



Nederlandse
Vereniging voor *nvab*
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

DE BEDRIJFSARTS: DOKTER EN ADVISEUR

Standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde over nieuwe taken en positionering van de bedrijfsarts in het licht van de ontwikkelingen in gezondheidszorg, de stelselwijziging en de deregulering in de arbodienstverlening.

Aangenomen op de Algemene Ledenvergadering van de NVAB op 4 april 2007.

DE BEDRIJFSARTS: DOKTER en ADVISEUR

Standpunt van de NVAB over nieuwe taken en positionering van de bedrijfsarts in het licht van de ontwikkelingen in gezondheidszorg, de stelselwijziging en de deregulering in de arbodienstverlening (ALV, dd 4-4-2007).

De NVAB wil de positionering van de bedrijfsgeneeskunde aanscherpen en elementen uit het takenpakket opnieuw vastleggen. Deze nota vormt de uitwerking van de 'Strategische Leidraad 2006-2010'¹. Aanleiding daarvoor vormen nieuwe ontwikkelingen en inzichten in het werkveld en in de omgeving van de bedrijfsarts, waaronder de WIA en de nadruk op participatie en preventie. Tevens hebben de partners in de zorg (huisartsen, specialisten, patiënten- en cliëntenorganisaties, verzekeraars) en de overheid recht op duidelijkheid over de positie die de bedrijfsartsen willen innemen in de ketenzorg².

De hoofdlijnen van de vernieuwde positionering zijn:

- **De bedrijfsgeneeskunde maakt deel uit van de eerstelijns gezondheidszorg, en is gecentreerd rond (aspirant-)werkenden**
Eerstelijnszorg heeft een generalistisch karakter, is gericht op de mens in zijn omgeving, is nabij en laagdrempelig³. Het ministerie van VWS hanteert als definitie van 'de eerstelijns': het eerste contactpunt van de patiënt met het zorgsysteem. Eerstelijnszorg fungeert als poortwachter naar de specialistische zorg in een ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg en tweedelijns arbozorg.

De NVAB is van mening dat elke Nederlander rechtstreeks en zonder verwijzing terecht dient te kunnen bij een bedrijfsarts. De recente wetwijzigingen hebben de toegang tot de bedrijfsarts afhankelijk gesteld van maatwerkafspraken op bedrijfs- of brancheniveau op basis van de RI&E. De NVAB is daar niet gelukkig mee⁴.

Hoewel de bedrijfsgeneeskundige zorg vooralsnog⁵ een betalingsstructuur⁶ kent die zich (op de verwijfsfunctie na) afspeelt buiten het reguliere zorgverzekeringscircuit, is er géén reden om diagnoses, interventies en adviezen van bedrijfsartsen een andere status te geven dan die van overige eerstelijns aanbieders. Het behandelen van beroepsziekten, individuele preventie-adviezen en het begeleiden naar functieherstel en re-integratie, maken deel uit van gezondheidsherstel en dus van de reguliere zorg. De bedrijfsarts in de eerstelijnszorg kan positief bijdragen aan stroomlijning van de moderne ketenzorg, en voorkoming van dubbele kosten voor reguliere zorg en voor arbozorg⁷.

Positionering van de bedrijfsarts tussen andere professionals in de eerste lijn draagt bij aan de inbreng van de kennis over de arbeid in de klassieke curatieve zorg, aan gelijkwaardige communicatie tussen professionals en aan transparantie van het zorgsysteem. In het verlengde hiervan acht de NVAB het noodzakelijk dat bedrijfsgeneeskundige informatie onder regie van de patiënt deel gaat uitmaken van diens (elektronisch) patiëntendossier. Samenhang en synergie in de dossiervorming, inclusief arbeidsrelevante gegevens, ondersteunt de integrale ketenzorg en draagt bij aan het versterken van de positie van de werknemer/patiënt. De privacy en de vrijheid van artsenkeuze zijn daarbij niet in het geding⁸. Via een aparte module kan de werkgever worden geïnformeerd over mogelijkheden/beperkingen van de werkende en - op groepsniveau – over verzuimgegevens.

De eerstelijns positionering accentueert de directe toegankelijkheid en de complementaire rol die de bedrijfsarts speelt in de gehele ketenzorg. De eerstelijns positionering draagt ook bij aan de zichtbaarheid van de bedrijfsgeneeskunde als discipline.

De bedrijfsarts kan de uitvoering van diens taken vanuit diverse settings vervullen. Hij of zij kan o.a. werkzaam zijn bij een arbodienst, rechtstreeks werken voor een bedrijf, deel uitmaken van een maatschap of deel uitmaken van een eerstelijns voorziening.

- **De bedrijfsarts heeft als medicus individuele zorgtaken voor alle (aspirant-) werkenden, in betaald en onbetaald werk**

De *NVAB Strategische Leidraad 2006-2010* zegt hierover: "Het appèl op de bedrijfsarts om een behandelbijdrage te leveren aan een snel en adequaat herstel van werknemers neemt verder toe. De NVAB ziet dit als een kans om de kwaliteit van zorg voor werknemers te verhogen en tevens de positie van de bedrijfsarts te versterken."⁹

Onder behandelen verstaat de NVAB: "bijdragen aan functieherstel", variërend van sociaal medische begeleiding tot klassieke behandeltaken (onder de strikte voorwaarde van individuele bekwaamheid/competentie).

De **individuele zorgtaken** zijn:

1. Het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van werkenden.
2. Het bij een werkende herkennen, diagnostiseren en behandelen van (dreigende) arbeidsgerelateerde klachten of van een (dreigende) beroepsziekte of arbeidsongeschiktheid.
3. Werkenden die (dreigen te) verzuimen actief volgen en begeleiden naar herstel, gericht op behoud van werk en (re-)integratie van die werkenden¹⁶.
4. Het preventief bewaken van de gezondheid (voorkomen van ontstaan van gezondheidsschade en vroegsignalering) van werkenden en het signaleren van werkgebonden risicofactoren.
5. Het adviseren aan individuele werkende.
6. De bedrijfsgeneeskunde kent ook specialistische (klinische) varianten in de tweedelijnszorg. Ook dat zijn individuele zorgtaken. Bedrijfsgeneeskunde wordt als tweedelijns voorziening (alleen op basis van verwijzing) aangeboden in ziekenhuizen en/of gespecialiseerde kenniscentra (o.a. bij universitaire ziekenhuizen) door 'klinisch arbeidsgeneeskundigen (en consultants) met een opleiding tot bedrijfsarts'¹⁰.

De individuele zorgtaken kunnen naar de mening van de NVAB - zeker voor diegenen zonder betaald werk - in aanmerking komen voor vergoeding door de zorgverzekeraar. De NVAB is van mening dat een aanmerkelijk maatschappelijk doel gediend is met de toegankelijkheid van mensen die geen betaalde arbeid verrichten tot een bedrijfsarts: vrijwilligers, mantelzorgers, studenten, uitkeringsgerechtigden. Ook zij hebben vragen die te maken hebben met belasting en belastbaarheid, re-integratie en preventie¹¹.

- **De bedrijfsarts is medisch adviseur en coach van bedrijven / werkgevers, zowel in preventieve als curatieve zin**

De adviesfunctie is zowel gericht op individuele inzetbaarheid van werkenden als op de organisatie als geheel. De adviesfunctie uit zich in de rol als medisch adviseur van het management: het bedrijf stimuleren en helpen een gezonde organisatie te zijn met een expliciet preventiebeleid (het adviseren van de arbeidsorganisatie, het organiseren van preventief medisch onderzoek, inventariseren van arbeidsrisico's)¹².

De adviesfunctie uit zich eveneens in de rol van coach van bedrijfsleiders, afdelingschefs etc. bij het professioneel vormgeven van de omgang met zieke werknemers en re-integratietrajecten, alsmede het uitvoeren van veiligheidskeuringen.

De adviesfunctie ten behoeve van de werkgever en werkende bestaat uit:

1. Het uitvoeren van de probleemanalyse.
2. Advies over individuele inzetbaarheid en re-integratie.
3. Inhoudelijke inbreng/advisering binnen het sociaal-medisch overleg.
4. Organiseren van preventief medisch onderzoek (PMO) en gezondheidsbewaking;
5. Wettelijk verplichte (veiligheids-)keuringen.
6. Adviseren van de arbeidsorganisatie (werkgever en werknemersvertegenwoordiging) op het gebied van (systeem-)preventie, beroeps- en arbeidsrisico's en organisatieaspecten met betrekking tot human resources¹³.

- **De bedrijfsarts is een hoogwaardig professional in een veeleisende omgeving**
Bedrijfsgeneeskunde is een sociaal-geneeskundige discipline en beweegt zich per definitie in een maatschappelijk spanningsveld, met de bijbehorende belangen- tegenstellingen. Dat stelt hoge eisen aan het op peil houden van de benodigde competenties. Naast opleiding, registratie en herregistratie, bij- en nascholing en intercollegiale toetsing, richtlijnontwikkeling en -implementatie, wordt geïnvesteerd in de 'sluitsteen' van het kwaliteitsbeleid: visitatie. Conform de kwaliteitsontwikkelingen in zorginstellingen en bij collega-medici wordt gewerkt aan een niet-vrijblijvende methode van kwaliteitstoetsing middels individuele visitatie, gekoppeld aan de herregistratie als bedrijfsarts.

Tevens blijft de NVAB inzetten op het verbeteren van de randvoorwaarden voor 'evidence based' handelen. Voorbeelden van activiteiten zijn: het stimuleren van onderzoek, academisering van bedrijfsgezondheidszorg, het faciliteren van toegang tot informatie over arbeidsomstandigheden, het bewaken van voldoende handelingsvrijheid van de bedrijfsarts conform het Professioneel Statuut van de NVAB of vastgelegd in contracten tussen opdrachtgevers en arbodiensten of individuele professionals.

Toelichting

Ter onderbouwing van deze positiebepaling gelden voor de NVAB de volgende argumenten van inhoudelijke, praktische en strategische aard.

Inhoudelijke argumenten

1. Het bevordert de duidelijkheid voor werknemers/patiënten en collega-artsen als de behandeltaken die bedrijfsartsen verrichten ook als zodanig benoemd worden. Bedrijfsartsen verrichten behandelende taken, op basis van de richtlijnen van de NVAB, multidisciplinaire richtlijnen of andere relevante curatieve standaarden¹⁴. De bedrijfsarts is volledig bevoegd tot het uitoefenen van de geneeskunst. De bedrijfsarts doet géén claimbeoordeling, wel brengt hij/zij adviezen uit inzake belasting/belastbaarheid en inzetbaarheid (zie standpunt ALV, 5 april 2005).
2. De expertise van de bedrijfsarts is complementair aan die van andere professionals in de eerstelijns: kennis van belasting, belastbaarheid en arbeidsomstandigheden, met als focus de functionaliteit in relatie tot arbeid en niet de klacht. De bedrijfsarts voegt deze ontbrekende expertise toe aan de reguliere eerstelijns zorg.
3. In de dagelijkse praktijk is er steeds vaker sprake van een multidisciplinaire aanpak en van ketenzorg. De bedrijfsarts levert een essentieel aandeel in het beoordelen, behandelen en begeleiden van werknemers. Om tegenstrijdige adviezen en 'shoppen' ten aanzien van functionele inzetbaarheid en belastbaarheid te voorkómen is nauw contact en overleg tussen professionals in de eerste lijn en de tweede lijn wenselijk.
4. Werknemers en werkgevers hebben belang bij curatieve zorg dicht bij de werkplek.

De werkgevers die al voor de basisverzekering betalen, willen dat mensen niet onnodig verzuimen voor eenvoudige consulten bij de huisarts. Het is voor de bedrijfsarts vrij eenvoudig om bij dit soort aandoeningen indien nodig sociale factoren in de afweging mee te nemen, terwijl voor andere zorgverleners werkbelasting en mogelijkheden voor bijv. re-integratie op de werkplek moeilijk zijn in te schatten.

5. 'Functionaliteit in relatie tot arbeid' (het optimaliseren van inzetbaarheid en de aandacht voor functionaliteit en re-integratiemogelijkheden) heeft niet alleen betrekking op mensen met betaald werk in loondienst, maar ook op zelfstandigen, uitkeringsgerechtigden, vrijwilligers, mensen met een handicap, scholieren en studenten (zie verder noot 11).

Praktische en operationele argumenten

1. Gebruik van/aansluiting bij de elektronische patiëntendossiers biedt vele mogelijkheden tot doelmatiger en doelgerichter registratie. In de huidige medische dossiers (en toekomstige EPD's) ontbreken gegevens over belasting en belastbaarheid. Dat zijn voor curatieve collega's belangrijke gegevens, die bij kunnen dragen aan adequate advisering. Bedrijfsartsen dienen daarom aan te sluiten bij de trend richting één EPD.
2. Integrale ketenzorg staat op gespannen voet met solistische praktijkvoering. In de huisartsenzorg is de solist inmiddels in de minderheid. De bedrijfsarts werkt per definitie multidisciplinair (werkt met name met andere arboprofessionals, psychologen etc.) en vaak niet-solistisch, zoals in grotere maatschappen of in een arbodienst.
3. Contacten met huisartsen zouden moeten worden geïntensiveerd. Het is noodzakelijk dat ook bedrijfsartsen rond de patiënt/werknemer goed overleg hebben met de huisarts en andere disciplines in de eerstelijns. Gebruik van elkaars netwerk van verwijzadressen (medisch specialisten en tweedelijns arbovoorzieningen) kan een verrijking van de behandelmogelijkheden opleveren.
4. In het geval dat een vrijgevestigd bedrijfsarts zijn praktijk vestigt in een eerstelijnsvoorziening, kunnen gemeenschappelijke voorzieningen en afspraken (bijv. een klachtenreglement voor de vrijgevestigd bedrijfsarts) de kwaliteit van zorg ten goede komen. Vestiging/praktijkvoering van de bedrijfsarts in een dergelijke setting kan schaalvoordelen opleveren en een ontlasting van organisatorische spanningen. De integrale eerstelijnsvoorzieningen en gezondheidscentra zullen steeds vaker ondersteund worden door facilitaire organisaties, plaatselijk en regionaal (o.a. door Regionale Ondersteunings Structuren). De bedrijfsgeneeskunde vindt daardoor gemakkelijker aansluiting bij ketenzorgstructuren.

Strategische argumenten

1. De zichtbaarheid van de bedrijfsgeneeskunde laat te wensen over. Het feit dat de bedrijfsgeneeskunde sinds de jaren negentig onderdeel is van een breed pakket van arbodienstverlening heeft niet bijgedragen aan een helder profiel. Dat kwam onder meer doordat de bedrijfsarts vrijwel uitsluitend werd ingezet in verzuimbegeleiding¹⁵ en dat de meerderheid van het werk wordt uitgevoerd in opdracht van bedrijven en niet op grond van vrijwilligheid (behoefte) van de werknemer. Zichtbaar maken van de toegevoegde waarde van de bedrijfsgeneeskunde is van belang voor de profilering de professe van de bedrijfsarts.
2. Bedrijfsartsen verzorgen een deel van de preventieve gezondheidszorg door o.a. het preventief medisch onderzoek en de adviesfunctie over werkomstandigheden aan

werkgevers. Bedrijfsartsen kunnen bijdragen aan noodzakelijke grootschalige preventieve interventies ten behoeve van de volksgezondheid in het algemeen en die van werknemers in het bijzonder. Het is echter vooralsnog moeilijk om synergie te bereiken bij investeringen in preventie: de één (zorgverzekeraar) investeert liever niet voor de baten van de ander (de schadeverzekeraar en/of de werkgever) en omgekeerd.

3. De financiering van de bedrijfsgezondheidszorg komt thans volledig ten laste van werkgevers. De NVAB heeft door de KNMG-afdeling Beleid & Advisering een studie¹⁶ laten verrichten naar de mogelijkheden om de zorg die men kan aanduiden als 'individuele bedrijfsgezondheidszorg' (open spreekuur, begeleiden en behandelen van aandoeningen, preventieve keuringen) te laten betalen uit andere bronnen dan de werkgever. De conclusie is dat financiering van individuele bedrijfsgezondheidszorg uit collectieve aanvullende zorgpolissen en inkomensverzekeringen kansrijk is. Ook blijkt (CVZ verwijskrant) het behandelen van arbeidsgerelateerde aandoeningen, mits duidelijk als verstrekking omschreven, een plaats te kunnen krijgen in het basispakket. Het standpunt van de NVAB is dat de expertise van de bedrijfsarts kan worden ingekocht door (zorg-)verzekeraars, werkgevers, arbodiensten, CWI etc., mits een kostendekkend tarief wordt geboden. De 'advies-kosten' die worden gemaakt ten behoeve van de werkgever (probleemanalyse, verplichte keuringen, sociaal-medisch overleg) zijn in principe voor de werkgever, maar kunnen wel degelijk –bijvoorbeeld bij collectieve bedrijfsziektekostenpolissen – ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht¹⁷.

EINDNOTEN

¹ De NVAB Strategische Leidraad 2006-2010 werd aangenomen op de Algemene Ledenvergadering van de NVAB op 9 november 2005.

² Enkele redenen voor de NVAB om de positionering van de bedrijfsarts te herzien:

De Gezondheidsraad heeft de minister van VWS een advies aangeboden (22 juli 2005) met als titel: "*Beoordelen, behandelen, begeleiden; medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*". De Gezondheidsraad benadrukt dat samenwerking tussen de verschillende medische disciplines essentieel is om het arbeidsongeschiktheidsvolume te verkleinen.

Werkgevers zijn krachtens de Wet Verbetering Poortwachter verantwoordelijk voor de kosten van loondoorbetaling bij ziekte van hun werknemers. "Voor dat geld zal de werkgever ook iets te zeggen willen hebben over de wijze waarop de zorg voor zijn werknemers geregeld is." (Uit de brief aan de Tweede Kamer van de ministeries van SZW en VWS, d.d. 22-02-2005). Het is niet alleen wettelijk verplicht maar ook logisch dat werkgevers een bedrijfsarts betrekken bij hun pogingen werknemers gezond te houden, en de kosten en inzet optimaal (dus: breed) willen benutten. Zo wijst VNO-NCW in de nota *Arbeidsvoorwaardenbeleid 2006* nadrukkelijk op de mogelijkheden van bedrijfsartsen om delen van de zorg over te nemen.

De nieuwe zorgverzekeringswet (per 1-1-2006) biedt ruimte aan andere en nieuwe zorgaanbieders in het kader van de zogenaamde functionele verstrekkingen. Binnen de wetgeving is er geen bezwaar tegen het verrichten van curatieve taken door bedrijfsartsen. Naar verwachting zullen er zorgverzekeringen ontstaan met een arbocuratieve component, vooralsnog in de aanvullende pakketten via de collectieve contracten. Maar ook verstrekkingen op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg uit het basispakket worden door CVZ (de 'pakketautoriteit') mogelijk geacht, zoals blijkt uit de CVZ-verwijskrant van eind juni 2006.

Voorts kan het onder omstandigheden doelmatiger zijn (bedrijventerreinen waar forensen ver van hun woonplaats werken, bedrijven met personeel van diverse nationaliteiten die geen eigen huisarts hebben) om werknemers niet alleen voor 'minor ailments', maar ook voor andere klachten door de bedrijfsarts te laten behandelen. Het ontstaan van bedrijvenpoli's en health centre's is hiervan een voorbeeld.

³ Onder 'eerstelijnszorg' wordt verstaan: "het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Eerstelijnszorg fungeert als poortwachter naar de meer specialistische zorg in het ziekenhuis en de geestelijke gezondheidszorg". Eerstelijnszorg heeft een generalistisch karakter, gericht op de mens in zijn omgeving, is nabij en laagdrempelig. Deze omschrijving is gebaseerd op zowel de intentieverklaring van een groot aantal eerstelijns partijen ter versterking van de eerste lijn, als op de definitie die VWS hanteert. Op basis daarvan schreef minister Hoogervorst op 8-2-2006 aan de NVAB: "Ik beschouw de bedrijfsarts wel degelijk als een belangrijk onderdeel van een integrale eerstelijnszorg."

⁴ In Nederland wordt de wetgeving over arbodienstverlening teruggebracht tot alleen doelbepalingen en wenst de overheid zich minder te bemoeien met de in te zetten middelen. Werkgevers en werknemers zullen per branche of sector zelf bepalen welke middelen moeten worden ingezet om die doelen te halen, vastgelegd in arbocatalogi. Werknemersorganisaties hebben zich hierover reeds bezorgd getoond, en ook de NVAB heeft laten weten dat veiligheid en gezondheid op de werkvloer niet per definitie gediend zijn met verregaande deregulering. Om haar expertise in te kunnen blijven brengen, zal de bedrijfsgeneeskunde andere wegen moeten bewandelen dan de op de bestaande wetgeving gebaseerde verplichtingen. Dat is de consequentie van dit nieuwe beleid.

⁵ Uit 'Tussenrapportage Reïntegratiemarkt' van de Raad voor Werk en Inkomen (dec. 2005): "Door de komst van de basisverzekering en de behoefte die daarmee ontstaat aan arbocuratieve pluspakketten voor werkenden, waarin arbodienstverlening en zorg gecombineerd worden, zullen zorgverzekeraars de reguliere zorg dwingen om arbocuratief te gaan werken. De bedrijfsgezondheidszorg wordt daarmee een regulier specialisme in de zorg, waarbij de bedrijfsarts en de arbodienst een rol spelen in zowel de eerste als de tweede lijn." (pag. 8). En verder: "In het nieuwe zorgstelsel kunnen zorgverzekeraars hun zorg inkopen bij verschillende aanbieders, dus ook bij arbodiensten en reïntegratiediensten. De nieuwe zorgwet zal het mogelijk maken om zorgverzekeraars meer diensten te laten vergoeden; daardoor zullen nieuwe discussies ontstaan (bijv. of de huisarts in een bepaalde situatie effectiever is dan de bedrijfsarts)." (pag. 11).

⁶ De huidige financieringsstructuur is debet aan (gebaseerd op een voordracht van prof.dr. W. van Mechelen op het KNMG-congres Arbeid en zorg d.d. 30-11-2005):

- loyaliteits- en imago-problemen (voor wie werkt de bedrijfsarts?)
- een tweedeling in de zorg (voor werkenden is méér en andere zorg)
- onbillijkheid omdat werkgevers twee keer meebetalen aan de zorg
- moeilijk te bereiken synergie bij investeringen in preventie: de één (zorgverzekeraar) investeert liever niet voor de baten van de ander (de schadeverzekeraar en/of de werkgever) en omgekeerd.

⁷ Met bovenstaande standpunten beoogt en betoogt de NVAB overigens niet:

- dat álle bedrijfsartsen in een eerstelijns gezondheidszorgvoorziening zouden moeten gaan werken
- dat huisartsgeneeskunde en bedrijfsartsgeneeskunde volledig uitwisselbaar zouden moeten worden
- dat bedrijfsartsen alle klinische vaardigheden van huisartsen dienen te gaan beheersen.

⁸ Op grond van de vrije artskenkeuze staat het werknemers vrij zich voor curatieve handelingen al dan niet tot de bedrijfsarts te wenden: de bedrijfsarts dient er voor te waken dat werknemers niet door hun werkgever onder druk worden gezet zich voor behandeling te wenden tot de meest nabije behandelaar (de bedrijfsarts).

Het advies van de Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek (CBE) luidt:

"Op voorwaarde dat

- het principe van de vrije artskenkeuze onverkort van kracht blijft
- er sprake is van bevoegdheid en voldoende bekwaamheid bij de betreffende arts
- er sprake is van adequate materiële en immateriële randvoorwaarden

zijn er geen ethische bezwaren tegen het principe van het uitvoeren van behandeltaken door bedrijfsartsen." (Behandeltaken, zoals sociaal-medische begeleiding, gericht op functieherstel, kunnen vanzelfsprekend door bedrijfsartsen worden uitgevoerd).

⁹ Tot 09-11-2005 was in officiële beleidsnotities van de NVAB alleen sprake van begeleidende taken. Zie: Beroepsprofiel van de bedrijfsarts, oktober 2004, waarin alleen het verlenen van eerste hulp bij ongelukken wordt genoemd in de paragraaf 'curatieve taken'. In de geldende Beroepscode en het Professioneel Statuut van de NVAB komt het woord 'behandelen' helemaal niet voor als het om de taken van de bedrijfsarts gaat.

Met de vertegenwoordigers van huisartsen (LHV, later ook NHG) was in het convenant van 1997 en de 'Visie op SMB' uit 1998 overeengekomen dat de huisarts "curatieve zorg" verleent en de bedrijfsarts een taak heeft "op het terrein van de zorg in relatie tot arbeid en bedrijf". In de uitwerking daarvan werd consequent gesproken over de huisarts die behandelt en de bedrijfsarts die begeleidt. Tussen 'behandelen' en 'begeleiden' bestaat echter geen strikte grens: waartoe behoort een 'therapeutisch advies' bijvoorbeeld? De woordkeuze leek een semantische oplossing om de domeindiscussie niet op de spits te drijven en verder te kunnen met het convenant. Daaraan is overigens met succes uitvoering gegeven.

In 2005 bleek overeenstemming mogelijk met de vertegenwoordigers van huisartsen-organisaties als bedrijfsartsen zich in hun 'behandelzorg' beperken tot arbeidsgelateerde klachten van werknemers, op basis van competentie.

Zie: verslag Bestuurlijk Overleg ACS d.d. 19-10-2005 en brief van LHV/NHG aan CVZ d.d. 31-10-2005: "Een behandelende rol van de bedrijfsarts bij arbeidsgelateerde klachten lijkt ons te verdedigen als bijdrage aan een betere verzuimbegeleiding."

In tegenstelling tot het ook wel gehanteerde brede begrip 'arbeidsrelevante aandoeningen', gaat het bij arbeidsgelateerde klachten om klachten die veroorzaakt worden door de verrichten arbeid en/of beroepsziekten. Voorbeelden van veel voorkomende arbeidsgelateerde klachten zijn psychische klachten en klachten van het houdings- en bewegingsapparaat.

¹⁰ Zie ook: J.H.W. Bruins Slot, MC 10-02-2006: De schrijver pleit voor een 'klinische arbeidsgeneeskundig consulent met een opleiding tot bedrijfsarts' in de grotere ziekenhuizen (hooguit 250) en bij zeldzame beroepsziekten of complexe arbeidsrelevante aandoeningen in de UMC's (ongeveer 200). "Inmiddels is een begin gemaakt: de polikliniek Opgelucht Werken in het UMCU, het ACAG in het UMCG en in het AMC de polikliniek Mens en Arbeid."

¹¹ De doelgroep van bedrijfsartsen bestaat op dit moment uit werknemers met medische beperkingen die weer aan de slag willen, en werknemers die graag onder goede arbeidsomstandigheden gezond willen blijven functioneren in hun werk. Dat betreft 7 van de 16 miljoen inwoners van Nederland.

Er zijn op verschillende plaatsen pilots ontstaan waarin de bedrijfsarts als extra voorziening gaat participeren in een eerstelijnsvoorziening.

Daardoor komt de bedrijfsgeneeskundige expertise ook ter beschikking van mensen zonder betaald werk. Het thema 'arbeid' is voor huisartsen nog niet helemaal vertrouwd en wordt logischerwijze vooral geassocieerd met in loondienst werkende mensen. Het inschakelen van een bedrijfsarts voor niet-werkenden is nog weer een stap verder en zal meer tijd kosten. Toch zijn er diverse andere doelgroepen die baat zouden kunnen hebben bij de expertise van een bedrijfsarts met het oog op:

- belastbaarheidadviezen, ook wanneer de belastbaarheid niet direct in verband staat met loonarbeid
- re-integratieadviezen en begeleiding daarbij, ook als betaald werk niet (helemaal) tot de mogelijkheden behoort maar wel participatie en deelname aan het maatschappelijk functioneren haalbaar is
- vitaliteitsbehoud en -bevordering, mede met het oog op de wenselijkheid om tot op hogere leeftijd inzetbaar te blijven
- preventie van aandoeningen die samenhangen met belasting van welke aard dan ook
- leefstijladvisering, zowel individueel als vanuit epidemiologisch perspectief gebaseerd op kennis van langdurige belasting en van gezondheidsbevordering.

De bedrijfsarts zou dus een zinvolle bijdrage kunnen leveren, in welke setting en vanuit welke financiële regeling dan ook, aan gezondheid en inzetbaarheid van:

- studenten en schoolverlaters, aspirant werknemers
- zelfstandigen en free-lancers (ZZP'ers: zelfstandigen zonder personeel)
- werknemers in het MKB zonder toereikend arbocontract
- uitzendkrachten
- mantelzorgers (2,4 miljoen inwoners volgens opgave UWV)
- vrijwilligers (jaarlijks zijn 4 miljoen vrijwilligers in organisaties actief)
- mensen zonder betaald werk en uitkeringsgerechtigden
- ex-werknemers in verband met de nasleep van beroepsaandoeningen
- mensen met een handicap
- vroeggepensioneerden en ouderen.

Voor de genoemde doelgroepen zijn belastbaarheid en inzetbaarheid op individueel niveau van zeer grote betekenis: behalve voor (re-)integratie naar werk ook voor het individueel welbevinden, ADL, hobby's, lichamelijke oefening en sport. Klachten en beperkingen die de natuurlijke ontplooiingsmogelijkheden belemmeren zijn zowel individueel als maatschappelijk van belang. Naast individuele belangen zijn de volgende maatschappelijke belangen in het geding:

- zorgtaken, die op zeer ruime schaal door vrijwilligers en mantelzorgers worden uitgevoerd
- maatschappelijke participatie, die op grote schaal inzet en belastbaarheid van betrokkenen vergt
- de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, die oneigenlijk wordt belast met vragen en zorgen die eerder samenhangen met gebrekkige contacten en participatiemogelijkheden. Er zijn aanwijzingen dat 'shop-gedrag' in de gezondheidszorg gestimuleerd wordt door niet meer of niet optimaal kunnen participeren aan het maatschappelijk leven.

¹² Zie J.H.W. Bruins Slot, MC 10-02-2006: "In aanvulling op de activiteiten van in het bedrijf werkzame preventiewerkers zullen bij grote arbeidsorganisaties en binnen branches bedrijfsartsen werkzaam zijn met een takenpakket vooral gericht op systeempreventie of beroepsgerichte preventie."

¹³ Zie 'Tussenrapportage Reïntegratiemarkt' van de Raad voor Werk en Inkomen, pag. 8: "Enerzijds zal de arbodienst zich naar verwachting ontwikkelen in de richting van HRM in verband met het besef dat arbo-, verzuim- en re-integratiebeleid een integraal onderdeel is van een goed personeelsbeleid..... Anderzijds zal de arbodienstverlening zich naar verwachting ook ontwikkelen in de richting van zorg vanwege de toenemende integratie tussen sociale zekerheid en zorg."

¹⁴ Het is van belang onderscheid te maken tussen vrijwillige handelingen en handelingen in opdracht. Bij de eerste groep handelingen (arbeidsomstandighedenspreekuur, verzuimbegeleiding op verzoek van patiënt, preventief medisch onderzoek) is de relatie bedrijfsarts-patiënt dezelfde als die van elke andere curatief werkende arts met zijn/haar patiënt. Communicatie met andere behandelaars kan dan op de gebruikelijke manier plaatsvinden.

Bij de tweede groep handelingen (aanstellingskeuringen, veiligheidskeuringen, verzuimbegeleiding op verzoek van werkgever) is de relatie bedrijfsarts-patiënt anders van aard. Communicatie met behandelend artsen is dan aan expliciete toestemming van de patiënt gebonden.

Veiligheidshalve kan een bedrijfsarts er voor kiezen, of hij/zij nu behandelaar is of niet, altijd bij communicatie met andere artsen expliciete toestemming van de patiënt te vragen."

Zie voor meer informatie hierover het KNMG-rapport: "Behandelen door de bedrijfsarts, mogelijkheden en knelpunten", Utrecht januari 2007, www.nvab-online.nl onder 'Publicaties'.

¹⁵ Zie Column van P.E. Rodenburg, voorzitter NVAB, in MC februari 2006: "De bedrijfsarts begint zich te ontworstelen aan het in de jaren negentig opgelegde juk om alleen post-actief met verzuim bezig te zijn."

¹⁶ KNMG-rapport: "Toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid", Utrecht maart 2006, www.nvab-online.nl onder 'Publicaties'.

¹⁷ Doordat de bedrijfsarts klassieke behandeltaken gaat uitvoeren en afspraken maakt over de vergoeding voor deze zaken door de verzekeraar, kunnen de kosten van arbozorg (dubbele kosten voor de werkgever) beperkt worden.