

Een gesprek met Max Asscher, voormalig bedrijfsarts

4 november 2021

1. Wanneer ben je begonnen als bedrijfsarts?

In 1978 ben ik begonnen als verzekeringsarts, bij de toenmalige GMD. In 1996 ben ik gaan werken als bedrijfsarts, onder meer bij Arbo Unie en Encare. Bedrijfsarts ben ik gebleven tot mijn pensionering in 2015. Ik was onder meer verantwoordelijk voor de interne opleidingen. Daarnaast was ik ook nog aan de universiteit verbonden, voor de scholing van coassistenten. De laatste jaren verzorg ik nog onderwijs voor de Universiteit Maastricht. Ook ben ik nog steeds verbonden aan de opleiding van bedrijfsartsen in Nijmegen (SGB0), eerst in de opleidingscommissie en nu in de examencommissie. Op deze manier blijf ik het toch nog volgen.

2. Is de rol van de bedrijfsarts veranderd?

Die is zeker veranderd. Verzekeringsartsen hielden zich bezig met het ziekteverzuim op korte en lange termijn, de WAO en later de WIA. In de jaren '90 is er behoefte gekomen aan meer sturing. Men vond de verzekeringsartsen van het GAK te soft. Zij waren te ver van de werkvloer verwijderd. Er was toen ook behoefte aan veel meer direct contact tussen degene die het ziekteverzuim beoordeelde, de toenmalige verzekeringsarts, en de werkgever. Dat heeft er uiteindelijk toe geleid dat met de Wet terugdringing ziekteverzuim de bedrijfsartsen ook verantwoordelijk werden voor het ziekteverzuim: claimbeoordeling. Dat was eigenlijk iets voor verzekeringsartsen. Bedrijfsartsen deden alleen begeleiding en hadden vooral preventieve taken.

Bij een bedrijf als Philips stond er letterlijk en figuurlijk een muur tussen wat de bedrijfsartsen deden en wat de verzekeringsartsen deden. Zij waren trouwens allemaal in dienst van Philips. De verzekeringsartsen moesten dan beoordelen of iemand in aanmerking kwam voor een uitkering. Dat is later helemaal door elkaar gaan lopen. Er is bewust voor gekozen dat de bedrijfsartsen de verzuimbegeleiding gingen doen. Bij de bedrijfsarts zijn de preventieve taken er steeds meer bij ingeschoten en de nadruk is steeds meer bij verzuimbeoordeling komen te liggen. Daar zijn ook excessen uit voortgekomen.

Verder is de bedrijfsarts door de 'verlengde arm constructie' steeds verder van de werkvloer af komen te staan. Bij de ene arbodienst doen de bedrijfsartsen zelf alle spreekuren, bij andere worden die door verzuimmedewerkers of verzuimcoaches gedaan. Het was de bedoeling dat de bedrijfsarts zich weer meer op andere taken zou richten. Maar of dat ook gebeurt vraag ik me af.

Er is dus een ontwikkeling: ziekteverzuim eerst een beetje, toen helemaal en dat laatste is nu nog steeds zo. Het opstellen van een probleemanalyse moet in feite de bedrijfsarts doen, maar wordt vaak door een ander gedaan. De bedrijfsarts is wel eindverantwoordelijk en zet zijn handtekening. Er is dus een verschuiving gekomen, daar waar vooral in eerste instantie de bedrijfsarts echt verantwoordelijk voor werd geacht, en nog steeds verantwoordelijk voor is.

3. Is de werkgever veranderd?

De druk is toegenomen. Werkgevers zijn kritischer geworden. Daarbij speelt ook de financiering een rol. Bij overheid, zorg en onderwijs speelt in dat verband ook mee, dat er moet worden aanbesteed. Daardoor zijn er vaak relatief korte samenwerkingsrelaties met arbodiensten. Korter dan in het bedrijfsleven, waar er vaak een bestendigere band is met een

bedrijfsarts. De werkgevers bij overheid, zorg en onderwijs, hebben bovendien te maken met een hoger ziekteverzuim.

Ook maakt het uit of de bedrijfsarts bij de werkgever in dienst is, bij de arbodienst in dienst is, of dat hij zelfstandig is. Het zijn vaak de grote bedrijven die een eigen bedrijfsarts in dienst hebben. En het paradoxale is dat ik het gevoel heb dat juist in die situatie de relaties heel goed zijn. Dat de druk op de bedrijfsarts daar minder is, omdat daar een betere vertrouwensband met de bedrijfsarts is. Een eigen arbodienst werkt daarom vaak prima. Ook kan meespelen, dat industriële bedrijven van oudsher een eigen arbodienst hebben. Die zijn dat dus gewend.

4. Is de werknemer veranderd?

Ja, ik denk het wel, alleen al vanwege de mogelijkheid om zelf dingen op internet op te zoeken. Men is niet meer geneigd een advies van een arts zomaar voor lief te nemen. De bedrijfsarts is daarop geen uitzondering. De werknemer is mondiger geworden. Wat ik wel heb meegemaakt bijvoorbeeld is dat een werknemer zelf zijn FML had opgesteld. En als je dat niet overneemt, heb je een probleem en kunnen mensen soms ook agressief worden. De manier van communiceren hierover is dan bepalend. Maar je moet ook weer geen angst hebben om een oordeel uit te spreken.

5. Is de aard van de arbeidsongeschiktheid veranderd?

Ja. Het aandeel van psychische klachten, ook bij lichamelijke aandoeningen, de beleving daarvan, dat is veranderd. Mensen vinden zelf wat ze wel en niet kunnen, en laten zich niet aanpraten wat een bedrijfsarts vindt. Veel aandoeningen hebben een psychische component. De aandoeningen die uitsluitend een psychische component hebben zijn ook veranderd: het is veel meer geworden. Het was altijd fiftyfifty tussen problemen met houding en het bewegingsapparaat enerzijds, en anderzijds psychische problematiek. Ik weet niet hoe het nu precies is, maar het zou me niets verbazen als dat doorgeslagen is ten faveure van het psychische.

Kijk maar wat er nu ook gebeurt met COVID en de langdurige onverklaarde klachten. Gaat om situaties waar mensen wel degelijk klachten hebben, maar waar eigenlijk geen duidelijke diagnose is. Er volgt vaak een lange periode van herstel. Dit is het stuk waar ook de behandelende sector niet altijd raad mee weet. En dat is wel opgevuld vanuit de revalidatie en aanverwante disciplines en organisaties.

Mensen hebben soms wat gehad, zijn ziek geweest, geopereerd etc. En op een gegeven moment zegt de behandelend specialist: ik ben klaar, ga maar terug naar de huisarts. De huisarts weet zich er ook geen raad mee, en vervolgens blijven deze mensen de huisarts platlopen. Vaak voelen zij zich onvoldoende serieus genomen in hun klachten. Revalidatiegeneeskunde doet daarin ook wel wat, maar de link tussen revalidatie en arbeid is niet overal even sterk. Je ziet dat het beroep daarop wel toeneemt: de behoefte aan een multidisciplinaire aanpak en ondersteuning, ook vanuit de bedrijfsgeneeskunde. Het gaat dan om interventies om mensen weer aan het werk te krijgen en aan het werk te houden. Dat is voor die mensen zelf ook heel belangrijk is, dus dat is wel veranderd.

6. Is de onderliggende problematiek veranderd?

Ja, duidelijk. Medisch gezien, maar ook sociaal gezien. Er zijn meer mensen uit andere culturen. Mensen gaan verschillend om met dingen. Dat is altijd wel zo geweest, maar dat is nu meer. Er is ook duidelijk een verschuiving van lichamelijk naar psychisch. En het feit dat

mensen veel meer willen dat er gebeurt wat zij willen. Dat is een maatschappelijk gegeven. Nu spelen natuurlijk ook de sociale media een rol. Mensen worden daarin meegenomen en getrokken. Er zijn meningen over de bedrijfsarts op social media. Verder is de problematiek afhankelijk van waar je werkt. Bij een bedrijf als Tata Steel is dat vanwege de gezondheidsproblematiek die het veroorzaakt voor de omgeving maar ook de werkgelegenheid die het voor diezelfde omgeving biedt, mogelijk anders dan bij een ander bedrijf. Maar in het algemeen zijn de fysieke werkomstandigheden wel verbeterd.

Ik ben heel benieuwd hoe dat bij het thuiswerken heeft uitgepakt. Psychisch maar ook lichamelijk. Mensen moesten ineens thuis werken, vaak onder allesbehalve ideale omstandigheden. Hoe heeft dat gewerkt? Er kunnen meer klachten door zijn ontstaan. Het kan ook zijn dat omdat de mensen zelf meer verantwoordelijk waren voor hun eigen werkplek, ze daarom klachten juist minder ervaren hebben. Ben ik heel benieuwd naar. Want er geldt nog steeds dat mensen op een gezonde werkplek moeten werken.

Voor zorg en onderwijs is het grootste gedeelte van de problematiek de werkdruk. Zorg en onderwijs waren vroeger betrekkelijk rustige werkomgevingen. Het is nu veel hectischer en zwaarder geworden. Het onderwijs is veel meer onder druk komen te staan, ook omdat er een behoorlijk tekort is, en dat zie je ook in de zorg. In de gezondheidszorg is er altijd wel werkdruk geweest, en de werkbeleving is best een punt van zorg geweest. Het verzuim was er altijd al hoog. Maar het hangt ervan af over welk deel van de zorg het gaat. Dat geldt voor onderwijs ook. Daar was een goede vervangingspool en dat stimuleerde niet. Dan was een onderwijskracht langdurig ziek en dan hadden ze zoiets van, nou ja de vervanger voldoet eigenlijk ook wel.

Wat betreft de gezondheidszorg moet je kijken naar de specifieke sector. In bijvoorbeeld de ouderenzorg is er enorm veel veranderd. Daar zijn vaak heel veel wisselingen in het beleid geweest. De instellingen, zeker in de ouderen- en verpleeghuiszorg, hebben toch al jaren moeite om de eindjes aan elkaar te knopen. Dat geldt ook voor de thuiszorg. De werkdruk is er ook gekomen omdat langer thuis wonen werd gepropageerd en tegelijkertijd de tijdsdruk op de zorgmedewerker toenam, ook door de administratieve rompslomp die daarmee samenhangt. Dus is er geen tijd meer voor een praatje, en dat heeft er wel in gehakt.

7. Is het aantal arbeidsconflicten toegenomen?

Dat durf ik niet te zeggen. Je zou je kunnen voorstellen, temeer als je kijkt naar hoe de maatschappij nu is, dat zaken veel eerder tot conflicten leiden. Het is onvermijdelijk dat dat op de werkvloer ook zo is. Ik denk dus dat het meer is geworden. Kan niet anders want lontjes zijn korter geworden, mensen accepteren minder. Soms zegt de ene partij "ik heb helemaal geen conflicten", terwijl de andere het wel zo ervaart. Wie heeft er wel of geen belang bij om iets wel of geen conflict te noemen? Dat speelt wel een rol. Dus ik denk dat het veranderd is ja.

8. Is er voldoende ruimte voor preventie?

Nee. Verzuim is erbij gekomen en is steeds meer geworden. Preventie is steeds meer op de achtergrond geraakt en is steeds minder medisch geworden. Preventie wordt vaak uitbesteed. Het werd van oudsher ook wel al gedaan, maar dan in samenwerking met derden, zoals arbeidshygiënist, veiligheidsdeskundigen, arbeidsorganisatiepsychologen. Voor zover het gaat om de minder fysieke omstandigheden, heeft de bedrijfsarts daar steeds minder een rol gekregen. De rol is minder geformaliseerd. Vroeger was het echt een onderdeel van het vak, en nu is het maar de vraag hoe dat geregeld is in de contracten met de werkgevers.

Maar de bedrijfsarts heeft de rol ook niet zelf opgepakt. De preventie ligt bij de preventiemedewerkers. En als bedrijfsarts krijg je af en toe een vraag: zijn er nog andere dingen dan ziekteverzuim? Maar dat was dan secundair, dus de bedrijfsarts zit dan niet meer op de eerste rij. Misschien kon je het vroeger keurig netjes op basis van wettelijke regels opschrijven. Dat kan misschien nog zo wel als het gaat om decibellen of fysieke maatstaven. Maar als het gaat om andere dingen, zoals werksfeer, communicatie of bejegening, kan dat heel gevoelig liggen. Dat vereist ook een relatie tussen bedrijfsarts en werkgever die dat toelaat.

Ook werkgevers zijn mondiger zijn geworden. Die vragen minder om preventieve adviezen. "Waar bemoei jij je mee?" Terwijl het in feite een taak van de bedrijfsarts is om naar preventie te kijken. Het kan gevoelig liggen, omdat het gevoel kan ontstaan dat je als werkgever fout bent geweest. Maar ook omdat op dat punt veel minder de autoriteit van de bedrijfsarts wordt aanvaard. Dan hangt het er ook vanaf met wie je in gesprek bent als bedrijfsarts. HR wil het vaak zelf doen of onder eigen regie uitbesteden.

9. Wat zou er beter kunnen?

Dit vind ik een hele moeilijke, want dan zou je dingen misschien moeten gaan formaliseren. Als je te veel formaliseert, zal de samenwerking misschien nog moeilijker wordt. Die is natuurlijk nu sowieso al lastig geworden. Wat er zeker veranderd is, is de privacywetgeving. Deze maakt het nog moeilijker voor bedrijfsartsen om in openheid te communiceren en te rapporteren. Als je iets zou willen veranderen, dan zul je moeten kijken naar hoe ga je om met die privacy. Want door die privacywetgeving worden er nu formuleringen gebruikt, waarbij je tussen de regels moet doorlezen. Of heel formeel in termen van de FML, en dat is dan moeilijk. Want dat betreft vooral de onderdelen van het psychisch functioneren. Hoe ga je dat op een goede manier formuleren, zonder dat je de privacyregels overtreedt?

Er is een soort ontwikkeling geweest om de bedrijfsarts wat meer naar de eerste lijn te schuiven. Je komt voor je kwalen bij de huisarts, maar als er iets met het werk kom je bij de bedrijfsarts. Als je het hebt over preventie, dan is de vraag of je als bedrijfsarts voldoende mogelijkheden hebt om goed te kunnen adviseren. Je moet je afvragen wat de rol van de bedrijfsarts is, en of het niet op andere manieren kan. Helemaal opnieuw positioneren, en vooral ook kijken naar het wettelijk kader. Want dat kader groeit aan alle kanten.

En wat zijn invloeden op de rol van de bedrijfsarts? Dat zijn systemen die niet helemaal controleerbaar zijn. Er zitten een paar elementen in, en de verplichte loondoorbetaling van twee jaar is daarvan een zeer evidente, die bepalen wat de rol is. Maar zo zijn er ook veel ontwikkelingen die moeilijker te sturen zijn. Dat zou je dan in kaart moeten brengen en je dan af moeten vragen, wat zou je willen? Wat zijn al die invloeden en aan welke touwtjes kan ik trekken? Waar ga ik aan de touwtjes trekken.

Sowieso is het denk ik goed om een keer dat systeem helemaal in kaart te brengen. Wat zit er allemaal rond die bedrijfsarts of rond eigenlijk de driehoek werkgever/werknemer/bedrijfsarts. En dan zie je dat daar ontzettend veel omheen zit aan invloeden. Ook informele invloeden, namelijk van familie of directe omgeving. Nu met COVID en vooral of iemand gevaccineerd is of niet, daar komt dit allemaal in samen. En dan wordt er makkelijk gezegd: "maar we hebben toch een bedrijfsarts". Maar de vraag is wat wil je? Wat kan de bedrijfsarts? En wat moet die bedrijfsarts?

Is het verantwoord dat iemand die niet gevaccineerd is in een bepaalde omgeving gaat werken? Is iemand een risico omdat diegene niet gevaccineerd is? Is het een groter risico dat hij of zij anderen kan besmetten? Maar diegene is zelf ook risicodrager en misschien nog wel meer, want als je niet gevaccineerd bent loop je een veel groter risico om ernstig ziek te

worden. Dus dan zouden de adviezen van de bedrijfsartsen primair naar het risicodragerschap moeten gaan, want dat is verbonden aan de persoon. Je zou dan kunnen zeggen "je kunt je wel niet laten vaccineren, maar weet dat je dan een groter risico loopt". Maar de werkgever is met name geïnteresseerd of iemand een risicodragers voor anderen vormt. En dan kijk ik vooral ook naar het onderwijs. De onderwijzers willen geen kinderen die niet zijn gevaccineerd.

Als je gaat kijken naar het risicodragerschap van iemand die zich niet wil laten vaccineren tegen COVID, dan vind ik dat een hele moeilijke vraag. Je kunt dat niet communiceren met de werkgever. Je kunt hoogstens zeggen "zet hem/haar niet op plaatsen neer waar die het risico loopt om ziek te worden". Maar zelfs dat moet je heel voorzichtig doen, want wat als de vraag gesteld wordt: kun jij in dit geval aangeven waar wij iemand moeten neerzetten? Dan zal het overduidelijk zijn voor een werkgever als je het advies geeft om de werknemer niet op een afdeling te zetten waar de besmettingskans heel groot is, bijvoorbeeld vanwege kleine kinderen. Dit speelt ook in de verpleeghuiszorg. Logisch dat de leiding van een instelling niet wil dat er bij zeer kwetsbare oude mensen, medewerkers gaan werken die niet gevaccineerd zijn.

Als bedrijfsarts in een verpleeghuis was ik ook verantwoordelijk voor de gezondheid van degenen die er wonen. Zij vallen niet onder mijn directe zorg, maar indirect heb ik daar wel een medische verantwoordelijkheid voor. Als arts heb je de plicht om überhaupt te voorkomen dat mensen ziek worden. Als bedrijfsarts ben je dus niet alleen verantwoordelijk voor de medewerkers van de organisatie, maar ook voor degenen voor wie die organisatie zorgdraagt. Want daar zit ook een medisch aspect aan, en indirect ben ik dan mee verantwoordelijk als ik weet dat ik iemand op zo'n afdeling laat werken, terwijl ik ook weet dat hij of zij niet gevaccineerd is.

Als bedrijfsarts voel ik mij dus verantwoordelijk. Je bent arts, en niet alleen bedrijfsarts. Je hebt de eed afgelegd dat je ertoe bijdraagt dat gezondheid van mensen in stand blijft. Het gaat om de vraag waar je denkt dat iemand gevaar oplevert. Dat kan betekenen dat je de werknemer adviseert om medische informatie met de werkgever te delen, en dat je met zijn drieën bepaalt wat wijsheid is. Goed communiceren dus, en essentieel daarvoor is dat men elkaar vertrouwt.

Ik vind het heel belangrijk dat in de zorg mensen die aan zorgmedewerkers zijn toevertrouwd, erop kunnen vertrouwen dat die het maximale hebben gedaan om zichzelf te beschermen. Tegelijkertijd is de vraag of het zo is dat als ze niet gevaccineerd zijn, ze zodanig onvoldoende gedaan hebben dat ze niet meer dat werk kunnen doen, althans bij niet die heel kwetsbare groep. Hoe zetten we jou op een plek waar het geen kwaad kan? Dat is natuurlijk ook een manier, maar de vraag is of dat wel standhoudt.

10. Wat kan anders?

Ik denk dat de positie van de bedrijfsarts nog eens goed tegen het licht moet worden gehouden, met name bij preventie en in de actieve begeleiding van re-integratie. En in hoeverre de privacywetgeving veranderd zou moeten worden, zodat de bedrijfsarts zijn werk beter kan doen. Want als hij beide partijen moet adviseren, en hij moet dat in termen blijven doen die een soort 'abracadabra' vormen, dan is de vraag of dit wel effectief is. Vooral ook omdat er soms acuut actie nodig is.

Door het in te kaderen, is het steeds moeilijker geworden om een helder advies te geven. Er zou iets anders in de plaats van de FML moeten komen. De FML is overgenomen van het UWV, en had een ander doel. Eigenlijk zou je naar een andere rapportage, specifiek voor de bedrijfsarts, moeten kijken. Het is nu nog heel erg in termen van het UWV, en daar was in het begin ook veel verzet tegen vanuit de bedrijfsartsen. Maar er is nooit een ander format geformaliseerd. Misschien zou dat toch moeten. In feite baseert de arbeidsdeskundige zich

tegenwoordig op de stukken van de bedrijfsarts en niet op die van de verzekeringsarts. Dan is de vraag of dat niet ertoe leidt dat de bedrijfsarts steeds meer de veilige weg kiest.

De vraag is: stel dat er geen bedrijfsarts zou zijn? Zouden we hem of haar heel erg missen? Of zou het ook zonder bedrijfsarts kunnen? In feite is er in Nederland een scheiding gemaakt tussen de behandelings situatie en de beoordelings situatie. Maar wil de bedrijfsarts effectief kunnen opereren en kunnen adviseren, dan zal hij af en toe grensoverschrijdend moeten zijn.

Het zou mooi zijn als de bedrijfsarts aanvullend werkt op de behandelende sector. Dat hij toch meer een positie krijgt in het behandelcircuit. Als een specialist of in een volwaardige extra eerstelijnsfunctie in arbeid en gezondheid. Dan zal er iets anders nodig zijn dan wat er nu is, qua positionering, wetgeving etc. En als dat niet kan, dan moet je je afvragen of de bedrijfsarts niet weer gewoon terug moet in zijn oude positie, en dat hij dus verantwoordelijk is voor het grote geheel van de gezondheid van werknemers in een bedrijf. Er is nu een soort situatie waarin de bedrijfsarts meedenkt over allerlei interventies en acties die vaak parallel lopen aan de curatieve gezondheidszorg, die het vaak ook niet meer weet. Daarin zou de bedrijfsarts wel een wat meer formele rol kunnen hebben.

De veranderende rol van de bedrijfsarts is eigenlijk een heel moeilijke, omdat hij nu instrumenten heeft die passen bij de rol die beperkt is tot beoordelen. Terwijl je vanuit verzuim en de verantwoordelijkheden die daarbij passen, ook middelen moet hebben die meer passen bij ook behandelen. Eigenlijk zijn de instrumenten dus niet meegegroeid.

Dan heb je het ook over de vraag hoe zich dit verhoudt tot de huisarts. Want als de bedrijfsarts mag behandelen, wat vindt de huisarts daar dan van? In Nederland is de huisarts het centrale punt in de gezondheidszorg wat betreft de behandeling. De vraag is of het wenselijk is dat de bedrijfsarts daar op eigen houtje tussendoor gaat? Tegelijkertijd is de ervaring dat veel mensen het gevoel hebben dat hun huisarts onvoldoende tijd voor hen heeft en zij daardoor met vragen blijven zitten. En die vragen betreffen vaak ook het werk, waar de huisarts geen uitspraken over mag doen. Overleg met de bedrijfsarts ligt dan voor de hand, maar daar ontbreekt vaak de tijd door. Bovendien weten veel werknemers niet wie hun bedrijfsarts of arbodienst is.

Een mogelijke oplossing kan zijn dat een bedrijfsarts periodiek spreekuur houdt in een huisartsenpraktijk, en dat er dus intern verwezen kan worden bij arbeidsgerelateerde problematiek. Die bedrijfsarts kan dan, indien nodig en gewenst, contact leggen met de bedrijfsarts van de patiënt/werknemer. Er hebben indertijd landelijk een aantal pilots plaatsgevonden en in het algemeen was men positief over deze constructie.

Als je de rol van de bedrijfsarts opnieuw wilt positioneren, dan ontkom je er dus niet aan ook die van de huisarts onder de loep te nemen. De huisarts moet dan ook meedoen.

Met veel dank aan Max Asscher.

Mark van de Laar
Capra Zorg

Capra Advocaten
043 – 7 600 600
m.vandelaar@capra.nl

Over Capra Advocaten

Capra Advocaten is specialist arbeidsverhoudingen. De zorgsector heeft onze bijzondere aandacht. In deze sector komen publieke en private belangen samen. Het is een sector die sterk in beweging is en die vrijwel continu onderwerp is van politieke, maatschappelijke en juridische discussie.

Sector in beweging

Dé zorg bestaat niet. De sector is immers zeer divers: ziekenhuizen, GGD's, ambulancezorg, bedrijfsgezondheidszorg, jeugdzorg, ouderenzorg, thuiszorg, etc. Deze instellingen hebben gemeen dat zij de zorg hebben voor kwetsbare mensen. Dit brengt een speciale verantwoordelijkheid mee voor de mensen die er werken. Tegelijkertijd is de zorg een zakelijke sector. Dat maakt de arbeidsverhoudingen in de zorg bijzonder en complex.

Affiniteit met de zorg

Onze advocaten kennen de zorgsector goed. Jarenlange ervaring met de sector en een praktische insteek bieden meerwaarde bij ondersteuning en advisering over alle juridische vraagstukken op het gebied van arbeidsverhoudingen in de zorg.

Meer informatie vindt u op onze [website](#).