



Deelrapport

Versie 1 februari 2010

INTERVIEWS en FOCUSGROEP

Project Ethiek-in-Richtlijnen

bij Arbeid en Gezondheid

Waarborg

voor goede afstemming

en morele kwaliteit

Onderzoeksgroep:

drs Inge den Besten (Interviews, Erasmus MC),

dr Medard Hilhorst (Begeleiding, Erasmus MC)

dr Noks Nauta (NVAB), dr André Weel (NVAB), mr.drs Jim Faas (NVVG)

Een project binnen het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) van ZonMw, projectnummer 150040001, waarin Erasmus MC (Afdeling Medische Ethiek en Filosofie), NVAB (bedrijfsartsen) en NVVG (verzekeringsartsen) samenwerken.

Looptijd: 1 januari 2009 – 30 juni 2010

Inhoudsopgave

(door op de regel te klikken kunt u direct het betreffende hoofdstuk selecteren)

Inleiding	5
Moeilijke situaties	7
Omgaan met dilemma's	9
Regels	11
Samenwerking	13
Eigen rol	17
Heeft een ethische paragraaf toegevoegde waarde?	19
Samenvatting.....	22
BIJLAGE Focusgroepbijeenkomst op 30 juni 2009	24

Inleiding

Binnen het project Ethiek-in-Richtlijnen bij Arbeid en Gezondheid werden 32 interviews afgenomen.

Onze vraagstelling luidde:

“Welke problemen van ethische aard spelen in de praktijk rond arbeid en gezondheid een rol en hoe gaat men met die problemen om?”

Onze doelstelling was tweëerlei: (1) nagaan waar in de praktijk mogelijk ondersteuning geboden kan worden bij beslissingen op het morele vlak, en (2) hoe aan die ondersteuning binnen multidisciplinaire richtlijnen eventueel vorm gegeven zou kunnen worden. We gaven daarbij in het bijzonder aandacht aan de verhouding van enerzijds bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, en anderzijds professionals die in de curatieve sector werken (met name huisartsen en psychologen).

Gekozen is voor een kwalitatief onderzoek, waarin individuele beroepsbeoefenaars geïnterviewd werden, door middel van een semigestructureerde vragenlijst. Er zijn 8 bedrijfsartsen, 8 verzekeringsartsen en 8 huisartsen ondervraagd, en daarnaast nog 8 psychologen, met expertise op het gebied van arbeid en gezondheid en dikwijls betrokken bij enigerlei vorm van samenwerking. Het onderzoek is naar zijn aard explorerend, het beoogt in kaart te brengen wat er op dit terrein aan ethische opvattingen bestaat.

In de vragenlijst onderscheiden we zes clusters vragen die tijdens de interviews ter sprake zullen komen:

- (1) welke moeilijke, ethische situaties komt men tegen*
- (2) hoe gaat men daarmee om,*
- (3) welke plaats hebben wetten en regels,*
- (4) hoe ziet men de samenwerking met andere disciplines,*
- (5) welke opvattingen heeft men over de eigen professionele rol?*
- (6) heeft een ethische paragraaf in richtlijnen toegevoegde waarde?*

Dit rapport doet verslag van de resultaten. In bijlage is het verslag opgenomen van een Focusgroepbijeenkomst, waarin patiënten/cliënten van gedachten wisselenden over het proces van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie.

Binnen het project Ethiek-in-Richtlijnen bij Arbeid en Gezondheid zijn – naast dit Interviewonderzoek – door twee multidisciplinaire werkgroepen twee ethische paragrafen geschreven (de ene voor de richtlijn depressie, de andere voor de richtlijn borstkanker), bedoeld om gebruikers in de praktijk houvast te geven bij de toepassing van de richtlijn in ethisch gevoelige situaties. Ook werd een Moreel Kader ontwikkeld, dat richtlijnontwikkelaars behulpzaam kan zijn bij het opstellen van een nieuwe richtlijn danwel de herziening van een bestaande richtlijn. Hiervan wordt in een afzonderlijk Rapport verslag gedaan.

Moeilijke situaties

Informatieverstrekking is een punt waar zowel huisartsen als psychologen als bedrijfsartsen mee worstelen. De huisarts en de psycholoog komen in een dilemma zodra een bedrijfs- of verzekeringsarts informatie bij hen opvraagt. Voor de bedrijfsarts ontstaat een lastige situatie zodra de werkgever bepaalde dingen wil weten. Bij de bedrijfsarts komt er echter nog bij dat de werkgever ook de opdrachtgever is en een bedrijfsarts of Arbodienst zonder opgaaf van redenen kan ontslaan. Dit maakt het extra lastig voor de bedrijfsarts. Naast diens persoonlijk belang is daarmee ook diens onafhankelijkheid in het geding, en het vertrouwen dat andere artsen en werknemers in deze arts kunnen stellen. Zelfstandige psychologen kennen een vergelijkbaar dilemma als zij de werknemer adviezen willen geven die de opdrachtgever (werkgever van de cliënt) niet op prijs zal stellen. Het risico is dat het de laatste opdracht van deze opdrachtgever is. Huisartsen en niet zelfstandige psychologen zijn niet afhankelijk in de relatie met de bedrijfsarts en verschillende huisartsen noemden het grote verschil met de bedrijfsarts dat huisartsen de luxe hebben om altijd voor het belang van de patiënt te kunnen kiezen.

Het altijd mogen kiezen voor het belang van de patiënt is misschien een luxe, ook dat brengt dilemma's met zich mee. Want wat als de patiënt andere normen en uitgangspunten hanteert dan de huisarts? Een voorbeeld hiervan zijn mensen die voor het minste of geringste zich ziek melden, terwijl de huisarts vindt dat het niet nodig is om thuis te blijven. Het kan dan voor een huisarts lastig zijn om te beslissen hoe hij of zij het behartigen van belangen vorm gaat geven. Zal het arbeidsperspectief daarin een rol spelen; weegt ook een maatschappelijk belang mee om betrokkene uit het ziektecircuit en in het arbeidsproces te krijgen?

Arbeidsconflicten zijn een complicerende factor in het geheel. Bij huisarts of psycholoog is het bijvoorbeeld bekend dat er een arbeidsconflict speelt, maar het doorspelen van die informatie aan een bedrijfsarts kan grote gevolgen hebben voor de werknemer. Daarnaast wil de werknemer vaak niet dat huisarts of psycholoog deze informatie doorgeeft. Het punt is dat het geheimhouden van die informatie de situatie over het algemeen niet beter maakt en een oplossing in de weg kan staan. Dan kan de wens van de patiënt of cliënt ingaan tegen zijn of haar eigen belang. Ook de bedrijfsarts worstelt met arbeidsconflicten. De vraag is in hoeverre arbeidsconflicten vallen onder de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts. Strikt genomen mag een bedrijfsarts geen rekening houden met andere dan medische oorzaken om de belastbaarheid te beoordelen, maar de stressfactoren op het werk kunnen tot uiting komen door middel van medische klachten. Daarmee samenhangend is het dilemma waar de grens ligt tussen slechtwerkgeverschap en de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer.

Ook de huisarts worstelt met het begrip eigen verantwoordelijkheid. Zijn of haar dilemma is hoe ver de verantwoordelijkheid van de huisarts reikt als het gaat om de belangen van de patiënt en wanneer de grens van de bemoeienis bereikt wordt. Is de waarde ziek/gezond bepalend of moet een breder begrip van welzijn, waarin ook arbeidparticipatie een rol speelt, leidend zijn?

Verzekeringsartsen hebben een strikt kader waarbinnen zij moeten werken, maar komen ook dilemma's tegen rond de verantwoordelijkheid. Dit kan gaan over de vraag hoeveel moeite zij moeten doen voor mensen die zelf nauwelijks meewerken aan herstel. Aan de andere kant kunnen zij soms zich verantwoordelijk voelen voor de gevolgen die het ontnemen of toekennen van een

uitkering heeft voor mensen. Het kan in individuele gevallen naar hun mening beter zijn om anders te handelen dan zij volgens de regels moeten. Verzekeringsartsen worstelen met het probleem dat zij alleen een uitkering mogen toekennen of weigeren en er geen tussenweg bestaat, terwijl voor sommige mensen een ander traject een goede oplossing zou zijn. Mensen passen niet altijd precies in het kader die de wetgeving schetst. Moet een verzekeringsarts iemand de arbeidsmarkt opsturen, terwijl het perspectief op een baan nul is, is een vraag die in dat kader gesteld wordt.

Dat het volgen van regels niet altijd in het belang van de patiënt/cliënt is, wordt niet alleen ervaren door verzekeringsartsen, maar ook door huisartsen. Bij huisartsen kan het gaan om het verstrekken van informatie aan de werkgever, zonder tussenkomst van de bedrijfsarts. Dit mag wettelijk gezien niet, maar door het niet te doen kan de patiënt benadeeld worden, doordat werkgevers niet altijd geneigd zijn om de bedrijfsarts in te schakelen vanwege de daarmee samenhangende kosten. Doordat binnen contracten tussen werkgever en Arbodienst/bedrijfsarts verrichtingen van de bedrijfsarts geld kunnen kosten is er terughoudend van de bedrijfsarts. En meer fundamenteel bestaat vanuit de curatieve sector aarzeling bij (te) nauwe samenwerking met bedrijfsartsen, vanwege de eerder genoemde positie van (on)afhankelijkheid. Zoveel is duidelijk, terughoudendheid van beide kanten, om meer principiële en meer praktische redenen, draagt niet bij aan een optimale zorg voor de patiënt. Hoe hier mee om moet worden gegaan is op zichzelf al een dilemma.

Er zijn ook dilemma's die specifiek zijn voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Zo ervaren verzekeringsartsen dat het afwegen van belangen, met name het individuele belang van de cliënt en het maatschappelijke belang, de meeste dilemma's met zich meebrengt. Deze afweging geeft een subjectief karakter aan het oordeel. Bedrijfsartsen stellen zichzelf de vraag in hoeverre er rekening gehouden mag worden met de psychosociale context (bijvoorbeeld de thuissituatie) van de werknemer. Verzekeringsartsen mogen dit in principe helemaal niet, maar impliciet gebeurt dit soms toch wel.

Het dossier van de bedrijfsarts wordt na twee jaar ziekte getoetst door een verzekeringsarts. Dit is iets waar een bedrijfsarts vaak toch rekening mee houdt, zodat zijn dossier op dat moment de toets van het UWV kan doorstaan. Dit kan echter betekenen dat bedrijfsartsen hun handelen laten bepalen door de kennis van de toets van het UWV. Het dilemma kan zijn hoe ver een bedrijfsarts daar in moet en mag gaan.

Omgaan met dilemma's

Er worden door de geïnterviewde artsen en psychologen vele manieren genoemd waarop er met ethische dilemma's omgegaan kan worden. Sommige overlappen elkaar, andere zijn elkaars tegenovergestelde.

Uitleg geven is een manier die door een huisarts, psycholoog en bedrijfsarts is genoemd. In het geval van de bedrijfsarts is dat met name over beslissingen die al genomen zijn. De bedrijfsarts geeft aan de werknemer uitleg wat zijn of haar beweegredenen voor die beslissing geweest zijn. Uitleg fungeert bij de huisarts en psycholoog veelal als een middel om de patiënt/cliënt over te halen om een bepaalde beslissing te nemen. Dit is een belangrijk verschil, omdat uitleg van een bedrijfsarts begrip moet kweken, maar in principe niets aan de situatie verandert. Anders is het bij huisarts en psycholoog. Zij willen de patiënt/cliënt met hun uitleg in een bepaalde richting sturen, maar als dit niet lukt is het uiteindelijk vaak de patiënt/cliënt die beslist. Daarnaast geeft de bedrijfsarts ook uitleg aan de werkgever, met hetzelfde doel, namelijk het laten inzien waarom een bepaalde beslissing onontkoombaar/het beste is.

In de drukke praktijk van huisarts en bedrijfsarts is er niet altijd tijd om uitgebreid over een beslissing na te denken. Soms moeten er daarom gewoon knopen doorgemaakt en keuzes gemaakt worden, zo vinden huisarts en bedrijfsarts. Men moet omgaan met schaarse tijd en accepteert dit. Vaak moeten direct keuzes gemaakt worden, met het risico dat achteraf gezien een verkeerde beslissing is genomen. Opvallend is de huisarts die zegt soms bewust even geen oog te hebben voor een bepaalde kant van de zaak. Door even de ogen te sluiten voor één aspect wordt een dilemma minder gecompliceerd of mogelijk zelfs ontlopen. Is er een focus op de meest relevante aspecten, dan spreken we van professioneel. Wordt de selectie bepaald vanuit een gevoel van onmacht, omdat de huisarts beseft dat hij met de extra informatie toch niet veel kan, hoe relevant ook, en dus maar liever niet weet, dan is deze omgang met het dilemma toch onbevredigend en zouden andere uitwegen gezocht moeten worden. Dat daarvoor tijd nodig is spreekt voor zich, en dat was nu juist het probleem. Huisartsen kunnen ook pragmatisch omgaan met problemen. Een mooi voorbeeld daarvan is de huisarts die een briefje schrijft aan de werkgever dat de patiënt bij hem of haar geweest is, maar dat de huisarts geen medische informatie daarover aan de werkgever mag verstrekken.

Aan de andere kant zijn er ook bedrijfsartsen, huisartsen en verzekeringsartsen die zich juist bewust willen worden van hetgeen er speelt. Een bedrijfsarts deelt bijvoorbeeld de vraagstelling op in subvragen en behandelt elk stukje stap voor stap. Wat staat er op het spel aan belangen, waarden, regelgeving en hoe wordt aan elk een gerechtvaardigde plaats gegeven? Van belang is daarbij de verschillende keuzemogelijkheden te onderkennen en te benoemen. Doordat deze artsen zich bewust zijn van het dilemma waarin zij zich bevinden, en dit zo expliciet mogelijk onder woorden brengen, denken zij er beter mee om te kunnen gaan, dan wanneer zij niet precies weten waardoor zij het moeilijk vinden in deze situatie een beslissing te nemen. Soms is het zinvol voor een verzekeringsarts of een bedrijfsarts om een specialist te raadplegen, om het plaatje zo compleet mogelijk te maken. Soms zeggen huisarts en verzekeringsarts aan sommige dilemma's meer tijd te geven, om er over na te denken en het te laten bezinken, en zo tot meer helderheid en een afgewogen oordeel te komen. Intervisiebijeenkomsten en casusbespreking zijn andere manieren die

genoemd worden om met dilemma's om te gaan. Door de gezichtspunten van andere artsen te vernemen kan er een heel ander licht op de beslissing geworpen worden of kan het de arts er toe brengen om toch voor een bepaalde uitkomst te kiezen. Tussendoor wordt er in de wandelgangen ook het één en ander besproken, maar dan krijgt het dilemma vaak niet de tijd en aandacht die het verdient. Zorgvuldig voorbereide bijeenkomsten om dilemma's voor te leggen is lang niet bij alle artsen gemeen goed.

Uit de antwoorden die gegeven worden door huisartsen en psychologen blijkt dat zij hun beslissingen duidelijk meer naar eigen inzicht kunnen vormgeven. Zo is er een huisarts die zegt te handelen op gevoel en intuïtie. Psychologen maken in bepaalde gevallen gebruik van hun positie en geloofwaardigheid, waardoor zij het zich kunnen veroorloven om niet in detail te treden tegenover een bedrijfsarts, verzekeringsarts of werkgever en erg op de vlakte te blijven over een cliënt. Het niet al te expliciet opschrijven van dingen, zodat er niets staat wat er niet mag staan en de psycholoog niet in de problemen kan komen, is een strategie die door een psycholoog werd genoemd. Een goede lezer kan echter tussen de regels door lezen wat eigenlijk bedoeld wordt. De meeste psychologen staan echter voor openheid, waarbij de cliënt precies weet wat er over tafel gaat. Omdat dit vaak telefonisch niet te garanderen valt, zijn er verschillende psychologen en huisartsen geneigd om zo min mogelijk telefonisch te overleggen met een bedrijfs- of verzekeringsarts en alles schriftelijk te behandelen.

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen vinden juist houvast in de wet- en regelgeving. Door daar goed van op de hoogte te zijn en de interpretaties te kennen wordt het in bepaalde gevallen beter mogelijk om de juiste beslissing te nemen. Hier blijkt uit dat deze artsen de wet als belangrijkste criterium zien voor hun beslissing, mogelijk ondanks (soms) ethische bezwaren. (Toepassing zou voor mensen ernstige consequenties kunnen hebben, er zouden mensen tussen wal en schip kunnen vallen, e.d.) Bedrijfsartsen moeten de subjectiviteit uitsluiten, zo meent een bedrijfsarts, door een strikte scheiding tussen medisch en niet-medisch. De mate van arbeidsongeschiktheid mag alleen getoetst worden aan medische criteria. Er zijn echter ook bedrijfsartsen die voornamelijk handelen op geleide van het gezonde verstand, met de richtlijnen in het achterhoofd. Moreel beraad, wordt door enkele verzekeringsartsen een prettig hulpmiddel genoemd. In een daartoe belegde bijeenkomst worden de verschillende waarden afgewogen. Rechtvaardigheid ziet men terug bij het zorgvuldig omgaan met wetgeving. Maar ook andere waarden zijn in het geding, zoals autonomie en goed doen en niet schaden. Moreel beraad is van belang bij echt lastige situaties, waarvoor men de tijd moet nemen. Maar het blijft altijd handelen op het scherpst van de snede, zoals een verzekeringsarts het verwoordde.

Er is tenslotte ook een bedrijfsarts die van mening is dat er geen oplossingen zijn zolang het systeem niet hervormd wordt. Zolang de bedrijfsarts financieel afhankelijk is van de werkgever zijn er geen oplossingen mogelijk. Alhoewel niet zo expliciet, worden dergelijke geluiden ook gehoord van de kant van de huisartsen, die wantrouwen koesteren tegen de bedrijfsarts die in een spagaat zijn of haar dubbelrol moet vervullen.

Regels

Kennis over wet- en regelgeving

Huisartsen en psychologen zijn maar in beperkte mate op de hoogte van wet- en regelgeving rond arbeid en gezondheid, alhoewel er natuurlijk wel verschillen zijn tussen huisartsen en psychologen onderling. De Wet Verbetering Poortwachter is over het algemeen in grote lijnen bekend. De meeste huisartsen en psychologen weten ongeveer hoe het traject van arbeidsongeschiktheid verloopt en kunnen patiënten/cliënten daarover enigszins voorlichten. Een huisarts kan zijn patiënt er op wijzen dat hij of zij verplicht is om mee te werken aan zijn of haar eigen re-integratie. Vaak zijn de patiënten/cliënten zelf nog minder op de hoogte. Omdat de regelgeving vaak verandert en huisartsen slechts zijdeling in aanraking komen met betreffende wet- en regelgeving –ze voelen zich er niet aan gebonden – is het geen doen om alle wijzigingen bij te houden. Bij moeilijke vragen van patiënten/cliënten kan er altijd doorverwezen worden naar een bedrijfsarts. Voor een psycholoog die werkzaam is bij een re-integratiebureau is vanwege de aard van haar werk de poortwachterwetgeving belangrijk en leidend.

Omgaan met wet- en regelgeving

Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zijn wel goed op de hoogte van de wet- en regelgeving. Bij hen zijn er echter verschillen in hoe er tegenaan gekeken wordt en hoe ze met de regels omgaan. Voor verzekeringsartsen biedt de wetgeving een duidelijk kader waarbinnen gewerkt moet worden. Wetgeving is leidend en absoluut niet vrijblijvend voor de verzekeringsarts. Afwijken daarvan is daarom niet toegestaan. De meeste verzekeringsartsen geven echter aan af en toe wel een uitzondering te maken, of continu hele kleine uitzonderingen, waarbij met kleine uitzonderingen bedoeld wordt dat er gebruik gemaakt wordt van de speelruimte die de wet volgens hen biedt. Bij bedrijfsartsen proef je dat wetgeving als een minder strak keurslijf wordt ervaren dan bij verzekeringsartsen. *In principe* mag er niet afgeweken worden van wetgeving, maar gemotiveerd kan er best een uitzondering gemaakt worden, zo menen bedrijfsartsen. Dit blijkt ook uit de opmerking van een bedrijfsarts dat het doel –het zo prettig mogelijk weer aan het werk helpen van de werknemer – voor ogen gehouden moet worden en dat veel belangrijker is dan het volgen van regels. Niet alle bedrijfsartsen gaan overigens zo vrij om met de regels. Huisartsen menen dat de wetgeving door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen soms erg bureaucratisch wordt uitgevoerd. Met meer *coulance* is vaak veel meer te bereiken, zo zeggen zij .

Doordat wetgeving voor verzekeringsartsen zo leidend is, lopen verzekeringsartsen weleens vast in de wetgeving. De cliënt kan niet geholpen worden en valt tussen wal en schip. Vooral de verzekeringsartsen die de Wajong beoordeling uitvoeren ervaren dit. Zij verwachten dat de nieuwe Wajong wetgeving (die volgens hen 1 januari 2010 ingaat) een verbetering is op dat vlak. Volgens verzekeringsartsen biedt wetgeving verder wel enige speelruimte, anders zou de verzekeringsarts overbodig worden. Wetgeving is dus ook voor meerdere uitleg vatbaar. Hierdoor kan men beoordelingen in zeker opzicht subjectief noemen. De ruimte die de wetgeving biedt kan daardoor tot teveel spreiding leiden, vooral bij moeilijk objectiveerbare aandoeningen. Aan de andere kant wordt er ook gezegd dat wetgeving de willekeur uit de beoordeling haalt en helderheid verschaft. Over het algemeen kunnen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen goed uit de voeten met de

wetgeving. Het is in de loop van de tijd allemaal strakker geworden, maar daaraan hebben deze artsen zich geconformeerd.

Verzekeringsgeneeskundige protocollen dienen om meer uniformiteit in beoordeling mogelijk te maken. Door de wetgever zijn de protocollen tot wet verheven en daar dienen verzekeringsartsen zich daar dus ook aan te houden, met de toevoeging *waar mogelijk* en *waar nodig*. Van protocollen mag nadrukkelijk wel afgeweken worden, mits beargumenteerd. Dit zou volgens een verzekeringsarts juist dwingen tot nadenken.

Visie op inhoud van wet- en regelgeving

Inhoudelijk vinden zowel bedrijfsarts en verzekeringsarts als huisarts dat de wetgeving de laatste jaren beter is geworden. Het is goed dat de werknemer meer verantwoordelijkheid krijgt in de Wet Verbetering Poortwachter. Zij kunnen dit vanuit hun medische visie onderstrepen, omdat de meesten er van overtuigd zijn dat werken gezond is. Er worden ook minder goede kanten van de wetgeving genoemd. De keerzijde van de eigen verantwoordelijkheid is dat de werknemer steeds slechter beschermd wordt. Daarnaast is de WIA een versraling en wordt het sociale vangnet steeds minder. In het verdienpercentage van 35 % in de WIA zit een oneerlijkheid, die mensen die meer verdienen bevoordeelt ten opzichte van hen die op of net boven het minimumniveau verdienen. Vervolgens zijn er huisartsen die het er niet mee eens zijn dat zij geen advies mogen geven over de arbeidsgeschiktheid van hun patiënten. Ten eerste weet de huisarts volgens hen veel over de algehele situatie van de patiënt en daarnaast kan de patiënt in de problemen komen als deze regel zuiver gehanteerd wordt door de terughoudendheid van de bedrijfsarts. Tenslotte komen er vanuit de huisartsen geluiden dat het toestaan van doorverwijzen door bedrijfsartsen, voor bijvoorbeeld een MRI, fysiotherapie of psychologische begeleiding, geen goede ontwikkeling is. De huisarts wordt te weinig op de hoogte gehouden en het werkt versnippering (nog meer) in de hand, zo is hun mening.

Samenwerking

Huisarts en bedrijfsarts

Van samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts is volgens beide partijen nauwelijks sprake. Sommige huisartsen en bedrijfsartsen vinden het prima zoals het nu gaat: de bedrijfsarts vraagt schriftelijke informatie op en de huisarts verstrekt die informatie, mits er een machtiging is. Als alles goed verloopt is meer samenwerking niet nodig vinden deze huisartsen en bedrijfsartsen. Niet alle huisartsen zouden contact opnemen als ze vinden dat de bedrijfsarts echt de verkeerde kant opgaat. Overigens werd daar aan toegevoegd dat het maar zelden voorkomt dat een huisarts het echt niet eens kan zijn met de handelwijze van de bedrijfsarts. Er zijn echter ook bedrijfsartsen en huisartsen die menen dat meer samenwerking en vooral afstemming toegevoegde waarde zou kunnen creëren voor de patiënt/werknemer. Huisarts en bedrijfsarts zouden elkaar waardevolle informatie kunnen verstrekken en de huisarts kan vaak goed beoordelen of het plaatje dat de bedrijfsarts heeft compleet is. Waarom die afstemming er vaak niet is heeft verschillende redenen. Volgens bedrijfsartsen is de huisarts lastig bereikbaar en hebben huisartsen vaak weinig tijd. Daarnaast neemt een huisarts zelden zelf contact op, volgens bedrijfsartsen, wat ook te maken kan hebben met een ontbrekende financiële prikkel: de huisarts kan deze 'verrichting' niet declareren. Huisartsen vinden de bedrijfsarts juist lastig bereikbaar, maar geven ook toe dat ze zelf met tijdsgebrek te kampen hebben. Als het vervolgens niet bekend is wie de bedrijfsarts is en hoe die te bereiken is, dan haakt een huisarts makkelijk af. Ook het niet persoonlijk kennen van een bedrijfsarts maakt de drempel tot samenwerken voor de huisarts hoger. Sommige huisartsen denken dat bedrijfsartsen het prettig vinden als een huisarts contact opneemt, zodat de bedrijfsarts zijn keuze of zienswijze kan motiveren. Andere huisartsen zeggen dat bedrijfsartsen toch denken dat een huisarts alleen maar opkomt voor de patiënt en ze het daarom niet nuttig vinden als een huisarts belt. Huisartsen denken daarnaast dat bedrijfsartsen zelf niet erg geneigd zijn om contact op te nemen met de huisarts, omdat het de werkgever geld kost. Tenslotte is er ook nog een huisarts die ronduit wantrouwend staat tegenover bedrijfsartsen, door twijfel over diens primaire loyaliteit, de cliënt dan wel de werkgever. Dit is een groot obstakel om tot samenwerking of afstemming te komen. Deze huisarts beweert ook dat bedrijfsartsen zich niet houden aan de overeenkomst over het opvragen van informatie, waarin vastgelegd is wat wel en niet gevraagd mag worden en dat de vragen specifiek moeten zijn. Als de bedrijfsarts een rapportage meestuurt is deze huisarts eerder bereid om te communiceren.

Huisartsen zouden te weinig de factor arbeid betrekken in hun spreekuur, is de klacht die door bedrijfsartsen wordt geuit. Daardoor kan een huisarts een complicerende rol spelen, bijvoorbeeld in een arbeidsconflict. Aan de andere kant vinden bedrijfsartsen ook dat de huisarts niet op de stoel van de bedrijfsarts moet gaan zitten. Een huisarts is niet de aangewezen persoon om te beoordelen of zijn patiënt kan werken. De geïnterviewde huisartsen zeggen allemaal juist wel het werk belangrijk te vinden als ze patiëntencontact hebben. Huisartsen kunnen de patiënt uitleg geven over wat de bedrijfsarts doet en hen bij werkgerelateerde zaken naar de bedrijfsarts doorsturen.

Er is één huisarts die zich zorgen maakt over de invoering van het landelijk EPD. Deze huisarts is bang dat ingevoerde informatie door de beide zorgverleners anders geïnterpreteerd zal worden. Daardoor

zou het juist goed zijn om meer samen te werken, maar omdat er geen informatie meer opgevraagd hoeft te worden wordt de noodzaak hiertoe juist minder.

Psychologen over de bedrijfsarts

Uit de uitspraken van psychologen over samenwerking met de bedrijfsarts spreekt een groot gevoel van wantrouwen, meer dan bij de huisartsen het geval lijkt. Zo wordt er alleen globaal naar bedrijfsartsen gerapporteerd, wordt telefonisch contact vermeden om te voorkomen dat er meer tegen de bedrijfsarts gezegd wordt dan in eerste instantie bedoeld en krijgen bedrijfsartsen het verwijt dat ze alleen informatie opvragen om zich daarachter te kunnen verschuilen bij het UWV. Dit wantrouwen is ontstaan door negatieve ervaringen uit het verleden of door weinig inzicht in de rol die de bedrijfsarts vervult. Daarnaast zijn er psychologen die het idee hebben dat bedrijfsartsen alleen gespecialiseerd zijn in fysieke klachten en weinig aandacht besteden aan de psyche van de mens. Psychologen zijn echter wel bereid om met de bedrijfsarts mee te denken of hen op hun spoor te zetten. Zo maken verschillende psychologen samen met de cliënt een voorstel voor een plan als de cliënt laat weten dat hij of zij naar de bedrijfsarts moet. Deze psychologen hebben het idee dat bedrijfsartsen dat op prijs stellen en 9 van de 10 keer het plan ook daadwerkelijk volgen. Daarnaast zijn er psychologen die wel telefonisch contact opnemen met de bedrijfsarts, bijvoorbeeld om iets af te stemmen, of als de psycholoog van mening is dat de bedrijfsarts het niet goed doet.

Huisartsen en verzekeringsartsen

Tussen huisartsen en verzekeringsartsen is weinig samenwerking. Het gaat voornamelijk om het opvragen van informatie door de verzekeringsarts bij de bedrijfsarts. Als hier een machtiging voor is van de patiënt werken de huisartsen hier goed aan mee. Één huisarts meende dat de verzekeringsarts die schriftelijke informatie alleen voor de formaliteit opvraagt. Vanuit de huisartsen is er verder weinig behoefte aan samenwerking, geen van de huisartsen vindt het een gemis en er worden nauwelijks obstakels genoemd voor samenwerking. Blijkbaar zien huisartsen de toegevoegde waarde van meer samenwerking niet in. Af en toe zou het prettig zijn om telefonisch contact op te nemen, als de huisarts van mening is dat de verzekeringsarts te kort door de bocht oordeelt. Vanwege de lastige telefonische bereikbaarheid van het UWV wordt hier echter vaak van af gezien. Verzekeringsartsen lijken in tegenstelling tot huisartsen wel behoefte te hebben aan af en toe wat meer samenwerking met de huisarts. Vanwege tijdsdruk van beide kanten komt het er vaak niet van, denken verzekeringsartsen. De meeste verzekeringsartsen zouden het op prijs stellen als een huisarts zelf contact opneemt, maar dat gebeurt slechts zelden. Van beide kanten uit is het eenrichtingsverkeer. Daarnaast voelen zij wantrouwen vanuit de huisartsen, bijvoorbeeld door slechte ervaringen of onkunde over het werk van de verzekeringsarts. Dit is opvallend, aangezien geen enkele huisarts tijdens de interviews wantrouwen lijkt te koesteren tegen verzekeringsartsen. Volgens huisartsen is juist het punt dat verzekeringsartsen erg ver van hen af staan en dat er in de verzekeringsgeneeskundige wereld andere normen gelden. Verzekeringsgeneeskunde is als het ware een andere zuil dan huisartsgeneeskunde.

Psychologen over verzekeringsartsen

Psychologen hebben net als huisartsen nauwelijks contact met verzekeringsartsen. Ook hier bestaat de samenwerking alleen uit het opvragen van informatie door de verzekeringsarts. Af en toe hoort

een psycholoog via de cliënt wat terug van de verzekeringarts, maar eigenlijk laat een verzekeringarts nooit meer wat van zich horen. Onder de psychologen heerst, in tegenstelling tot de huisartsen, wel enig wantrouwen jegens verzekeringartsen, omdat ze nooit weten wat een verzekeringarts met de gegeven informatie gaat doen en wat de status is van de vraag die hen gesteld wordt. Als een verzekeringarts informatie opvraagt is een psycholoog op z'n hoede.

Bedrijfsartsen en verzekeringartsen

Bedrijfsartsen en verzekeringartsen werken wederzijds weinig met elkaar samen. Dat er nauwelijks samenwerking is heeft verschillende oorzaken. Allereerst is er een praktische oorzaak, namelijk de verzekeringarts die lastig te bereiken is voor de bedrijfsarts, iets wat de huisartsen ook al opmerkten. De andere oorzaken zijn niet puur praktisch van aard. Zo ziet een bezwaarverzekeringarts de bedrijfsarts als de tegenpartij en dat sluit samenwerking bij voorbaat uit. Daarnaast heeft een primaire verzekeringarts vaak al informatie ingewonnen, dus is het voor de bezwaarverzekeringarts niet meer nodig om contact op te nemen. Het grootste probleem is echter het systeem, waarin het volgens bedrijfsartsen en verzekeringartsen lastig, dan wel onmogelijk is om samen te werken met elkaar. De verzekeringarts is de controleur van de bedrijfsarts geworden, waardoor samenwerking niet meer aan de orde is, alhoewel er één bedrijfsarts is die af en toe contact opneemt met een stafverzekeringarts, juist om te voorkomen dat zijn of haar dossier in een later stadium de toets van het UWV niet kan doorstaan. Tijdens de controle van het re-integratieverslag door de verzekeringarts is het mogelijk dat er door de verzekeringarts contact wordt opgenomen met de bedrijfsarts. Dit is echter alleen als er 'gekke' dingen instaan; een verzekeringarts koppelt dus alleen negatief terug naar de bedrijfsarts. Ook de financieringsstructuur zit samenwerking in de weg. Voorheen werden er door bedrijfsartsen en verzekeringartsen samen preventieve activiteiten ontplooid. Omdat beiden nu per verrichting betaald worden zijn dergelijke activiteiten niet meer mogelijk. Als het UWV meer verantwoordelijkheid neer zou leggen bij de verzekeringarts zou samenwerking gefaciliteerd kunnen worden, volgens één verzekeringarts. Het zou dan wel mogelijk zijn om preventief met de bedrijfsarts te overleggen. Alhoewel de bedrijfsartsen ook deze externe factoren noemen als oorzaak voor de weinige samenwerking, vinden zij ook dat dit deels te danken is aan het gedrag van de verzekeringartsen. Door een bedrijfsarts werd namelijk de kritiek geuit dat verzekeringartsen nooit zelf contact opnemen, ook niet als de bedrijfsarts daar om verzoekt bij de overdracht van een patiënt. Verzekeringartsen zouden zich een bepaalde mate van autonomie toe-eigenen en het daarom niet nodig vinden om met de bedrijfsarts samen te werken.

Verzekeringartsen over overige artsen

Verzekeringartsen merken dat veel andere artsen niet op de hoogte zijn van het werk dat zij doen. Volgens de verzekeringartsen zou het mogelijk de samenwerking bevorderen als de andere artsen meer kennis hebben van het verzekeringsgeneeskundige vak. Daarbij zouden de verzekeringartsen graag zien dat andere artsen ook de factor arbeid meer gaan betrekken in hun werk. Alle artsen moeten beseffen dat het werk een belangrijke factor is het leven van hun patiënten. De 3B richtlijnen die er komen, moeten er voor zorgen dat alle soorten artsen meer naar elkaar toe komen. Er zijn verzekeringartsen die hun hand in eigen boezem steken, als het om samenwerking gaat. Zij vinden dat verzekeringartsen het over zichzelf hebben afgeroepen dat er vanuit de curatieve sector

wantrouwen is. Vaak wordt er geen contact opgenomen door de verzekeringsartsen en slaan ze de adviezen van andere artsen in de wind. Er is één verzekeringsarts die berustend opmerkt dat het voor een verzekeringsarts nu eenmaal lastig is om samen te werken, gezien diens (primair) beoordelende rol.

Eigen rol

Huisartsen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en psychologen zijn specialisten met elk een ander vakgebied. De vraag is hoe deze artsen en psychologen hun eigen rol zien binnen het kader van arbeid en gezondheid.

Adviseren is een rol die zowel door de huisarts en psycholoog als door de bedrijfsarts en verzekeringsarts wordt genoemd. Het kan een taak van de huisarts zijn om een patiënt te adviseren over hoe hij of zij om moet gaan met een bepaalde klacht in het werk. Daarnaast wordt het als de rol van de huisarts gezien om te informeren over de procedure bij arbeidsongeschiktheid en het werk van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Huisartsen kunnen de patiënten begeleiden naar het werk en de patiënt sturen in dat proces, mede door hen de financiële consequenties van arbeidsongeschiktheid in te laten zien. Indien nodig kan een huisarts een patiënt naar de juiste instanties leiden en ervoor zorgen dat deze instanties ook daadwerkelijk iets gaan doen voor de patiënt. Dit is een heel brede taakopvatting van de huisarts. Niet alle huisartsen zien hun rol rond arbeid en gezondheid zo breed. Duidelijk is echter voor alle huisartsen dat de factor arbeid iets is waar huisartsen in hun spreekuur rekening mee zouden moeten houden. Ook een psycholoog is een adviseur voor de cliënt, die daarbij ook de cliënt begeleidt. Naar de bedrijfsarts toe neemt de psycholoog tevens een adviserende rol in. Een bedrijfsarts meet zichzelf ook de rol van adviseur aan naar de werknemer toe, waarbij de bedrijfsarts nog iets verder kan gaan en ook de taak heeft om medewerkers gezond te houden voor het werk, dus preventie. Daarnaast is een bedrijfsarts een adviseur tussen werkgever en werknemer in. Het is echter goed voor een bedrijfsarts om zich te realiseren dat dit niet vrijblijvend is, aangezien in de praktijk de werkgever meestal de adviezen van een bedrijfsarts opvolgt en de bedrijfsarts in wezen beslist. Bij de Landmacht is het formeel vastgelegd dat een advies van de bedrijfsarts wordt opgevolgd, tenzij... De verzekeringsarts kan zijn cliënten adviseren over herstelgedrag en mogelijkheden tot behandeling. Dit vloeit voort uit de opinie dat een verzekeringsarts ook een algemeen arts is, die als doel heeft het cliëntenbelang te dienen. Vanuit dat oogpunt vindt één verzekeringsarts het in het belang van de cliënt dat er een beoordeling plaatsvindt, want de regels doen de cliënten juist goed, omdat het niet goed voor mensen is om onnodig thuis te zitten en aan het werk gaan vaak een therapeutisch effect heeft. Daarnaast is het een signaal naar de maatschappij dat mensen met een beperking niet uitgerangeerd worden, maar uitgenodigd en aangespoord worden om mee te doen.

De verschillende professionals ervaren, opmerkelijk genoeg, bijna unaniem dat zij genoeg ruimte hebben voor eigen inzicht. Slechts één verzekeringsarts vindt dat er soms te weinig ruimte daarvoor is. De reden daarvan is dat volgens deze verzekeringsarts de regels, die gevolgd moeten worden, niet altijd het welbevinden of de gezondheid van cliënt bevorderen. De rest van de geïnterviewde artsen zegt zich niet beperkt te voelen in het nemen van beslissingen, ook al is de ruimte die verzekeringsartsen hebben minder geworden ten opzichte van 10 jaar geleden. Naar eigen zeggen hebben zij daarin hun weg gevonden. Ook de bedrijfsartsen klagen niet over te weinig speelruimte. Eén bedrijfsarts merkt op dat de missie van haar (commerciële) Arbodienst, namelijk om zoveel mogelijk mensen weer het arbeidsproces binnen te leiden, ook háár missie is. Zij ervaart hier geen druk. Huisartsen zitten in de riantere positie dat er altijd gekozen mag worden voor de kant de patiënt, zo meldt een huisarts. In dat geval is er dus meer dan genoeg ruimte om beslissingen naar eigen inzicht in te vullen. Psychologen zien zich ongeveer in dezelfde positie als de huisarts, als het gaat om

het in vrijheid nemen van beslissingen. Net als de huisartsen zijn zij veel minder gebonden aan de andere belangen, alhoewel de arbeidspsychologen hier iets minder vrij in zijn.

Arbeidspsychologen en eerstelijns psychologen hebben verschillende doelen. De arbeidspsycholoog heeft als doel om de cliënt tot werkhervatting te laten komen. Om dit doel te gebruiken worden zogenaamde psychologische tools uit de kast gehaald om de cliënt te begeleiden in het proces naar werkhervatting. Eerstelijns psychologen hebben niet zozeer als doel dat de cliënt weer aan het werk gaat, maar dat deze weer gezond is. Deze psychologen vinden echter dat werkhervatting een schakel kan zijn om tot het doel van een goede gezondheid te komen. Daarom hebben ook eerstelijns psychologen te maken arbeid en gezondheid en begeleiden zij ook naar werkhervatting. Ondanks de verschillende doelen die deze twee groepen psychologen nastreven, zit er een zekere overeenkomst in de rol die zij hebben rond arbeid en gezondheid.

Dat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen een rol hebben in het kader van arbeid en gezondheid moge duidelijk zijn. Een verzekeringsarts heeft de formele taak om claimbeoordeling uit te voeren binnen het kader van wetten en regels die er gesteld zijn. Het is van belang dat dit rechtvaardig gebeurt, niet willekeurig en zo objectief mogelijk. Opvallend is dat er ook bedrijfsartsen zijn die zichzelf een rol van claimbeoordeling toeschrijven met betrekking tot (de mate van) arbeidsgeschiktheid, terwijl andere bedrijfsartsen zich haasten te vermelden dat zij geen claimbeoordelingen doen. De bedrijfsartsen die wel vinden dat zij een claim moeten beoordelen (naast de andere taken die zij hebben), zien dit als een eerste stap die een bedrijfsarts doet in het proces van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Na de claimbeoordeling kan gewerkt worden aan functioneel herstel. Als de rol van de bedrijfsarts zo omschreven wordt, verschilt die niet veel van die van de verzekeringsarts, die na de claimbeoordeling de cliënt helpt om in goede gezondheid te re-integreren. Zoals gezegd laten niet alle bedrijfsartsen zich die rol aanmeten. De rol van de bedrijfsarts werd ook op andere manieren omschreven. Bij één van de geïnterviewde bedrijfsartsen is alles gericht op werkhervatting. De achterliggende gedachte is dat werken, op enkele uitzondering na, gezond is. Daarbij is het voor een bedrijfsarts belangrijk om zich te realiseren dat hij of zij alleen voor het medische gedeelte een duidelijke taak (en de nodige expertise) heeft. Het is van belang onderscheid te maken tussen zaken die niet medisch zijn en die wel medisch zijn. In het niet-medische gedeelte, bijvoorbeeld een arbeidsconflict of een lastige thuissituatie die het werken in de weg staat, zou de bedrijfsarts geen rol moeten spelen. Het betreft de verantwoordelijkheid van de werkgever en de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer om daarvoor een oplossing te zoeken.

Tenslotte is nog vermeldenswaardig de uitgesproken opvatting van de huisarts die vindt dat huisartsen prima de taak van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen op zich zouden kunnen nemen. Volgens deze huisarts is het systeem in Scandinavië daarop ingericht en is de sociale zekerheid er erg goed. Daarom zou het in Nederland ook goed kunnen zijn om de huisarts deze taken te geven, vanuit de visie dat juist de huisarts heel veel van een patiënt afweet. Het verwijt dat een huisarts te vaak de kant van de patiënt kiest wordt door deze huisarts als niet waar bestempeld. Ook veel huisartsen zien het nut in van snelle werkhervatting en hijzelf is daar ook een voorstander van.

Heeft een ethische paragraaf toegevoegde waarde?

Huisartsen

De huisartsen zijn gematigd positief over de toegevoegde waarde van een ethische paragraaf in richtlijnen. Het principe wordt wel toegejuicht, maar de uitvoering en de uitwerking laat nog enkele twijfels. De vraag is of een ethische paragraaf problemen op kan lossen, omdat de mensen die zich altijd op regels beroepen niet geneigd zijn om zich op ethisch gebied te verdiepen, terwijl dat de groep is die een ethische paragraaf het hardst nodig heeft. Juist die groep wordt niet bereikt met zo'n paragraaf, zo vindt een huisarts. Maar, toch kan het er beter wel dan niet in staan.

Het nut van een ethische paragraaf wordt door de hierover geïnterviewde huisartsen wel ingezien. Elke richtlijn brengt ethische dilemma's met zich mee, wordt door een huisarts opgemerkt. Er zijn altijd tegengestelde belangen. Een huisarts is de poortwachter en bij verwijzing lopen de kosten van de gezondheidszorg op. Deze gevolgen zijn echter niet direct merkbaar, maar op den duur wordt het wel door het grote geheel gevoeld. Dan kan er een dilemma ontstaan bij een huisarts. Daarnaast is er veel onduidelijkheid over waar een specifieke soort arts voor staat en wat de uitgangspunten over de uitoefening van het vak zijn.

Hoe de ethische paragraaf er uit zou moeten zien en wat er in zou moeten staan vinden de huisartsen lastig om te zeggen. Het benoemen van problemen wordt als een mogelijkheid genoemd. Andere dingen die genoemd zijn, is het aandacht geven aan de afwegingen die gemaakt worden en het formuleren van de uitgangspunten die elke arts hanteert. De huisarts die het laatste noemde vindt dat het uitgangspunt van een huisarts het leveren van integrale zorg en het niets doen buiten medeweten van de patiënt is. Voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen lijkt het deze huisarts met name van belang om te melden welk belang zij dienen, omdat daar de crux zit; het is heel onduidelijk wat een bedrijfsarts (en verzekeringsarts) doet.

Verzekeringsartsen

Verzekeringsartsen denken dat een ethische paragraaf toegevoegde waarde zou kunnen hebben. Bij twee verzekeringsartsen is er enige twijfel over het nut van een ethische paragraaf.

Volgens henzelf maken verzekeringsartsen weleens te snel een beslissing, zonder het dilemma goed te analyseren. Of er is een bepaald gevoel waardoor een beslissing genomen wordt, maar de argumenten voor die beslissing zijn niet helder, citaat:

Soms heb je wel een soort onderbuiksgevoel, van ja of nee, maar ik denk ook voor de uniformiteit en eenduidigheid dat het heel goed is dat we toch leren (...) om naar je eigen twijfels te kijken.

Ethiek komt ook in de spreekkamer, zo merkte een verzekeringsarts op, maar niet alle verzekeringsartsen houden hier voldoende rekening mee. Het is een beetje een ondergeschoven kindje in de verzekeringsgeneeskunde, vindt ook een andere verzekeringsarts. En dat terwijl er heel vaak dilemma's spelen en het altijd gaat over mensen en belangrijke beslissingen. Daarom zou een ethische paragraaf een verrijking zijn. Dit betekent echter wel weer dat er een richtlijntje bijkomt. Opvallend is dat één verzekeringsarts dit juist expliciet een goede ontwikkeling vindt, omdat

richtlijnen alleen maar kunnen steunen en helpen om te analyseren en bepaalde beslissingen te nemen, terwijl een andere verzekeringsarts juist vindt dat er al zo veel (te veel) richtlijnen zijn. Tenslotte is er nog een verzekeringsarts die het vak zo ruim vindt, dat ze twijfelt of een ethische paragraaf voldoende houvast kan bieden aan verzekeringsartsen.

De volgende vraag is hoe een ethische paragraaf eruit zou moeten komen te zien. Het moet sowieso niet te lang worden, omdat het dan niet gelezen wordt, zo wordt er opgemerkt. Een handvat waarmee je in één oogopslag aan de slag kan vindt deze verzekeringsarts het prettigst. Inhoudelijk zijn er twee verzekeringsartsen die Moreel Beraad een goede invulling voor de paragraaf zouden vinden. Zij vinden dat een goede manier om een probleem te benaderen en het werkt verhelderend. Het aanleren van structuur om lastige casus te ontrafelen en het daarbij helder maken welke argumenten en afwegingen gemaakt worden, wordt door een andere verzekeringsarts genoemd. Andere verwachtingen van een ethische paragraaf zijn dat het de aandacht kan richten op het feit dat ethiek een grote rol speelt (of zou moeten spelen) in het werk van de verzekeringsarts, of dat het een handvat is over welke vragen een verzekeringsarts zichzelf moet stellen bij het nemen van een beslissing; het noemen van punten waar een verzekeringsarts nog eens op zou kunnen letten, wordt ook genoemd.

Die ethische paragraaf moet geen dwingend karakter hebben, merkt een verzekeringsarts op. Het zou wel goed zijn als er tijd ingeruimd wordt voor het navolgen van een ethische paragraaf, omdat de tijd om uitgebreid na te denken nu vaak ontbreekt, wordt nog als aandachtspunt genoemd.

Psychologen

De geïnterviewde psychologen zien een ethische paragraaf in een richtlijn wel zitten. Dit zou een goede manier kunnen zijn om het handelen van de psycholoog aan te toetsen en om de voors en tegens af te wegen. Volgens de psychologen zou een ethische paragraaf het belang van de patiënt kunnen en moeten dienen. Vooral omdat het systeem van arbeid en gezondheid door de meeste psychologen als een wirwar wordt ervaren, met bedrijfsartsen, arbodiensten en verzekeringsartsen. Alhoewel psychologen geen uitspraken hoeven te doen over de arbeidsgeschiktheid van hun cliënt, komen ze toch wel met arbeid in aanraking. Er wordt nog eens extra gewezen op de rol van de bedrijfsarts, wat omschreven wordt als een vaag en grijs gebied. Daarnaast is het niet voor alle psychologen duidelijk wat een bedrijfsarts doet.

Een richtlijn moet echter wel een richtlijn blijven, wordt door een psycholoog opgemerkt. Dat richtlijnen er zijn vindt zij erg belangrijk, maar ze volgt ze niet altijd. Dat moet ook zo blijven. Het bewust worden van ethiek is in ieder geval een belangrijk thema dat aan bod zou moeten komen. Daarnaast moet het een aantrekkelijke vorm moeten hebben, waardoor mensen eerder geneigd zijn om het te gebruiken.

Bedrijfsartsen

Bij de bedrijfsartsen zijn de meningen over het nut van een ethische paragraaf verdeeld. Er zijn twee bedrijfsartsen die vinden dat een ethische paragraaf echt geen toegevoegde waarde heeft. Één daarvan wijst op het formele professionele statuut dat Boaborea heeft opgesteld en die onderschreven is door de Arbodienst. Als bedrijfsartsen onder druk gezet worden kunnen zij zich op

dat statuut beroepen, wat volgens haar nauwelijks voor komt, omdat de bedrijfsartsen er onderling vaak wel uitkomen door middel van overleg en ICT of de ethische commissie wordt ingeschakeld. De andere bedrijfsarts denkt dat de markt geen boodschap heeft aan een ethische paragraaf en het daarom de problemen van de markt bij de bedrijfsarts niet oplost.

Drie bedrijfsartsen zouden een ethische paragraaf een goede aanvulling vinden. Het bewust worden van de afwegingen die gemaakt worden geeft meer inzicht bij beslissingen. Het geeft een handvat om op een bepaalde manier naar beslissingen te kijken. Doordat er iets over ethiek in de richtlijn staat moet er nagedacht worden over waar je als arts mee bezig bent. Dat is nuttig.

Tenslotte zijn er nog drie bedrijfsartsen die gematigd positief zijn over een ethische paragraaf. Niet bij elke richtlijn hoeft een ethische paragraaf gemaakt te worden, maar bij sommige richtlijnen zou het best nuttig kunnen zijn dat een arts herinnerd wordt aan het feit dat hij zich niet door het bedrijf onder druk hoeft te laten zetten om een bepaalde beslissing te nemen. Ook complexere aandoeningen zouden een ethische paragraaf kunnen gebruiken, omdat daarbij vaak de relatie tussen de werkgever en de werknemer onder druk komt te staan door de aard van de aandoening. Ook de sector waarin een bedrijfsarts werkt zou van belang kunnen zijn. Er zijn werknemers waarbij overleg heel lastig is en beslissingen anders tot stand komen dan bij werknemers waar goed mee te overleggen valt. Daar kunnen echter ook werknemers zijn die gewend zijn om zelf de touwtjes in handen te nemen en dan moet de bedrijfsarts er voor waken wel de regie in handen te houden. Één bedrijfsarts vindt het logischer om een algemeen document te maken, in plaats van ethische paragrafen in verschillende richtlijnen.

Samenvatting

De doelstelling van dit onderzoek was tweeërlei: (1) nagaan waar in de praktijk mogelijk ondersteuning geboden kan worden bij beslissingen op het morele vlak, en (2) hoe aan die ondersteuning binnen multidisciplinaire richtlijnen vorm gegeven zou kunnen worden. Door middel van 32 interviews met beroepsbeoefenaars vanuit verschillende disciplines (bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en psychologen) is dit terrein geëxploreerd.

Moeilijke situaties op het terrein van arbeid en gezondheid treden op wanneer beroepsbeoefenaren informatie met elkaar willen uitwisselen, patiënten andere normen over werken erop nahouden dan de arts en als er arbeidsconflicten spelen die grond zijn voor werkverzuim. Daarnaast wordt er geworsteld met de mate waarin de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid heeft en waar de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar eindigt. Ook wetten en regels kunnen aanleiding geven tot dilemma's, wanneer het niet in het beste belang van de patiënt/cliënt is om deze strikt op te volgen. Vooral bedrijfs- en verzekeringsartsen, die werken binnen een strikt kader van wetten en regels met betrekking tot arbeid, staan hier soms voor moeilijke beslissingen.

Respondenten hebben verschillende manieren gevonden om met de moeilijke situaties om te gaan. Het uitleg geven aan de betrokken partijen wordt een aantal keer genoemd. Extra goed nadenken over beslissingen kan een andere manier zijn, alhoewel sommigen aangeven hier dikwijls geen tijd voor te hebben en daarom soms de knoop maar gewoon doorhakken. Huisartsen en psychologen lijken beduidend meer vrijheid te hebben om hun beslissingen naar eigen inzicht vorm te geven dan bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, die zich meer gebonden weten aan de wetten en regels waarbinnen zij moeten werken. Verzekeringsartsen zitten het meest in het keurslijf van wetten en regels, waarbij zij ook weleens vastlopen in wetgeving. Dit betrof met name de Wajongwetgeving, die inmiddels (begin 2010) een wijziging heeft ondergaan. Aan de andere kant geven verzekeringsartsen aan dat er binnen de wetgeving wel enige speelruimte is om een eigen beslissing te nemen.

Huisartsen en psychologen zijn logischerwijs minder op de hoogte van wet- en regelgeving op het gebied van arbeid en gezondheid. De Wet Verbetering Poortwachter is huisartsen en psychologen in grote lijnen wel bekend.

Huisartsen en bedrijfsartsen werken weinig samen. Dit komt deels door wantrouwen en deels door logistieke problemen. Psychologen blijken in de interviews meer wantrouwen te koesteren tegen de bedrijfsarts dan de huisartsen dat doen. Vaak komt dit door vervelende ervaringen in het verleden. Ook verzekeringsartsen en huisartsen werken weinig samen. Beide partijen menen dat het niet altijd nodig is om samen te werken, maar dat het in enkele gevallen toegevoegde waarde zou kunnen hebben. Ook hier zijn logistieke problemen een oorzaak, evenals miscommunicatie en het idee dat verzekeringsartsen en huisartsen ver van elkaar af staan. Vanuit de huisartsen is er nauwelijks wantrouwen tegenover de verzekeringsartsen. Ook bedrijfsartsen en verzekeringsartsen hebben onderling weinig contact met elkaar. Dit komt onder andere door het systeem waarbinnen de verzekeringsarts de bedrijfsarts controleert en samenwerking volgens verschillende artsen daarom niet meer aan de orde is. Daarnaast is er van beide kanten het verwijt dat de ander geen contact opneemt en soms is samenwerking ook echt niet nodig, volgens deze artsen. Tenslotte hebben ook verzekeringsartsen en bedrijfsartsen onderling te kampen met een lastige bereikbaarheid.

De eigen rol rond arbeid en gezondheid die de verschillende beroepsbeoefenaren zichzelf toeschrijven loopt uiteen. Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en psychologen rekenen adviseren tot hun taak. Sommige huisartsen hebben een heel brede rolopvatting, waarbij zij het begeleiden van patiënten naar het werk ook als hun taak zien, voor anderen speelt dit niet of nauwelijks. Tussen bedrijfsartsen bestaat eveneens verschil in rolopvatting. Alle bedrijfsartsen zien het als hun taak om mensen te begeleiden rondom verzuim en arbeidsongeschiktheid. Slechts enkele bedrijfsartsen noemen nadrukkelijk ook de preventieve taak die zij hebben om mensen gezond te houden voor hun werk. Evenzeer verschilt de mate waarin bedrijfsartsen een bemiddelende rol wensen te spelen in arbeidsconflicten waarin de medische kant een minder prominente plaats heeft. Een enkele bedrijfsarts rekent claimbeoordeling met betrekking tot de mate van arbeidsgeschiktheid ook tot zijn taak, hoewel de meeste bedrijfsartsen juist duidelijk willen stellen dat zij geen claimbeoordelingen uitvoeren, maar slechts adviseren. Van de verzekeringsarts is het juist niet de primaire taak om te adviseren, maar om te beoordelen. Uit de visie dat een verzekeringsarts ook een algemeen arts is vloeit niettemin de taak voort om mensen waar nodig te adviseren over herstelgedrag en mogelijkheden tot behandeling.

Alle geïnterviewde artsen en psychologen vinden dat zij genoeg ruimte voor eigen inzicht bij hun beslissingen hebben, ondanks de wet- en regelgeving waar zij in verschillende mate mee te handelen hebben, en de (soms commerciële) context waarbinnen zij hun werk verrichten.

Tenslotte is de geïnterviewden gevraagd naar hun mening over het nut van een ethische paragraaf. De meeste huisartsen zijn wel redelijk positief hierover, maar zij vragen zich af hoe deze er uit zou moeten zien. Verzekeringsartsen zijn iets minder zeker over het nut. Enkele verzekeringsartsen vragen zich af of het vak niet te breed is om te kunnen vatten in een ethische paragraaf. De verzekeringsartsen die het nut van een ethische paragraaf wel inzien, vinden dat deze niet te lang en ook niet dwingend moet worden. Een paragraaf waarin het benoemen van ethisch gevoelige situaties centraal staat wordt als suggestie genoemd. Psychologen zien een ethische paragraaf wel zitten. Zij vinden dat deze het belang van de cliënt moet dienen en zouden vooral duidelijkheid willen zien over het systeem van arbeid en gezondheid, met name de rol van de bedrijfsarts. Daarnaast wordt ook door een psycholoog opgemerkt dat het paragraaf geen dwingend karakter moet krijgen. Bedrijfsartsen zijn duidelijk meer verdeeld over het nut van een ethische paragraaf. Er zijn verschillende bedrijfsartsen die van mening zijn dat de bedrijfsartsen onderling er wel uit komen en geen aparte ethische paragraaf nodig hebben. Er zijn ook enkele bedrijfsartsen die het gebruik van een ethische paragraaf wel nuttig zouden kunnen vinden, maar dan wel in beperkte mate.

BIJLAGE Focusgroepbijeenkomst op 30 juni 2009

Gevraagd: enkele vrijwilligers

voor een groepsgesprek over ethische dilemma's rond ziekte en arbeidsongeschiktheid

Wie wij zoeken

Wij zoeken enkele mensen die uit eigen ervaring met ziekte en arbeidsongeschiktheid te maken hebben gehad, of nog hebben, en daarover al veel hebben nagedacht. Wij zouden graag met hen van gedachten willen wisselen in een groep van ongeveer 12 personen.

Wat vragen wij van u

Het gaat om een eenmalige bijeenkomst, een zogenaamde focusgroepbijeenkomst, te houden op dinsdag 30 juni van 9.30 – 12.00 uur in Utrecht, op een nog nader te bepalen locatie. Voorwaarde is dat u uw gedachten goed onder woorden kunt brengen, maar ook dat u zich kunt inleven in de situatie en visies van anderen en bereid bent daarnaar te luisteren.

Waarom gaat het?

In de praktijk komen we vaak lastige dilemma's tegen, die ook voor ethische vragen stellen.

Moeten artsen (zoals huisarts en bedrijfsarts) beter samen werken of juist liever niet?

Behoort altijd alle informatie eerlijk op tafel komen?

Moeten de regels steeds strikt worden nageleefd?

Een aantal praktijksituaties willen we aan de groep voorleggen en onze vraag zal steeds zijn: wat verwacht je in die situaties van artsen en andere zorgverleners? Hoe behoren zij te handelen, hoe kan hun handelen worden verbeterd? Maar ook: wat mag je van de cliënten / patiënten zélf verwachten? Waaraan behoren zij mee te werken? Is ook sprake van een eigen verantwoordelijkheid?

Achtergrond

Het Erasmus MC doet samen met de beroepsverenigingen NVAB (bedrijfsartsen) en NVVG (verzekeringsartsen) onderzoek naar mogelijkheden om ethische dilemma's rond arbeid en gezondheid waarmee we in de praktijk vaak geconfronteerd worden, op te nemen in de richtlijnen en zo een handvat te bieden voor meer verantwoorde zorg.

Aanmelding

U kunt u aanmelden bij dr. M. Hilhorst, Erasmus MC, m.hilhorst@erasmusmc.nl

met een korte toelichting: wie u bent, wat uw leeftijd is en waar u woont, wat uw ervaring is met betrekking tot arbeid en gezondheid, en waarom u wilt deelnemen.

Wij *selecteren* vervolgens 12 geschikte personen, zo dat een evenwichtige groep ontstaat (qua geslacht, leeftijd, ziekte/arbeidsverleden, motivatie), en berichten u zo snel mogelijk of wij van uw aanbod gebruik maken.

Vergoeding

Reiskosten 2^e klas openbaar vervoer (of 0,19 cent per kilometer) worden vergoed.

Verslag van de bijeenkomst op 30 juni 2009

Deelnemers :

Cliënten/patiënten

Carla van Harselaar
Pien Turel
Aleid Klein Middelink-Keller
Wim Maat
Thea Bongers
Erik Koreman
Ivo Olthof

Projectleden

Noks Nauta
Medard Hilhorst
Kerst Zwart
Inge den Besten (verslag)

Na een voorstelronde komt de eerste vraag aan de orde, namelijk welke problemen de mensen tegen zijn gekomen en welke ervaringen zij hebben rond arbeid en gezondheid. Een inventarisatie:

Regie

Een ervaring die iedereen had, was dat er na het moment van diagnose of begin van ziekteverzuim heel veel beslissingen genomen moeten worden. Daardoor krijgt men het gevoel alsof men in het diepe wordt gegooid. Het zou prettig zijn als er op dat moment iemand was die het overnam, die als een soort regisseur een helicopterview heeft en kan informeren over wat er allemaal moet gebeuren en welke beslissingen genomen moeten worden. De groep is het er niet over eens of dit een arts moet zijn of juist niet. Een folder, waarin staat waar iemand allemaal aan moet denken, zou overigens ook al erg nuttig zijn. Enerzijds is er de medische kant, anderzijds kunnen er ernstige sociale en persoonlijke consequenties zijn, met alle onzekerheid van dien. Het kan van Arbo-arts¹, via UWV zelfs leiden naar de rechter.

¹ In dit geval werd door een aantal aanwezigen de term 'arbo-arts' gebruikt. De NVAB hecht eraan dat deze term niet wordt gebruikt. De term arbo-arts duidt er op dat bedoelde arts bij een arbodienst en in de arbodienstverlening werkt. De term zegt echter niets over de ervaring of opleiding en deskundigheid van de arts. Het kan hier gaan om een medisch specialist, een verzekeringsarts, een huisarts, en ook over een net afgestudeerde basisarts. Het gaat wel altijd over een arts, maar het is niet een speciaal op het terrein van arbeid en gezondheid opgeleide arts. En dat is de bedrijfsarts wel. De titel bedrijfsarts is voorbehouden aan de medisch deskundigen die (in vier jaar na de artsenopleiding) zijn opgeleid op het terrein van arbeid en gezondheid, en die geregistreerd zijn in het Register van Sociaal Geneeskundigen. De titel bedrijfsarts is wettelijk beschermd. Om verwarring te voorkomen adviseert de NVAB (de beroepsvereniging van bedrijfsartsen) dan ook om de term arbo-arts niet te gebruiken.

Belang in het bedrijf

De vreemde situatie doet zich voor dat een zieke werknemer afhankelijk is van iemand die een belang in het bedrijf heeft, namelijk de bedrijfsarts. Daardoor loopt de objectiviteit gevaar. De arts bevindt zich in een spagaat: wiens belang wordt nu precies gediend? En bij de Arbo-arts: voor wie werkt die? Mensen voelen zich niet altijd begrepen door de bedrijfsarts, of de bedrijfsarts gaat in tegen het plan van de behandelend arts, zo is de ervaring van enkele mensen uit de groep. Als cliënt heeft iemand soms ook minder informatie dan de bedrijfsarts heeft en dat geeft een gevoel van ongelijkheid en weinig transparantie. Zo kan het voorkomen dat de arts tot een andere conclusie komt dan men gedacht had na het gesprek. Belangrijk is het een behandelend specialist achter je te hebben, anders gaat een bedrijfsarts al gauw zijn of haar eigen gang. Het gebeurt ook dat door een verzekeringsarts een FML wordt ingevuld zonder overleg met de cliënt. Andere mensen vullen het FML altijd zelf in. Wat een cliënt kwetsbaar maakt, is dat het vaak niet duidelijk is wie de arts is (er zijn bijv. ook arbeidsdeskundigen bij het UWV) en wat hij of zij vertegenwoordigt, in welke positie de arts zit. Dit geldt vooral voor een bedrijfsarts en in mindere mate bij een arts van het UWV. Het is ook niet duidelijk wat een bedrijfsarts mag doorvertellen aan de werkgever. Daarom vertelt een van de deelnemers dat hij een advocaat heeft genomen: "kijk mee, of ik geen domme dingen doe, met welke consequenties moet ik rekening moeten houden?"

Bejegening en erkenning

Vervolgens wordt het punt van bejegening ingebracht. Daar zijn veel goede ervaringen mee (opvallend vaak bij mensen met een psychiatrische aandoening), echter ook enkele negatieve ervaringen. Dan gaat het over een bedrijfs- of verzekeringsarts die iemand als een geval behandelt en het als zijn/ haar taak zag om zoveel mogelijk mensen weer aan het werk te krijgen, onder het mom van: *Werken is gezond*. Bij het UWV is het ook zo dat er een bepaald aantal mensen afgekeurd moet worden en dat is uiteindelijk ook een maatschappelijk probleem. En degenen die beoordelen, en je in een hokje duwen, hebben niet de baantjes klaar liggen.

Bij deelname aan een SMT (sociaal medisch team) heeft een deelnemer als P&O'er de ervaring dat er nogal eens onzorgvuldig wordt omgegaan met het beroepsgeheim en dat er door personeelsfunctionarissen allerlei (waarde)oordelen worden uitgesproken over zieke werknemers. Er is dan maar één belang en dat is het ziekteverzuim naar beneden krijgen. Vanuit het bedrijf gezien is dit begrijpelijk, zo merkte iemand op. Het aanhouden van een zieke werknemer kost geld. Het punt is dat vanuit het bedrijf de oplossing er snel moet komen. En Arbo-diensten moeten de klant tevreden houden. De meest essentiële informatie van de medisch specialist wordt dan al gauw weg beredeneerd, relevante informatie wordt niet gebruikt, en dat wordt vervolgens maatwerk genoemd. Het oordeel van de bedrijfsarts is maatgevend in het proces. De bedrijfsarts komt volgens enkele aanwezigen nogal eens te snel tot een conclusie. Aan de dossiervorming van de bedrijfsarts wordt heel veel waarde gehecht en dat oordeel blijft heel lang in het dossier en wordt voor waarheid aangenomen. Reacties vanuit de cliënt zelf worden op een zijspoor gezet. Er is formeel wel de mogelijkheid om bezwaar te maken, maar dat is heel omslachtig en inhoudelijk wordt er niets mee gedaan. Je komt dan snel in een verdedigende positie en dat is lastig. Hogeropgeleiden vinden hier eerder hun weg in de bureaucratie dan lager opgeleiden. Het proces wordt eerder vanuit regelgeving gestuurd, en gaat niet echt uit van de patiënt/cliënt zelf. Bovenstaande uitspraken worden genuanceerd door op te merken dat er heel veel goedwillendheid is onder bedrijfsartsen, maar dat er een aantal zijn die dat om zeep helpen. Ook niet vergeten moet worden waardoor deze situatie is ontstaan. Er was in Nederland een heel goed systeem, waar veel misbruik van is gemaakt. Opgemerkt wordt: de belangen moeten meer uit elkaar getrokken worden, artsen moeten onafhankelijker zijn, en de druk van de markt en verzuimcijfers weggenomen. Er moet minder vanuit wantrouwen worden gedacht: als er al simulanten zijn, zij hebben ook een probleem.

Het sociale vangnet is belangrijk bij arbeidsongeschiktheid. Als iemand wel kan werken, maar niet al het werk kan doen, is het goed als diegene de zekerheid heeft, dat, als iemand door ziekte

zonder werk komt te zitten, hij/ zij geen financiële problemen krijgt. Re-integratie is echter een heet hangijzer. Er zou eerder in het proces gekeken moeten worden wat er mogelijk is. Daarnaast speelt ook de erkenning een rol, dat het probleem serieus wordt genomen. De vraag is wat iemand wil en wat er mogelijk is voor diegene. Echter, er kan niet voor iedere werknemer een speciale regeling getroffen worden. Laat er *met* je, niet over je gepraat worden.

Iemand anders heeft vooral ervaring met verzekeringsartsen en is daar juist heel positief over. Zij heeft het idee dat mensen met lichamelijke klachten meer problemen hebben dan mensen met psychische klachten. Zij is altijd afgekeurd en is het daar ook altijd mee eens geweest. Daarnaast vond ze de verzekeringsartsen aardige mensen. Een minder goede ervaring heeft iemand met depressieve klachten. Mogelijk valt bij duidelijker klachten eerder het kwartje, dan bij een aandoening als een depressie. Daarnaast zou het ook kunnen liggen aan de psychiatrische status van een aandoening. Psychisch heeft wellicht onvoldoende medische status.

Toestemming en zorgvuldigheid

De ervaringen met het geven van toestemming zijn wisselend. Bij een van de deelnemers is er in het verleden met de toestemming aan de haal gegaan. Na eenmaal toestemming gegeven te hebben, had de bedrijfsarts vrij spel. Anderen hebben juist geen slechte ervaringen en mochten zelfs alles lezen wat de arts schreef.

Problemen bij re-integratie

Bij de re-integratie van zieke werknemers spelen veel problemen. Iemand mag van zijn bedrijfsarts niet werken en de arts vindt dat diegene teveel wil. Vrijwilligerswerk doen is echter geen probleem. (dit is een oordeel van vóór de ommezwaai in WAO-wetgeving) Het niet mogen werken kan ook ter bescherming van de werknemer zijn, maar wellicht wordt er helemaal niet gekeken naar de individuele werknemer. De werkgever krijgt namelijk een boete als een werknemer in de WIA komt, ongeacht de oorzaak.

Veel mensen met een aandoening willen graag werken. Maar ze willen ook een vangnet voor als het niet gaat. Er zou ook een soepeler overgang moeten zijn om van het ene naar ander soort werk te kunnen gaan.

Er zijn wel veel stimulerende maatregelen in het leven geroepen om mensen aan het werk te krijgen, maar veel verantwoordelijkheid ligt daarbij bij de werkgever. En bedrijven zijn vaak terughoudend om mensen met wie iets is aan te nemen. Vaak schrikt ook de rompslomp aan regels hen af; regels die vervolgens ook nog vaak veranderen. Het ideale bedrijf geeft iemand bij re-integratie de ruimte om de uren aan te passen aan de toestand op dat moment. Acceptatie is het sleutelwoord. En waarom zou je de wens van iemand zelf om toch te gaan werken, ondanks aarzelingen bij de arts, niet als haar eigen verantwoordelijkheid mogen zien?

Bejegening en initiatief

Sommigen hebben de ervaring dat ze al in paniek raken wanneer er een formulier moet worden ingevuld. Ze schamen zich ook vaak.

Nare ervaringen zijn er ook bij mensen die zeiden tegen de AD dat ze graag wilden werken en dat de AD reageerde dat men nog nooit iemand met zo'n aandoening had gezien die wilde werken! Dat vindt men een discriminerend reactie. Ook snapten sommige verzekeringsartsen het niet als iemand zei dat zij of hij niet afgekeurd wilde worden.

Artsen zouden meer leiderschap moeten tonen vanuit hun professie en zich niet via regeltjes indekken. Het tonen van leiderschap uit zich in het gebruiken van medische kennis, het positief meedenken (met verstand en intuïtie) en het aangeven van de grenzen van wat mogelijk is (ook zijn eigen grenzen). Een arts mag ook kritisch zijn naar de werkgever, maar moet wel het potentieel dat de werknemer heeft aanboren. De vraag is of de bedrijfsarts de spil moet zijn in het proces van arbeidsongeschiktheid. Een behandeladvies kan ook van de bedrijfsarts uitgaan. De huisarts staat het dichtst bij een persoon en kan iemand zo nodig tegen een onjuist oordeel van een bedrijfsarts

beschermen. Het is echter het vak van de bedrijfsarts om te adviseren of iemand kan werken (en welke onderdelen van het werk al dan niet mogelijk zijn) en niet van de huisarts. Een huisarts (of een specialist) mag hier wel advies geven over de aandoening en de belastbaarheid (wat kan iemand concreet aan in bijvoorbeeld bewegingen, wat is schadelijk?). Huisartsen doen dit pas als een bedrijfsarts daarom vraagt (mogelijk omdat een huisarts anders het geven van advies niet kan declareren?).

Na een korte discussie is men het er redelijk over eens dat een bedrijfsarts het initiatief moet houden en voor zijn of haar oordeel informatie moet inwinnen bij huisarts en andere behandelaren. Uiteraard met toestemming van de cliënt. In een uiterst geval is het mogelijk om de behandelaar naar de bedrijfsarts te laten bellen, maar dit is niet de ideale situatie. Dat de bedrijfsarts er vaak niet toe komt om informatie uit te wisselen, hangt samen met tijdgebrek (te veel werk) en de vaak stroeve communicatie met behandelend artsen.

Informatie

De ideale situatie zou zijn als bedrijfsartsen alle informatie verzamelen die nodig is voor het vormen van hun oordeel, zo is de conclusie. (Eén van de aanwezigen had overigens een ervaring dat een arts zei dat deze juist geen info van andere medici mocht meenemen bij de beoordeling.) Dit roept een volgende vraag op, namelijk hoe informatie uitgewisseld zou mogen worden. Iemand is van mening dat de uitwisseling van informatie uitsluitend schriftelijk mag plaatsvinden, omdat mondelinge informatie geen waarde heeft, mede omdat hierbij 'gemanipuleerd' zou kunnen worden. Hier wordt tegenin gebracht dat een dergelijke situatie onwerkbaar wordt. Het staat direct overleg in de weg, creëert wantrouwen en angst, en hier protocollen over maken is te ingewikkeld en leidt tot starre verhoudingen. In de psychiatrie bestaan ook uitzonderingen op de regel: soms is het problematisch om alle informatie te geven. Een optie zou zijn, afhankelijk van de situatie, om alleen te bellen met behandelaren waar de cliënt zelf bij is. Dit zou praktisch mogelijk zijn met bijvoorbeeld een belafsprak. Dit is heel transparant en men vindt het principe goed, echter moet dit ook geen harde regel worden. Het is wel belangrijk dat een cliënt altijd mag zien wat er besproken is, daarmee kunnen ook de nodige tegenstrijdigheden voorkomen worden. Hiermee samen hangt de inzage in het dossier. Niemand van de aanwezigen krijgt standaard een uitdraai van het dossier na afloop van een gesprek. Sommigen vragen er zelf altijd om en krijgen vervolgens een uitdraai. Men vindt dat dit standaard aangeboden zou moeten worden, omdat het misverstanden voorkomt en tot meer gelijkwaardigheid leidt. Hieruit kan dan wel het dilemma voortkomen dat mensen informatie krijgen waar ze mogelijk nog niet aan toe zijn, zoals (soms onduidelijke of onzekere) prognoses of diagnoses. Dit geldt vooral voor psychiatrische stoornissen, waarbij bewust de diagnose, niet altijd even hard, nog niet aan de cliënt gegeven wordt.

In het algemeen heeft men de ervaring dat de status van een specialistisch rapport hoger is dan van een rapportage van een bedrijfsarts of verzekeringsarts.

Er zijn ook deelnemers die vertellen dat ze altijd alle rapporten zelf hebben opgevraagd en doorgegeven aan bedrijfs- of verzekeringsarts. De discussie is dan ook of je het initiatief voor info uitwisseling toch bij de cliënt zou moeten leggen.

Een waardevolle tip is om iemand mee te nemen naar het spreekuur van de bedrijfs- of verzekeringsarts. Dit kan een bekende zijn of iemand van bijvoorbeeld de stichting MEE, die er op professionele wijze naar kijkt. Eigenlijk zou standaard in de uitnodigingsbrief van de bedrijfs- of verzekeringsarts moeten staan dat aangeraden wordt om niet alleen te komen.

Daarnaast kan uitleg op de werkvloer nuttig zijn wanneer iemand met een aandoening re-integreert. Dit kan de 'zieke' werknemer zelf doen (die kan dan concreet aangeven wat er op het werk wel of niet goed voor hem of haar is), maar het kan ook door andere ervaringsdeskundigen (bijvoorbeeld een epilepsieconsulent). Het zou ook de taak van de leidinggevende kunnen zijn, maar dit maakt het misschien wel erg publiek, wat niet ieder op prijs stelt. Het is in ieder geval belangrijk om aan te geven dat de grenzen samen vastgesteld moeten worden.

Regels

Regels zijn er niet voor niets en daar moeten mensen zich aan houden. Als regels niet goed zijn moeten deze niet overschreden worden, maar moeten de regels veranderen. Van richtlijnen mag wel afgeweken worden, mits onderbouwd. Het instemmen van de cliënt is cruciaal. Het is je vak om daarmee om te gaan, en je niet te verschuilen achter de regeltjes. Het gaat steeds om zorgvuldigheid en transparantie. Verder is het goed als bij het opstellen van de richtlijnen ook met de doelgroep gecommuniceerd wordt.

Samenvatting

Hier enkele in het oog springende observaties:

- Het belang van een soort regisseur met een helicopterview, vanaf het begin van het ziekteproces, wordt benadrukt; ook zou een folder erg nuttig zijn. Naast de medische kant kunnen er immers ernstige sociale en persoonlijke consequenties zijn, die moeilijk te overzien zijn. Ondersteuning hierbij is heel belangrijk.
- Een cliënt is kwetsbaar en vaak is niet duidelijk wie de arts is en wat hij of zij vertegenwoordigt, in welke positie de arts zit. Dit geldt voor een bedrijfsarts en in mindere mate voor een arts van het UWV. Daarbij zijn objectiviteit, gelijkheid en transparantie in het geding.
- Laat er *met* je, niet over je gepraat worden. Soms wordt niet zorgvuldig omgegaan met het beroepsgeheim, soms wordt essentiële informatie niet gebruikt, soms worden conclusies te snel getrokken en kunnen (waarde)oordelen die in het dossier zijn vastgelegd lang doorwerken. Het is dan moeilijk om die nog te corrigeren en in de bureaucratie je weg te vinden. Hogeropgeleiden vinden hier eerder hun weg dan lager opgeleiden.
- Veel mensen met een aandoening willen graag werken. Maar ze willen ook een vangnet voor als het niet gaat. Er zou een soepeler overgang moeten zijn om van het ene naar ander soort werk te kunnen gaan. Bedrijven zijn vaak terughoudend om mensen met wie iets is aan te nemen. Vaak schrikt ook de rompslomp aan regels hen af; regels die vervolgens ook nog vaak veranderen.
- Artsen zouden meer leiderschap moeten tonen vanuit hun professie en zich niet via regeltjes indekken. Het tonen van leiderschap uit zich in het gebruiken van medische kennis, het positief meedenken (met verstand en intuïtie) en het aangeven van de grenzen van wat mogelijk is (ook zijn eigen grenzen).
- Niemand van de aanwezigen krijgt standaard een uitdraai van het dossier na afloop van een gesprek. Sommigen vragen er zelf altijd om en krijgen vervolgens een uitdraai. Men vindt dat dit standaard aangeboden zou moeten worden, omdat het misverstanden voorkomt en tot meer gelijkwaardigheid leidt.
- Het instemmen van de cliënt is cruciaal. Het is je vak om daarmee om te gaan, en je niet te verschuilen achter de regeltjes. Het gaat daarbij steeds om zorgvuldigheid en transparantie.