zijn echter ook andere maatregelen nodig, zoals verdere academisering van het vakgebied, verankering van arbeid en gezondheid in de basisopleiding en een publieke financiering van de opleidingen van de specialismen binnen arbeid en gezondheid. Dit visiedocument kan als uitgangspunt genomen worden om hieraan verder te werken.

7.2 Enkele kanttekeningen

De visie biedt oplossingsrichtingen en handvatten voor diverse gesignaleerde knelpunten en spanningsvelden. Een enkele kanttekening is hierbij op zijn plaats. Allereerst is het van belang om nog eens te benadrukken dat de arbeidsgerichte medische zorg nu ook al vaak goed gaat en dat de knelpunten en spanningsvelden er lang niet altijd en overal zijn. Er zijn in de huidige praktijk legio situaties waarin een bedrijfsarts zonder problemen zowel voor de werkende als voor de werkgever taken verricht. Onder omstandigheden kan dat zelfs versterkend werken, met name in situaties waarin werkgever en werknemer gelijkgericht zijn.

Wel zullen er altijd bepaalde dilemma's blijven, juist vanwege het spanningsveld waarin met name de bedrijfsarts opereert, en kunnen nieuwe dilemma's ontstaan.

Ondanks de voorgestelde wijzigingen zal het blijven voorkomen dat de belangen van de werkgever en de belangen van de werknemer zodanig uit elkaar liggen dat de bedrijfsarts voor een dilemma komt te staan, bijvoorbeeld als een werkende niet bereid is om informatie aan de werkgever te (laten) verstrekken aangaande het effect van de arbeidsomstandigheden op de werkende. Als de werkende het advies van de bedrijfsarts niet aan de werkgever wil of durft te verstrekken, waardoor de werkgever niet de gelegenheid krijgt om de arbeidsomstandigheden positief te beïnvloeden, kan de bedrijfsarts in gewetensnood komen: enerzijds heeft hij zich te houden aan zijn beroepsgeheim ten opzichte van de werkende, anderzijds kan zijn advies ook voor andere werkenden van belang zijn en hebben derden er dus belang bij dat hij de werkgever op de hoogte stelt. Dit kan opgelost worden door vooraf kenbaar te maken wat de rol van de bedrijfsarts is. De bedrijfsarts kan in die situaties de werkende met valide argumenten bewegen te voorzien in een informatieplicht jegens derden en anoniem de werkgever te informeren. De bedrijfsarts kan dat – met toestemming van de werkende – zelf doen. In uitzonderlijke situaties kan het voorkomen dat de bedrijfsarts zich gesteld ziet voor een conflict van plichten: het beroepsgeheim ten aanzien van de werkende en het (collectieve) gezondheidsbelang van de collega's van de werkende die aan dezelfde gezondheidsrisico's worden blootgesteld. Het zal dan aan de bedrijfsarts zijn om op professionele gronden te komen tot een juiste afweging van belangen.

Ook zijn afgrenzingsproblemen en domeindiscussies denkbaar tussen de arbeidsarts en de huisarts. Daar zit niemand op te wachten, maar ze zijn ook goed te voorkomen. Een zzp'er met rugklachten en een werkloos iemand met depressieve klachten gaan net zoals nu eerst naar de huisarts. Als huisarts en patiënt niet verder komen, kan door patiënt en/of huisarts de arbeidsarts om advies worden gevraagd of in consult worden geroepen.

7.3 Invoering onlosmakelijk verbonden met experimenten en evaluaties

Dit visiedocument biedt een goede basis om de arbeidsgerichte medische zorg verder te ontwikkelen en om beter om te gaan met de bestaande spanningsvelden. De voorstellen en

ideeën in dit visiedocument vragen nadere uitwerking in concrete plannen met experimenten. Het visiedocument is en blijft immers papier: *the proof of the pudding is in the eating*. Bovendien zijn er kanttekeningen te plaatsen, zoals de dilemma's en risico's hiervoor beschreven in 7.2. Daarom zijn proeftuinen met werkgevers, verzekeraars en gemeenten en andere experimentele vormen met subsidie voor onderzoek nodig. Verder zullen *business cases* opgesteld moeten worden om een inschatting van de kosten en baten te maken. Implementatie van dit visiedocument zou vergezeld moeten gaan van wetenschappelijke evaluaties van effecten en neveneffecten, bijvoorbeeld binnen een ZonMw-programma.

Bijlage 1 Samenstelling commissie/deelnemers rondetafelgesprekken

De samenstelling van de commissie (in alfabetische volgorde):

Jacintha van Balen, huisarts, Nederlands Huisartsen Genootschap
Frits de Beer, neurochirurg, Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
Prof. dr. Coen van Bennekom, revalidatiearts, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
Henk Boersma, geneeskundig adviseur bedrijfs- en verzekeringsarts, Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken
Louwrens Boomsma, huisarts, Landelijke Huisartsen Vereniging (tot mei 2015)
Prof. dr. Annelies Boonen, reumatoloog, Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
Dr. Bart Burger, orthopeed, Nederlandse Orthopaedische Vereniging
Dr. Sylvia van der Burg-Vermeulen, directeur, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (vanaf mei 2016)
Ellen Burgering, projectadviseur en vanaf juni 2016 projectleider, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Han Ceulen, bedrijfsarts, bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Dr. mr. Yvonne Drewes, arts M&G, projectleider en penvoerder, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (tot juni 2016)
Mr. Jim Faas, verzekeringsarts, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (tot februari 2016)
René Héman, arts M&G, voorzitter Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid
Ernst Jurgens, bedrijfsarts, bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (vanaf oktober 2015)
Dr. Rob Kok, verzekeringsarts, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (vanaf februari 2016)
Jos Manders, beleidsadviseur, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (tot oktober 2015)
Jurriaan Penders, bedrijfsarts, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
Dr. Jos Rooijackers, longarts, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
Desirée Wierper, verzekeringsgeneeskundige, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

Prof. dr. Gerrit van der Wal, onafhankelijk voorzitter commissie

Bijlage 2 Verklarende woordenlijst en afkortingen

Woordenlijst

Arbeidsgerelateerde klacht of aandoening is een klacht of aandoening die mede bepaald is door factoren in het werk.

Arbeidsgerichte medische zorg is de door of onder verantwoordelijkheid van artsen verleende zorg voor werkenden en potentieel werkenden, waarbij aandacht voor arbeidsparticipatie een essentieel onderdeel is. Het gaat daarbij om medische zorg die gerelateerd is aan arbeid, zowel gericht op het individu als op het collectief. Deze zorg omvat zowel de beoordeling van arbeidsgeschiktheid als de behandeling en begeleiding van werkenden en potentieel werkenden met (een risico op) ziekten en aandoeningen die de arbeidsparticipatie negatief (kunnen) beïnvloeden.

Arbeidsrelevante aandoeningen zijn aandoeningen die het werk en/of de inzetbaarheid negatief beïnvloeden, waardoor iemand zijn werkzaamheden niet of maar gedeeltelijk kan uitvoeren. Arbeidsrelevante aandoeningen kunnen ontstaan door het werk, maar bijvoorbeeld ook door het beoefenen van sport of hobby's of door (chronische) ziekten.

Begeleiden betreft het werken aan functieherstel en re-integratie, waarbij de arts arbeid en gezondheid zich een beeld vormt van de belastbaarheid van de werkende.

Behandelen betreft het werken aan herstel of verbetering van de gezondheid van de werkende, waarbij werkherleving deel kan uitmaken van de behandeling.

Beoordelen betreft het vaststellen van de verhouding tussen draagkracht en draaglast van de werkende ten behoeve van de toekenning van wettelijke aanspraken.

Beroepsziekte is de benaming voor een ziekte die direct te wijten is aan een of meer schadelijke factoren en invloeden van het werk of het werksmilieu.

Werkenden zijn alle mensen met betaald en onbetaald werk, zonder onderscheid naar type arbeidscontract. De potentieel werkenden zijn degenen die niet werken, maar wel inzetbaar zijn of inzetbaar zullen of kunnen worden voor werk.

Afkortingen

AA	arbeidsarts
AAW	Algemene arbeidsongeschiktheidswet
ADHD	attention deficit hyperactivity disorder
BA	bedrijfsarts
BGD	Bedrijfsgeneeskundige dienst
BMJ	British Medical Journal
BZA	Besluit ziekte en arbeidsongeschiktheid onderwijs- en onderzoekpersoneel
EU	Europese Unie
GAK	Gemeentelijk Administratie Kantoor
GAV	Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
GP	General Practitioner
HA	huisarts
HR	human resources
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
KAMG	Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICOH	International Commission on Occupational Health
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ILO	International Labour Organization
M&G	maatschappij en gezondheid

NCVB	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NMG	Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
PAGO	periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek
PHC	Primary Health Care
PvdA	Partij van de Arbeid
RI&E	risico-inventarisatie en -evaluatie
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SER	Sociaal-Economische Raad
SMBA	Sociaal-Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TZ	terugdringing ziekteverzuim
UMC	Universitair Medisch Centrum
UWV	Uitvoeringsorgaan Werknemersverzekeringen
VA	verzekeringsarts
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZ	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
Wg	Werkgever

WGA	Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organisation/Wereldgezondheidsorganisatie
WIA	Werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wn	Werknemer
Wonca	World Organization of Family Doctors
WULBZ	Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZP	zelfstandige zonder personeel

Bijlage 3 Geraadpleegde literatuur

1. Anema JR. De bedrijfsarts: dokter zonder patiëntenzorg? Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156: A4479.
2. Anema JR. Sociale geneeskunde: de brug tussen curatie en participatie. Rede uitgesproken op 13 december 2010.
3. APE. De instroom van de bedrijfsarts. APE-rapport 1367, oktober 2015.
4. Astri. Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Astri, 2011.
5. Astri. Versterken melding beroepsziekten. Resultaten vragenlijstonderzoek. Astri, 2014.
6. Berg M van den, Schoemaker CG (red.). Effecten van preventie, Deelrapport van de VTV 2010, Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007. Bilthoven: RIVM, 2010.
7. Boom P van den, Konijnenberg H, Lotterman G. Verzuimbegeleiding: een corrupt systeem. Rapport FNV Meldpunt. Utrecht: Federatie Nederlandse Vakbeweging, FNV Bondgenoten, FNV Bouw, Abvakabo FNV, 28 oktober 2013.
8. Brink-Muinen, A. van den (2008). Hoe communiceren bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met chronisch zieken en gehandicapten? TBV 16(9): 375-379.
9. Bruggink JW. Levensverwachting zonder chronische ziektes, Bevolkingstrends 1e kwartaal 2011. Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011.
10. Bruins Slot JHW. Bedrijfsgeneeskunde moet integreren. Minder hulpverleners realiseren betere zorg voor werkenden. MC 2006(61)6: 248-251.
11. Buijs PC. Why Dutch GPs do not certify sickness absence. Br J Gen Pract Dec 1997, 47 (425): 847-868.
12. Buijs P, Bongers P, Van der Klauw D, Van Genabeek J, Van Putten D, Wevers C. Zorg voor werk. Hoe kan de (eerstelijns)zorg bijdragen aan een gezonde beroepsbevolking? Hoofddorp: TNO, 2014.
13. Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. [proefschrift] Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1984.
14. Buijs PC. Huisarts en arbeid: een blinde vlek? Het belang van aandacht in de eerste lijn voor 'werk', en van afstemming met bedrijfsartsen. TBV 2013(21)6: 256-261.
15. Buijs PC, Weel ANH. Blinde vlek voor arbeid in de gezondheidszorg: buitenlandse remedies voor Nederlands probleem? Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

16. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013; Deelrapport 4. Sociaal Geneeskundigen, nummer 013/10, 2013. Capaciteitsorgaan, oktober 2013.
17. Capgemini. Sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg. Capgemini, 2014.
18. CBO. Zorgmodule Arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. CBO, maart 2014.
19. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population: Working for a healthier tomorrow. London: TSO, 17th March 2008.
20. Faas J. Verzekeringsgeneeskunde hier en nu. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2011 (35) 8: 664-674.
21. Faas J, Hullen H. Samen sterk, samen aantrekkelijk. TBV 2013(21) 1: 6-8.
22. Gestel N van, Vossen E, Oomens S, Hollanders D. Toekomst van de sociale zekerheid. Over provisie, preventie en participatie. Den Haag: Boom Lemma uitgevers, 2013.
23. Gevel BJC van der. Regie aan de Poort. Deel 2 van Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 11 oktober 2012.
24. Gezondheidsraad: Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Rapport 2005/10. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
25. GfK OVAL. Cliënttevredenheidsonderzoek OVAL. December 2014.
26. Houba R. Beroepsziekten in Nederland: een verwaarloosd onderwerp. NVvA, 2015.
27. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011 Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
28. Hulshof CTJ, Van Vliet C, Wind H, et al. Professionele ontwikkeling arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde Een preprogrammeringsstudie in opdracht van ZonMw. NVAB, NVVG en GAV, juli 2015.
29. Huysmans M, Schaafsma F, Viester L, Anema H. Multidisciplinaire leidraad participatieve aanpak op de werkplek. EMGO Instituut voor onderzoek naar Gezondheid en Zorg, VU medisch centrum, concept maart 2016.
30. KNMG. Rapport Commissie Scheiding Behandeling - Controle. MC 1969;24: 1217-1228.
31. KNMG. Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie. Utrecht: KNMG, 2007.
32. KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, 2010.
33. KNMG. Missie en strategische beleidshoofdlijnen KNMG 2011-2014.

34. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 26 januari 2010.
35. KPMG - Plexus. Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg. Eindrapport. KPMG - Plexus, februari 2013.
36. Kwint S, Weel A. Is integriteit bruikbaar als centraal begrip voor de professionaliteit van de bedrijfsarts? Onafhankelijkheid bestaat niet. TBV 2015(23)6: 78-283.
37. Legemaate J. De WGBO van toepassing op de bedrijfsarts?: Ja, tenzij. Amsterdam, 16 oktober 2015.
38. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Kerncijfers beroepsziekten 2013. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, 2013.
39. NHG. Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde. NHG, 2011.
40. NIVEL. Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorg. NIVEL, 2012.
41. NVAB. Bedrijfsarts, dokter en adviseur. Notitie. NVAB, 2007.
42. NVAB. NVAB Ledenraadpleging. Utrecht: NVAB, 2010.
43. NVAB. Kernwaarden van de bedrijfsarts. NVAB, 7 november 2012.
44. NVAB-bestuur. Eén arts voor arbeid en gezondheid: visie van het NVAB-bestuur. TBV 2013(21)1:9-10.
45. NVAB. Kernwaarden van de bedrijfsarts. Specialist voor arbeid en gezondheid. NVAB, 7 november 2012.
46. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg (commissie-Dunning). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.
47. Oosterling-Schiereck HE, Prins R, De Boer WEL. De scheiding tussen behandeling en controle. Een oude discussie in een nieuwe situatie. MC 1996 (51)49: 1587-1589.
48. Plomp HN, Wisse A, Anema JH. Patiënten over arbocuratieve samenwerking. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155: A3880.
49. Penders J. Levenslang arbeidsgeneeskundig dossier? Medisch Contact, 2014;15, p. 785.
50. Post M, Krol B, Groothoff JW. Determinanten van het werknemersoordeel over de inzet van de arbodienst bij re-integratie. TSG, 2006;84(6): 319-323.
51. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 juni 1946; ondertekend op 22 juli 1946 door vertegenwoordigers van 61 lidstaten (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) en in werking getreden op 7 april 1948.

52. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Doorwerken en gezondheid. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2015.
53. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. ICF World Health Organization 2001. Nederlandse vertaling: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands. Bilthoven: RIVM, 2002.
54. Sociaal-Economische Raad. Stelsel voor gezond en veilig werken. Advies 12/08. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, december 2012.
55. Sociaal-Economische Raad. Elementen voor een toekomstgericht stelsel van arbeidsgerelateerde zorg. ARBO/1028. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, 3 januari 2014.
56. Sociaal-Economische Raad. Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Advies 14/07. Den Haag: Sociaal-Economische Raad, 19 september 2014.
57. Spreeuwenberg C. Behoedzaamheid bij scheiden van behandeling en controle. MC 1996 (51)49: 1577.
58. Stuurgroep Professioneel Statuut. Professioneel Statuut Verzekeringsartsen. Mei 2006.
59. Verhoeven AC, Hulshof CTJ, Van Vliet C, Zwerver F, Wind H, Faas WA, et al. Programma herziening NVAB-richtlijnen en VG-protocollen. NVAB, GAV, NVVG, juni 2015.
60. Viergever R. Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg? TSG 2013; 91(6): 347-357.
61. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and wellbeing? Londen: TSO, 2006.
62. Weevers HJ, Van der Beek AJ, Anema JR, Van der Wal G, Van Mechelen W. Work-related disease in general practice: a systematic review. Fam Pract. 2005 Apr;22(2): 197-204.
63. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden. WRR-rapport 76. Den Haag/Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006.
64. Wiebusch M, Moulijn M. Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving? Een zoektocht naar een andere rolverdeling tussen overheid, burgers, zorg- en welzijnsinstellingen. Literatuurstudie ten behoeve van de Wmo-battle die op 27 juni 2013 georganiseerd is door Stichting Arcon.
65. Willems JHBM, Doppegieter RMS. De scheiding van 'behandeling en controle': aan actualisering toe? TBV 2007 15:184-187, DOI 10.1007/BF03074555.
66. Wind H. Compensatie en participatie. Het zoeken naar een balans in de verzekeringsgeneeskunde. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde vanuit de Stichting Instituut Gak aan de Universiteit van Amsterdam, 21 oktober 2010.

67. Zwart BCH de, Prins R, Van der Gulden JWJ. Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Eindrapport. Leiden: Astri Beleidsonderzoek en -advies, 29 juni 2011.

Bijlage 4 Geraadpleegde deskundigen/organisaties

1. Prof. dr. H. Anema, verzekeringsarts, VUmc
2. Dr. P.C. Buijs, bedrijfsarts
3. Prof. dr. F.J.H. van Dijk, bedrijfsarts
4. Mevrouw prof. dr. N.M van Gestel, Tilburg Law School
5. Mevrouw P. van de Goorbergh, OVAL
6. Prof. dr. C. Hulshof, bedrijfsarts, AMC
7. De heer drs. J. Hutten, VWS
8. Prof. dr. W. van Mechelen, bedrijfsarts, VUmc
9. De heer M. van Mierlo, VNO-NCW
10. Mevrouw H. Post, NPCF
11. Mevrouw A. Ringelberg, bedrijfsarts, SZW
12. De heer drs. E. Rolink, LAN
13. De heer R. van Steenbergen, FNV
14. Mevrouw L. Verweij, VWS
15. Prof. dr. H. Wind, verzekeringsarts, AMC