



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Behandelen door de bedrijfsarts *Mogelijkheden en knelpunten*

Behandelen door de bedrijfsarts *Mogelijkheden en knelpunten*

Mw. mr. R.M.S. Doppegieter
Prof. dr. J.H.B.M. Willems

KNMG Beleid en Advisering
Utrecht, januari 2007

Uitgevoerd door



In opdracht van



Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies	5
Aanbevelingen	10
1. Inleiding	13
1.1 Opdracht en onderzoeksvragen	13
1.2 Taken van de bedrijfsarts 2006	13
1.3 Bedrijfsarts en eerste lijn	14
1.4 Uitgangspunten van het advies	15
1.5 Opbouw van het advies	15
2. Scheiding van behandeling en controle	16
2.1 Inleiding	16
2.2 Behandelen	17
2.3 Controle versus scheiding van 'in opdracht en vrijwillige handelingen'	18
2.4 Conclusie	18
3. Bevindingen uit wet- en regelgeving, literatuur en jurisprudentie	19
3.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBG0)	19
3.1.1 Algemeen	19
3.1.2 Vrijwillige handelingen en in opdracht handelingen	20
3.1.3 Toepasselijkheid WBG0	20
3.1.4 Dossierplicht en EPD	23
3.1.5 Knelpunten toepassing WBG0	26
3.1.6 Conclusie	34
3.2 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)	34
3.2.1 Algemeen	34
3.2.2 Toepasselijkheid WBP	36
3.2.3 Verplichtingen van de 'verantwoordelijke'	36
3.2.4 Toepasselijkheid WBP bedrijfsgezondheidszorg en consequenties	36
3.2.5 Conclusie	37
3.3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)	38
3.3.1 Algemeen	38
3.3.2 Verplichtingen ingevolge de Wet BIG	41
3.3.3 Verplichtingen ingevolge de KWZ	41
3.3.4 Conclusie	42
3.4 Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)	43
3.4.1 Algemeen	43
3.4.2 Verplichtingen ingevolge de WKCZ	44
3.4.3 Conclusie	44
3.5 Zorgverzekeringswet (ZVW)	45
3.5.1 Algemeen	45
3.5.2 Functiegerichte zorg	45
3.5.3 Knelpunt rond financiering	46
3.5.4 Conclusie	47
3.6 Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet)	48
3.6.1 Algemeen	48
3.6.2 Conclusie	48

Bijlagen		
	1. Afkortingen	49
	2. Referenties	50
	3. Jurisprudentie over 'goed hulpverlenerschap'	51
	4. Jurisprudentie over de geheimhoudingsplicht van de bedrijfsarts	54

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Samenvatting en conclusies

De NVAB heeft de afdeling Beleid en Advisering van de KNMG gevraagd om op basis van de huidige wet- en regelgeving te onderzoeken welke mogelijkheden of beperkingen er zijn voor het functioneren van de bedrijfsarts als behandelaar.

De kortst mogelijke conclusie van de uitkomsten van dit onderzoek luidt als volgt. Bedrijfsartsen worden door geen van de in beschouwing genomen relevante wetten inhoudelijk beperkt in hun behandelmogelijkheden, anders dan door regels die voor elke andere arts gelden. Bijvoorbeeld op het gebied van de vereiste bevoegd- én bekwaamheid ingevolge de Wet BIG. Wel kunnen striktere voorwaarden gelden met betrekking tot de gegevensuitwisseling met andere artsen en hulpverleners, in het bijzonder in die situaties, waarbij de bedrijfsarts *zowel* 'vrijwillige handelingen' als 'handelingen in opdracht' van een derde, bijvoorbeeld de werkgever verricht. De toepasbaarheid van het huidige financieringssysteem van via de ZVW te vergoeden kosten op andere zorgaanbieders (zoals bedrijfsartsen) die geneeskundige zorg willen leveren zoals huisartsen die bieden, vormt in 2007 onderdeel van een monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Mogelijk ligt hier op dit moment nog een praktisch probleem dat volledige financiering van eerstelijns zorg door de bedrijfsarts belemmert.

Hierna vatten wij samen wat de conclusies zijn van de in het kader van dit vraagstuk uitgewerkte drie subvraagstellingen. Vervolgens zullen wij een aantal aanbevelingen doen.

Vraag 1. Welke wet- en regelgeving en jurisprudentie zijn van belang met betrekking tot de mogelijkheden van de bedrijfsarts om als behandelaar op te treden en welke eventuele inperkingen c.q. (op onderdelen) onmogelijkheden zijn er? Bij de beantwoording van deze vraag is gekeken naar de WGBO, WBP, Wet BIG, KWZ, WKCZ, ZVW en Arbowet.

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO verschaft inzicht in hetgeen onder behandeling (de wet spreekt over 'handelingen op het gebied van de geneeskunst') moet worden begrepen:

- alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbend op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen;
- andere dan de hiervoor bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts in die hoedanigheid;
- het in het kader van geneeskundige handelingen verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks t.b.v. de patiënt voorzien in de materiele omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht (nazorg, thuiszorg, fysiotherapie, gedragstherapie etc.).

De wet legt geen beperkingen op aan de bedrijfsarts tot het verrichten van genoemde handelingen. De wet legt wel beperkingen op waar het gaat om gegevensverstrekking en – uitwisseling tussen (o.a.) de bedrijfsarts en andere artsen. De WGBO geeft aan onder welke voorwaarden vrij gegevensverkeer tussen artsen mogelijk is, zonder dat de verstreckende arts daar toestemming aan de patiënt voor hoeft te vragen. Hier kan het begrip 'vrijwillige handelingen' geïntroduceerd worden: handelingen uitsluitend op verzoek van de patiënt/werknemer zelf. Tot 'vrijwillige handelingen' van de bedrijfsarts worden gerekend:

het arbeidsomstandighedenspreekuur, curatieve handelingen die door de bedrijfsarts worden verricht op verzoek van de patiënt, een periodiek arbeidgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en een intredekeuring (niet een aanstellingskeuring!). Deze vrijwillige geneeskundige handelingen moeten worden onderscheiden van 'handelingen in opdracht' (van een derde, bijvoorbeeld de werkgever), zoals aanstellingskeuringen, het verzuimspreekuur (de werknemer wordt opgeroepen te verschijnen teneinde de bedrijfsarts in staat te stellen te beoordelen of arbeid mogelijk is, en welk traject daaraan eventueel kan bijdragen), verplichte keuringen tijdens dienstverband en handelingen uitgevoerd in het kader van de verzuimbegeleiding of arbeids(on)geschiktheidsregelingen. Voor het verstrekken van relevante informatie aan andere rechtstreeks betrokken artsen of andere hulpverleners met betrekking tot de uitvoering van 'vrijwillige handelingen' heeft de bedrijfsarts ingevolge de WGBO geen toestemming van de patiënt/werknemer nodig. Een voorwaarde daarbij is dat hij *uitsluitend* 'vrijwillige handelingen' uitvoert. Omdat vrijwel alle bedrijfsartsen zowel 'vrijwillige handelingen' als 'handelingen in opdracht' uitvoeren, is voor zowel gebruik van de gegevens door de bedrijfsarts voor de andere taak dan waarvoor ze zijn verkregen (zie ook 'knelpunten' in vraag 2 hieronder), alsmede voor verstrekking van de gegevens door de bedrijfsarts aan derden (bijvoorbeeld werkgever, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) etc.) in principe altijd toestemming van de patiënt/werknemer nodig. Een aantal specifieke gegevens die zijn verkregen binnen 'in opdracht' taken moet op basis van een *wettelijke* plicht worden verstrekt, bijvoorbeeld de uitslag van een aanstellingskeuring aan de werkgever of bepaalde gegevens in het kader van de verzuimbegeleiding aan het UWV of het reïntegratiebedrijf. Daarvoor is dus geen toestemming van de patiënt/werknemer vereist. In de KNMG Code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie' zijn op basis van de (wettelijke) bepalingen rond gegevensverstrekking de voorwaarden voor gegevensverkeer tussen (bedrijfs)artsen en anderen beschreven.

De Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)

De WBP is van toepassing als er sprake is van het 'verwerken van persoonsgegevens'. Ook bedrijfsartsen verwerken persoonsgegevens en vallen onder de reikwijdte van de WBP. De wet ziet niet specifiek op al dan niet *behandelen* door hulpverleners, maar wel op de eisen die gelden voor het vastleggen en uitwisselen van persoonsgegevens van patiënten/werknemers. Op dit punt zijn de WGBO-eisen leidend (nader uitgewerkt in de diverse gegevensstromen van de KNMG Code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie'). De WBP-verplichtingen zijn met name van belang voor de 'verantwoordelijke' van het gegevensbestand. De 'verantwoordelijke' is de persoon die doel en middelen van de gegevensbestanden vaststelt. De 'verantwoordelijke' heeft een meldingsplicht, een informatieplicht en moet beveiligingsmaatregelen treffen. Als er een 'bewerker' is benoemd moet de verantwoordelijke daarmee een bewerkerscontract sluiten.

De vraag welke van deze verplichtingen ingevolge de WBP van toepassing zijn op de bedrijfsarts, is met name afhankelijk van de *setting* waarbinnen hij zijn activiteiten uitvoert. Is de bedrijfsarts werkzaam in dienstverband van een interne of externe arbodienst of is hij gedetacheerd bij een bedrijf of organisatie vanuit de arbodienst dan is de (directie van de) arbodienst de 'verantwoordelijke'. Is de bedrijfsarts in dienst van (bijvoorbeeld) een gezondheidscentrum dan is (de directie van) het gezondheidscentrum de 'verantwoordelijke'. Is de bedrijfsarts zelfstandig gevestigd of heeft hij zich aangesloten bij een zelfstandige (huisartsen- of eerste lijns)praktijk, dan is de bedrijfsarts zelf of gezamenlijk met de andere leden van de maatschap, vereniging of andere rechtsvorm de 'verantwoordelijke'.

Naast de eisen die gelden voor de 'verantwoordelijke' gelden voor de individuele bedrijfsarts, afhankelijk van de *soort* handelingen, ook de diverse WGBO-eisen.

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)

De Wet BIG is van toepassing op individuele beroepsbeoefenaren. De KWZ is van toepassing op de (kwaliteit van) zorg 'als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet (nu Zorgverzekeringswet) en de AWBZ, die wordt verleend vanuit een organisatorisch verband en deze wet richt zich derhalve niet tot een individuele beroepsbeoefenaar maar tot de instelling. Degene die een instelling in stand houdt wordt in de KWZ de 'zorgaanbieder' genoemd. De zorgaanbieder is verplicht om doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg aan te bieden, een 'gesmeerde' organisatie binnen de instelling te voeren, aan systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering te doen en jaarlijks een openbaar verslag voor de inspectie op te stellen. Medio 2005 is daar bijgekomen dat de zorgaanbieder calamiteiten en seksueel misbruik binnen de instelling aan de inspectie moet melden. Arbozorg zoals die thans vanuit arbodiensten wordt verleend valt als zodanig vanwege de beschreven beperking tot ZVW en AWBZ niet onder 'zorg' als bedoeld in de KWZ. Op arbodiensten is de KWZ daarmee (nog) niet van toepassing. Dat zou anders zijn als vanuit arbodiensten ook (deels) eerstelijnszorg zoals omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet (nu Zorgverzekerings-wet) en de AWBZ zou (gaan) worden verleend. Wel gelden ingevolge de Arbowet voor arbodiensten kwaliteitseisen met betrekking tot de verplicht door de werkgever voor specifieke taken in te schakelen arbodienst of deskundigen.

De Wet BIG stelt kwaliteitseisen aan beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg, zoals huisartsen, bedrijfsartsen, verpleegkundigen etc. Het gaat dan ondermeer om het organiseren van de beroepsuitoefening op zodanige wijze dat verantwoorde zorg kan worden geboden waartoe behoren het zich voorzien van voldoende materieel en het voeren van systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering.

Beide wetten zien dus *niet* op de behandelfunctie zelf, maar op de *kwaliteit* van het medisch handelen. De bedrijfsarts kan in principe alle medische handelingen verrichten, mits hij daartoe bekwaam is. Los van de vraag of de Wet BIG dan wel de KWZ van toepassing is op de (kwaliteit van) zorg die wordt geboden, is *iedere* individuele beroepsbeoefenaar integraal onderworpen aan de verplichtingen die volgen uit de Wet BIG, zoals de (her)registratie en de eis van bevoegd- én bekwaamheid voor het verrichten van alle handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Last but not least is deze ook onderworpen aan het *medisch tuchtrecht*. Dat geldt dus ook voor bedrijfsartsen die handelingen ingevolge de Wet BIG uitvoeren, ongeacht in welke *setting* zij dit doen. Dit betekent dat de bedrijfsarts die (curatieve) handelingen verricht of gaat verrichten waarin hij niet of onvoldoende is geschoold, bij- en nascholing zal moeten volgen wil hij *bekwaam* geacht worden voor het uitvoeren van deze handelingen. Het College Sociale Geneeskunde zal daarvoor aanvullende opleidingseisen moeten opstellen en de SGRC zal daarop bij (her)registratie moeten toetsen.

Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)

In de WKCZ wordt de 'zorgaanbieder' verplicht tot het treffen van een regeling voor de behandeling van *klachten* over 'een gedraging van hem, of van voor hem werkzame personen jegens een patiënt'. De wet ziet *niet* op de behandelfunctie zelf, maar biedt het kader voor klachten die patiënten in verband met een behandeling of handeling kunnen voorleggen aan een klachtencommissie. De WKCZ is van toepassing op 'elk in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin *zorg* wordt verleend *zoals omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet (nu Zorgverzekeringswet) en de AWBZ*'. Arbozorg valt daar niet onder. Arbodiensten werken in de praktijk vaak al wel met een op de WKCZ gelijkende klachtenregeling. In het geval de bedrijfsarts onderdeel uitmaakt van een eerstelijnsvoorziening, zoals een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum waarop de WKCZ wél van toepassing is, zal de WKCZ ook op hem van toepassing zijn. Dat zou ook gelden als

vanuit arbodiensten deze eerstelijnszorg (deels) zou gaan worden verleend door bedrijfsartsen. De toepasselijkheid van de WKCZ staat los van de vraag of de bedrijfsarts ‘vrijwillige’ dan wel ‘in opdracht handelingen’ verricht. Klachten over een *aanstellingskeuring* door de bedrijfsarts kunnen ingevolge de Wet op de medische keuringen bij een speciale commissie (de Commissie Klachtenbehandeling Aanstellingskeuringen) worden ingediend.

De Zorgverzekeringswet (ZVW)

Het verzekerde pakket is in de ZVW *functioneel* omschreven. Dat wil zeggen dat bij of krachtens de ZVW de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren zorg wordt geregeld, maar dat *niet* wordt bepaald welke zorgverleners de te verzekeren zorg moeten verlenen of waar dat geschiedt. Op basis van de ZVW staat het bedrijfsartsen in principe vrij curatieve handelingen c.q. huisartsenzorg te verrichten en daarvoor een vergoeding van de verzekeraar te ontvangen, mits daarvoor een tariefstructuur bestaat (zie ‘knelpunten’ in vraag 2 hieronder) en die verzekeraar daarover afspraken heeft vastgelegd. Uiteraard moeten bedrijfsartsen daarbij wel voldoen aan de bevoegd- én bekwaamheidseisen (ingevolge de Wet BIG) om die handelingen te kunnen verrichten. Voorwaarden daarbij zijn ook dat continuïteit van zorg (goede regeling van de waarneming) geboden kan worden, dat adequate afstemming over de behandeling of begeleiding tussen hulpverleners onderling (bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten etc.) plaatsvindt en dat de patiënt/werknemer helder geïnformeerd is over welke handelingen de bedrijfsarts wél verricht en welke niet, en waar hij voor deze laatste dan terecht moet.

De Arbowet

De Arbowet kent, in tegenstelling tot de Veiligheidswet van 1934, geen restricties ten aanzien van het uitvoeren van curatieve taken door bedrijfsartsen. Bedrijfsartsen kunnen derhalve alle handelingen uitvoeren waarvoor zij bevoegd zijn, ook curatieve (be)handelingen. Uiteraard gelden ten aanzien van de uitoefening van deze taken ook hier de wettelijke eisen, zoals die van bevoegd- en bekwaamheid ingevolge de Wet BIG, ‘goed hulpverlenerschap’ en andere eisen ingevolge de WGBO, zorgvuldig beheer en verkeer van gegevens ingevolge de WBP etc.

Vraag 2. Welke knelpunten zijn te benoemen rond een (ongeclausuleerde) behandel functie van de bedrijfsarts, en kan (een aanzet tot) een oplossingsrichting worden geduid?

- De bedrijfsarts moet niet alleen bevoegd maar ook *bekwaam* zijn om bepaalde curatieve handelingen te kunnen verrichten. Dit impliceert dat de opleidings- en (her)registratie eisen van bedrijfsartsen die deze taken uitvoeren daartoe moeten leiden, en anders moeten worden bijgesteld, en dat de bij- en nascholing hieraan moet zijn aangepast.

- *Financiering* van de door bedrijfsartsen uitgevoerde curatieve handelingen behorend tot de (integrale) eerstelijns geneeskundige zorg via de ZVW (art. 10 onder a: ‘geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden’) stuit mogelijk nog op problemen. Er bestaat formeel geen knelpunt tussen de WMG en de ZVW, maar wel tussen oude beleidsregels gebaseerd op de WTG en de ZVW. Dit is opgelost door het introduceren van een ‘paraplubeleidsregel’, waardoor de reikwijdte van beleidsregels inzake huisartsen is verruimd tot zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren ‘zoals huisartsen die plegen te bieden’. De tariefstructuur kan ook worden toegepast

op bedrijfsartsen. Anno 2007 is de bedrijfsarts echter niet te zien als substituut voor de huisarts. De inkomsten van de huisartsenpraktijk bestaan globaal uit de optelsom van:

- A. inschrijftarieven (= abonnementshonorarium);
- B. verrichtingentarieven (consulten en visites);
- C. tarieven Modernisering en Innovatie (M&I);
- D. modulen M&I.

Deze inkomsten kunnen grofweg worden onderverdeeld in 50% inkomsten uit inschrijftarieven (A) en 50% overige inkomsten (B, C, D). Als bedrijfsartsen geen inschrijftarieven in rekening (kunnen) brengen, komen ze dus globaal 50% financiering tekort. Als zij dat wel kunnen en/of doen, bestaat het risico van dubbele financiering, aangezien werknemers/patiënten ook bij hun huisarts ingeschreven zullen blijven. De NZa heeft besloten dit vraagstuk in 2007 door middel van een onderzoek nader in kaart te brengen. Daarbij zal de aandacht uitgaan naar onder meer de opbouw van de tariefstructuur (zie hierboven), de hoogte van de tarieven, de toepassing van het passantentarief en de aanwezigheid van andere inkomsten en uitgaven van de aanbieder van huisartsenzorg anders dan de huisarts.

- Voor het goed kunnen opzetten en implementeren van de behandel functie door de bedrijfsarts is het, los van de financieringsaspecten, van essentieel belang dat er goede en zorgvuldige *afstemming* plaatsvindt met de 1^e en 2^e lijn. Deze afstemming is ook van belang voor het daadwerkelijk kunnen bieden van verantwoorde zorg c.q. voor goed hulpverlenerschap door zowel bedrijfsartsen als andere behandelaars binnen de 1^e en 2^e lijn (op basis van de Wet BIG, KWZ en WGBO). De bedrijfsarts moet bijvoorbeeld een adequate waarneming kunnen regelen voor de uren dat hij/zij niet aanwezig is (avond, weekend, ziekte, vakantie). Lukt deze afstemming niet (goed) dan kan dat leiden tot dubbel onderzoek, dubbele kosten of, nog erger, fouten.

- Omdat vrijwel alle bedrijfsartsen zowel ‘vrijwillige handelingen’ als ‘handelingen in opdracht’ (ingevolge de WGBO) uitvoeren, en dus informatie uit beide handelingen verkrijgen, kan een knelpunt rond diens *geheimhoudingsplicht* ontstaan ten aanzien van de vraag, of gegevens verkregen binnen een ‘vrijwillige handeling’ ook gebruikt mogen worden voor een adequate begeleiding en advisering van de werkgever, ook als de patiënt/werknemer uitdrukkelijk toestemming daarvoor weigert. Deze vraag moet ontkennend worden beantwoord, het vragen van toestemming is dus altijd de hoofdregel (zie ook 3.1.5. onder d.). Als vast staat dat bepaalde informatie van essentieel belang is voor gebruikmaking voor die andere taak, en ernstige schade voor hem en mogelijk ook anderen hierdoor kan worden beperkt of voorkomen, kan in het uiterste geval sprake zijn van een ‘*conflict van plichten*’ situatie. In 3.1.5 onder d. (geheimhoudingsplicht) onder het kopje ‘vrijwillige situaties’ is aangegeven onder welke strikte voorwaarden de bedrijfsarts deze (uitsluitend *noodzakelijke*) informatie dan kan gebruiken, ook zonder verkregen toestemming van de patiënt/werknemer.

- Het eventueel opschuiven van de bedrijfsgeneeskunde richting eerstelijns geneeskunde kan leiden tot vervaging van de ‘*core-business*’ van de bedrijfsarts, en uiteindelijk zelfs het verloren gaan van de specialisatie. Mits goed uitgewerkt kan ook een ontwikkeling die leidt tot vernieuwing en subspecialisatie (binnen zowel de bedrijfsgeneeskunde als de huisartsgeneeskunde) het gevolg zijn.

Vraag 3. Is in grote lijnen een schets te geven van de mogelijkheden c.q. belemmeringen voor opname van bedrijfsgeneeskundige informatie in het EPD, als uitvloeisel van een behandel functie van de bedrijfsarts.

De ontwikkeling en uitbouw van en deelname door (soorten) hulpverleners aan het EPD, waarvan op dit moment diverse onderdelen globaal zijn ontwikkeld (zoals het elektronisch Waarneem Dossier Huisartsen –WDH- en het elektronisch Medicatie dossier –EMD-) moet nog zijn beslag krijgen. De KNMG heeft namens de artsen binnen het ICT-overleg met VWS en NICTIZ een aantal dringende wensen aangegeven voor die invulling zoals gebruikmaking van medisch relevante, door veel artsen gebruikte en relatief gemakkelijk te ontwikkelen dossieronderdelen, zoals het WDH en EMD. Zo zou het EMD uitgebreid moeten worden met een expertsysteem dat de juiste medicatiekeuze aangeeft (vergelijkbaar met het Elektronisch Voorschrijfsysteem –EVS- van huisartsen). Bij het opnemen van nieuwe modules denkt de KNMG aan de probleemlijst in combinatie met het verwijsbericht huisarts-medisch specialist-huisarts en het elektronisch spoeddossier. Ook de laboratoriummodule is van groot belang. Al deze elementen moeten in onderlinge samenhang ontwikkeld worden zodat er een goed werkbare en eenduidige basis is voor een breed gebruik van het EPD. Vervolgens kan worden gebouwd aan ziekte- of episodegeoriënteerde modules.

Deelname aan het EPD door bedrijfsartsen is wenselijk en zou ook zeer wel mogelijk moeten zijn. Immers bedrijfsgeneeskundige informatie bevat ook relevante informatie voor huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten etc. Dat geldt uiteraard ook andersom. In hoeverre bedrijfsartsen die ook behandeltaken gaan uitvoeren net als behandelend artsen gebruik kunnen gaan maken van EPD-gegevens is op dit moment niet concreet te beantwoorden. Het zou in principe mogelijk moeten zijn dat bedrijfsartsen via geautoriseerde toegang tot (bepaalde) gegevens met behulp van de UZI-pas (digitaal zorgverleningspaspoort ten behoeve van unieke identificatie en authenticatie van zorgverleners en zorginstellingen) relevante informatie kunnen ophalen voor raadpleging of aanvullen van het dossier van de patiënt/werknemer. Voor de *voorwaarden* die gelden voor toegang tot EPD-onderdelen zal bepalend zijn of de bedrijfsarts ten aanzien van een patiënt/werknemer *uitsluitend* ‘vrijwillige handelingen’ verricht ofwel deze handelingen *combineert* met ‘handelingen in opdracht’. In het eerste geval is hij feitelijk ‘mede-behandelaar’ en mag, als zijn rol en aandeel bij de behandeling voor de patiënt/werknemer en voor alle betrokken behandelaars helder is afgesproken, van veronderstelde toestemming worden uitgegaan. Dat betekent dat de patiënt/werknemer wel de mogelijkheid houdt eventueel bezwaar te maken tegen verstrekking van (bepaalde) gegevens. In het geval dat de bedrijfsarts zowel vrijwillige als in opdracht handelingen uitvoert, zal hij de patiënt/werknemer altijd eerst helder moeten informeren over het doel van de gegevenstoegang en vervolgens op basis van die informatie expliciete toestemming moeten vragen aan de patiënt/werknemer alvorens toegang te krijgen tot (uitsluitend de voor zijn taken noodzakelijke) EPD-gegevens van andere behandelend artsen. In 3.1.4 komt dit onderwerp ook aan de orde.

Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek willen wij de volgende aanbevelingen doen.

1. Zoek *afstemming* met (de koepel van) huisartsen en op specifieke onderdelen ook medisch specialisten over o.a (grens)beperkingen, verwijzingen voor behandeling of voor vervolgbehandeling, medicatie-voorschriften, gegevensuitwisseling en adequate waarneming of vervanging wanneer toegang tot de bedrijfsarts/arbodienst niet mogelijk is.

Afstemming met patiënten/consumenten/werknemersorganisaties over bestaande wensen en ervaren problemen kan in dit verband aangewezen zijn. Helderheid over taken van de arbodienst/bedrijfsarts en goede informatie naar werknemers/patiënten, werkgevers en leidinggevend is essentieel voor een goede uitvoering. Als bijvoorbeeld geen *integrale* zorg

door de bedrijfsarts kan worden geboden (in de ZVW wordt immers verwezen naar’zorg zoals die door huisartsen pleegt te geschieden...’), dan is een minimale voorwaarde dat de patiënt/werknemer weet en helder geïnformeerd is over welke handelingen de bedrijfsarts c.q. arbodienst wél verricht en welke niet, en waar hij dan terecht kan. Uiteraard is dit ook een belangrijk punt bij eventuele aansprakelijkheidstelling en -verdeling als de behandeling of begeleiding ergens in de ‘keten’ (bedrijfsarts, 1^e en 2^e lijn) mis blijkt te zijn gegaan.

2. Verken de mogelijkheden voor adequate financiering van door de bedrijfsarts te leveren zorg zoals die binnen de ZVW geregeld is. Open hiertoe overleg met de NZa.

3. Werkgevers dragen nu al aanzienlijk bij in de kosten van reguliere gezondheidszorg voor hun werknemers, deels verplicht (premielkosten) en deels op vrijwillige basis. Overleg daarom bij wijzigingen in de werkwijze rond zorgverlening door bedrijfsartsen met werkgeversorganisaties, inkomens- en zorgverzekeraars over financiering van te bieden zorg. Daarbij is van belang dat de taken/grenzen van de bedrijfsarts helder worden omschreven en dat, wil de bedrijfsarts als ‘goed hulpverlener’ in de zin van de WGBO kunnen optreden, de daarvoor vereiste inhoudelijke *onafhankelijkheid* in voldoende mate door de werkgever en de verzekeraar kan worden gewaarborgd. Het vertrouwen van patiënten/werknemers mag niet worden beschaamd c.q. geschonden als gevolg van financiële sturing van (bedrijfs)artsen door werkgevers of verzekeraars. Dat is in strijd met ‘goed hulpverlenerschap’.

4. Draag zorg voor de inrichting en het beheer van *actuele dossiers* met relevante gegevens voor goede behandeling en begeleiding. Overweeg of daarbij het systeem volgens de dataset Professionele Samenvatting (ook wel getiteld ‘Specificatie van gegevens in de dienstwaarneming huisartsen’) gevolgd kan worden. Zie als handreiking hiervoor o.a. de NHG Richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost; CHP (2005) en het Advies ‘Bedrijfsgeneeskundige dossiers’ van de Commissie Wet- en Regelgeving (CWR) aan het NVAB bestuur (2006).

5. Overweeg de ontwikkeling van een *richtlijn of protocol* van voorwaarden met betrekking tot in ieder geval de volgende aspecten.

- Rol en aandeel van bedrijfsarts en andere betrokken hulpverleners bij de behandel functie van de bedrijfsarts. Daarbij is ook van belang dat vervanging is geregeld, zie aanbeveling 1 hierboven.
- Informatie-uitwisseling en de voorwaarden waaronder dit plaatsvindt (informatie aan de patiënt/werknemer, welke gegevens, bezwaarmogelijkheid of toestemming etc) alsmede de rechten van patiënt/werknemer ten aanzien van behandelen en begeleiden door de bedrijfsarts;
- Gegevensbeheer en WBP-verplichtingen voor de bedrijfsarts als (mede-)‘verantwoordelijke’;
- Kwaliteitseisen voor de bedrijfsarts als ‘zorgaanbieder’ ingevolge de KWZ
- Verplichtingen voor het maken van of aansluiten bij een klachtenregeling ingevolge de WKCZ

Bij genoemde punten moet een onderverdeling worden gemaakt naar bedrijfsartsen die uitsluitend ‘vrijwillige handelingen’ verrichten en bedrijfsartsen die zowel ‘vrijwillige’ als ‘in opdracht handelingen’ uitvoeren. Dit advies geeft voor deze richtlijn of dit protocol reeds een aantal handvatten. Een mogelijke oplossing voor het kunnen ontstaan van problemen rond het (op grond van zijn beroepsgeheim) scheiden van informatie door de bedrijfsarts, verkregen uit zowel ‘vrijwillige’ als ‘in opdracht’ handelingen is de volgende. Laat de ‘vrijwillige’ en de ‘in opdracht’ handelingen niet door één en dezelfde bedrijfsarts uitvoeren maar draag deze

consequent op aan verschillende bedrijfsartsen. Voor eventuele gegevensverstrekking door de ‘behandelend’ bedrijfsarts aan de bedrijfsarts in de adviserende/arbodienst is dan expliciete toestemming van de patiënt/werknemer vereist. Is dit geen optie, dan zal de bedrijfsarts, volgens de geldende hoofdregel, alleen mét toestemming van de patiënt/werknemer gebruik kunnen maken van de informatie voor de andersoortige handelingen.

6. Stel de *opleidingseisen* inclusief de eisen voor bij- en nascholing bij als een takenpakket wordt toegevoegd aan de bestaande. De bedrijfsarts die (curatieve) handelingen gaat verrichten die (nog) geen onderdeel uitmaken van de opleidingseisen waaraan hij zal moeten gaan voldoen, zal bij- en nascholing moeten volgen wil hij bekwaam geacht worden voor het uitvoeren van deze handelingen. Dat geldt voor alle bedrijfsartsen die deze handelingen (gaan) verrichten, ongeacht in welke *setting* (vanuit een arbodienst, als zelfstandig gevestigde bedrijfsarts, als onderdeel van een eerstelijnsvoorziening etc.) zij die taken uitvoeren. Het College Sociale Geneeskunde zal daarvoor aanvullende opleidingseisen moeten opstellen en de SGRC zal daarop bij (her)registratie moeten toetsen.

1. Inleiding

1.1 Opdracht en onderzoeksvragen

De NVAB heeft de afdeling Beleid en Advisering van de KNMG gevraagd om op basis van de huidige wet- en regelgeving te onderzoeken welke mogelijkheden of beperkingen er zijn voor het functioneren van de bedrijfsarts als behandelaar. De vragen die in dit advies beantwoord moeten worden zijn:

1. Welke wet- en regelgeving en jurisprudentie zijn van toepassing met betrekking tot de vraag rond de mogelijkheden van de bedrijfsarts als behandelaar, welke eventuele inperkingen c.q. onmogelijkheden zijn er? Bij de beantwoording van deze vraag zullen worden betrokken: WGBO, WBP, Wet BIG WKCZ, ZVW en Arbowet.
2. Welke knelpunten zijn te benoemen rond een (ongeclausuleerde) behandelfunctie van de bedrijfsarts, en kan (een aanzet tot) een oplossingsrichting worden geduid?
3. Is in grote lijnen een schets te geven van de mogelijkheden c.q. belemmeringen voor opname van bedrijfsgeneeskundige informatie in het EPD, als uitvloeisel van een behandelfunctie van de bedrijfsarts?

1.2 Taken van de bedrijfsarts 2006

De primaire taken van een bedrijfsarts zijn onder te brengen in twee clusters: individuele zorgtaken, en advisering ten behoeve van de werkgever. Op dit moment betreffen dat de volgende specifieke taken¹:

Individuele zorgtaken

- Het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van werkenden.
- Het signaleren van ongezond werk.
- Het bij een werkende herkennen, diagnosticeren en behandelen van (dreigende) arbeidsrelevante klachten of van een (dreigende) beroepsziekte of arbeidsongeschiktheid.
- Het verlenen van eerste hulp, de behandeling van kleine verwondingen en andere niet complexe gezondheidsproblemen op de werkplek, het verrichten van vaccinaties.
- Het actief volgen en begeleiden naar herstel van werkenden die (dreigen te) verzuimen, gericht op behoud van werk en (re)integratie.
- Het adviseren aan individuele werknemers.

Adviseringsfunctie ten behoeve van de werkgever

- Het uitvoeren van een probleemanalyse in een arbeidssituatie.
- Verstrekken van advies met betrekking tot de inzetbaarheid en reïntegratie- (mogelijkheden) van een werknemer.
- Het leveren van expertise in het sociaal-medisch overleg dat de werkgever initieert.
- Het in opdracht van de werkgever organiseren en uitvoeren van preventief medisch onderzoek (PMO) voor groepen werknemers, en de uitvoering van de gezondheidsbewaking die daar uit kan voortvloeien.
- Het in opdracht van de werkgever uitvoeren van wettelijk verplichte (bijvoorbeeld duikers) of onder voorwaarden toelaatbare keuringen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen).

¹ Zie o.a.: De bedrijfsarts en de eerste lijn. Uitgave NVAB, 2005, en: De bedrijfsarts: zorgverlener en adviseur (nota in concept, NVAB, 2006).

- Het adviseren van werkgevers en de werknemersvertegenwoordiging, bijvoorbeeld op de gebieden van preventie, beroeps- en arbeidsrisico's, en specifieke organisatieaspecten die binnen de medische expertise liggen, bijvoorbeeld met betrekking tot 'human resources'.

1.3 Bedrijfsarts en eerste lijn

Tot voor enkele jaren werkten vrijwel alle bedrijfsartsen vanuit een arbodienst. Mede gestimuleerd door recente wijzigingen in de Arbowet, waarbij de verplichte aansluiting van werkgevers bij een arbodienst is afgeschaft, is de bedrijfsarts losser komen te staan van deze diensten. Voor sommige taken (verzuimbegeleiding, aanstellingskeuringen) moet de werkgever nog wel een bedrijfsarts inschakelen (zie 3.6.1). Veel bedrijfsartsen zijn zelfstandig de markt op gegaan, en bieden werkgevers deze en andere, voor de werkgever niet verplichte diensten aan. Voorbeelden van deze diensten zijn:

- de begeleiding en (de coördinatie van) de behandeling van werkgerelateerde aandoeningen waaronder beroepsziekten;
- het verrichten of laten verrichten van uitgebreid diagnostisch onderzoek, en het vervolgens zelf behandelen van geconstateerde niet ernstige ook niet arbeidsrelevante ziekten inclusief het voorschrijven van geneesmiddelen, en het zonodig direct verwijzen naar de 2^e lijn
- het verrichten van kleine ingrepen (hechtingen, wondreiniging, vaccinaties, etc.)

In veel gevallen gebeurt dit overigens nog vanuit een bestaande arbodienst. Als zodanig is sprake van een schakelfunctie van de bedrijfsarts tussen arbozorg, curatieve zorg, werkgever, zorgverzekeraar en inkomensverzekeraar. Het appel op de bedrijfsarts om een grotere bijdrage aan de behandelfunctie te geven, gericht op snel herstel van de functionaliteit van de zieke werknemer in relatie tot arbeid, neemt toe. De bedrijfsarts, al dan niet werkzaam vanuit een arbodienst, heeft echter geen formele positie als behandelaar in de eerste lijn. De samenwerking met- en de positie van de bedrijfsarts in de eerste lijn werd recent nog als problematisch geschetst. Een overzicht van knelpunten in de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts is te vinden in de beide stukken, vermeld onder noot 1. De ontwikkelingen zowel in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde als in de reguliere curatieve zorg en binnen het zorgverzekeringstelsel wijzen intussen op een verandering van de klassieke positie. Sinds 2004 kan de bedrijfsarts rechtstreeks naar de reguliere eerste en tweede lijn verwijzen, met name 'waar het gaat om arbeidsrelevante aandoeningen'. Bedrijfsartsen werken mee aan curatieve handelingen in een aantal multidiagnostische centra voor arbeidsrelevante aandoeningen. Er zijn diverse initiatieven genomen om te komen tot multidisciplinaire en transmurale richtlijnen, waarvan de inbreng van de bedrijfsgeneeskunde onderdeel vormt. Gebaseerd op een advies van de Gezondheidsraad is, gestimuleerd door de Ministeries van VWS en SZW, recent een aanvang gemaakt met de ontwikkeling van 'keten-richtlijnen' (de zogenoemde 3B-richtlijnen), die de grenzen van de klassieke zorgsegmenten overschrijden. De samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen wordt nu reeds intensiever, en samenwerkingsexperimenten binnen de eerste lijn lijken succesvol, maar succes in een experimentele setting is nog geen garantie voor succes onder standaardcondities. De Zorgverzekeringswet sluit financiering van door een bedrijfsarts verrichte curatieve taken door de zorgverzekeraar niet uit (zie 3.5). De verwachte verdergaande integratie tussen zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars zal in de toekomst kunnen leiden tot (vergaande) integratie van de functies bedrijfsarts en huisarts, met daarbinnen subspecialisaties. Dit laatste is nog speculatief. Een bezinning op die toekomst is dat echter niet: de behandelfunctie van de bedrijfsarts zal toenemend onderwerp van discussie worden. Wat deze behandelpositie mogelijk in de weg staat, is de aloude 'scheiding van behandeling en controle': behoud van de vertrouwensrelatie tussen een behandelend arts en zijn patiënt zou de samenwerking met een

bedrijfsarts met het duale takenpakket (advisering zowel aan de werkgever als aan de individuele werknemer) binnen een behandelrelatie in de weg staan. De geschetste ontwikkelingen lijken er op te wijzen dat geleidelijk sprake is van schuivende panelen rond deze scheiding tussen behandeling en controle. Wij komen op dit punt, tegen de achtergrond van de opdracht, in paragraaf 2 terug.

1.4 Uitgangspunten van dit advies

In dit advies zijn de volgende uitgangspunten van belang:

1. Voor het begrip ‘behandelen’ maken wij gebruik van de definitie die de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) daaraan geeft. De WGBO spreekt niet over ‘geneeskundig behandelen’ maar over ‘handelingen op het gebied van de geneeskunst’. In 2.2 gaan wij hierop verder in. Wij laten hierbij, op verzoek van de NVAB, de behandelrestrictie tot ‘arbeidsgerelateerde of ‘arbeidsrelevante’ ziekten vallen. Dit achten wij van belang, aangezien de behandel functie van de bedrijfsarts voor deze ‘categorieën’ ziekten nu al niet op veel bezwaren stuit. Wij menen bovendien dat de behandeling van een ziekte, ongeacht waar de oorzaak ligt, in de meeste gevallen dezelfde klinische expertise vergt. De arts die de behandeling op zich neemt zal (in voorkomende gevallen tot bij de tuchtrechter) aan die expertise getoetst worden. Dat geldt uiteraard ook voor de preventie, en onderdelen van de begeleiding en reïntegratie naar werk, waar specialistische expertise bij de bedrijfsarts ligt.
2. Dit advies gaat niet diep in op operationele knelpunten (bijvoorbeeld de domeindiscussie in relatie tot andere beroepsbeoefenaren) en op verzekeringstechnische mogelijkheden of barrières (wie vergoedt wat en onder welke voorwaarden), maar signaleert deze wel. Dit zijn belangrijke issues, die de NVAB kan oppakken mede op basis van het advies.

1.5 De opbouw van dit advies

De opbouw van dit advies is als volgt

- In paragraaf 2 wordt een korte (historische) schets gegeven van de betekenis en achterliggende gedachten rond ‘scheiding van behandel- en controletaken’ van artsen.
- In paragraaf 3 worden de bevindingen gepresenteerd van de bestudering van voor de onderzoeksvraag relevante wet- en regelgeving, literatuur en deels jurisprudentie.
- In paragraaf 4 volgen de conclusies en aanbevelingen.
- In de Bijlagen zijn gebruikte afkortingen en referenties vermeld en is een samenvatting gemaakt van relevante jurisprudentie binnen de in paragraaf 3 genoemde gebieden.

2. Scheiding van behandeling en controle

2.1 Inleiding

Alvorens in te gaan op de positie van de bedrijfsarts als behandelaar, wordt een korte schets gegeven van een al oude (1888!) Nederlandse discussie: die rond de scheiding van behandeling en controle. Deze schets is nodig, aangezien elementen uit deze discussie direct raken aan het onderwerp van dit advies. Bovendien zijn in paragraaf 1 trends aangegeven, die een herijking van dit ‘concept’ wenselijk maken. Aan het eind van deze paragraaf wordt daarop teruggekomen.

Een behandelend arts behoort geen geneeskundige verklaring over zijn patiënt (dat kan tevens een zieke werknemer zijn) af te geven. Een geneeskundige verklaring bevat een op medische gronden gebaseerd (waarde)oordeel. Het geven van een (waarde)oordeel, dat een ander doel dient dan *behandeling of begeleiding*, moet objectief en deskundig gebeuren en derhalve door een onafhankelijke arts, deskundig op het gebied waarop de vraagstelling zich afspeelt². Los van het feit dat een behandelend arts in dit verband vrijwel niet objectief kan zijn, beschikt deze doorgaans niet over de specifieke deskundigheid die nodig is voor het geven van een goed (waarde)oordeel en is hij veelal niet op de hoogte van de medische criteria waaraan de instantie die de verklaring nodig heeft, toetst. Een andere belangrijke reden waarom een behandelend arts geen geneeskundige verklaring mag afgeven vloeit voort uit het feit dat hij de *vertrouwensrelatie* tussen hem en zijn patiënt niet mag schaden. Deze relatie kan worden aangetast als het oordeel dat de arts geeft in zijn verklaring niet gunstig is voor zijn patiënt, en/of als de patiënt het niet met dat oordeel eens is. Onder dit regime van ‘scheiding van behandeling en controle’ zijn in de loop van de tijd ook alle vormen van gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en ‘controlerende arts’ gaan vallen, die door deze laatste gebruikt kunnen worden voor een door hem te nemen beslissing of af te geven advies, niet betrekking hebbend op de behandeling zelf. Het gaat dan om bijvoorbeeld een claim op een verzekeringspolis, of een advies rond belastbaarheid in relatie tot loondoorbetaling. Aan die gegevensuitwisseling is de voorwaarde van ‘expliciete toestemming’ van de patiënt gekoppeld, welke ook (later) in de wet (WGBO, WBP) is vastgelegd.

Het voorgaande heeft geleid tot dit in Nederland al ruim 100 jaar, na de invoering van de Ongevallenwetten, door de KNMG gepropageerde standpunt: behandeling en controle kunnen niet in één medische hand liggen. Het betrof in die vroege periode vooral verklaringen voor verzekeringsinstanties inzake ziekengelduitkeringen, af te geven door praktiserende (huis)artsen.

Aan de ‘scheiding van behandeling en controle’ kleefden naast voordelen (het behoud van de vertrouwenspositie van de behandelend arts) ook een belangrijk nadeel: de communicatie tussen de curatieve sector en sociaal-geneeskundige disciplines werd er sterk door bemoeilijkt. Het belang van de factor ‘arbeid’ voor de patiënt in het curatieve segment is mede hierdoor lang verwaarloosd geweest. Desondanks is de ‘scheiding van behandeling en controle’ nooit als achterhaald beschouwd, ondanks observaties en opvattingen die op een meer liberaal standpunt in deze wijzen³. Of dat anno 2006 wel zo is, zal worden besproken.

² KNMG richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, onderdeel 1.3. Utrecht, 2003. Zie www.knmg.nl/vademecum onder II.03.

³ Van Berkestijn Th.M.G. Scheiding van behandeling en controle: vanuit een historisch overzicht naar een nieuw inzicht. In: Scheiding van behandeling en controle. Verslag van een KNMG-symposium, KNMG/AStri, juni 1966.

Bakker RH, Krol B, Gulden JWJ van der, Groothoff JW. Arbocuratieve samenwerking: een toekomstverkenning. TSG 220;83(5)291-298.

Op de huidige wettelijke aanknopingspunten voor deze scheiding, met name gelegen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), wordt in paragraaf 3. uitvoerig ingegaan. Eerst wordt nog kort ingegaan op de begrippen ‘behandelen’ en ‘controle’.

2.2 Behandelen

Onder ‘handelingen op het gebied van de geneeskunst’ worden in de WGBO verstaan:

- alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbend op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen;
- andere dan de hiervoor bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts in die hoedanigheid;
- het in het kader van geneeskundige handelingen verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks t.b.v. de patiënt voorzien in de materiele omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht (nazorg, thuiszorg, fysiotherapie, gedragstherapie etc.).

Behandelen is, kort gezegd, alles doen wat een patiënt beter kan maken of verdere fysieke of mentale schade kan helpen voorkomen. Behandelen door een bedrijfsarts is dus ook: begeleiden naar (uit medisch oogpunt gezien) geschikt werk, adviseren aan de werknemer over werkaanpassing tegen de achtergrond van gezondheidsgerelateerde beperkingen, en de verstrekking van geneesmiddelen en andere adviezen aan de zieke werknemer of het verrichten van op de zieke gerichte handelingen die tot herstel van gezondheid/functioneren moeten leiden.

2.3 Controle versus scheiding van ‘in opdracht handelingen’ en ‘vrijwillige handelingen’

Controle is in de bedrijfsgezondheidszorg een beladen begrip. Advisering door de bedrijfsarts aan de werkgever over de belastbaarheid van een werknemer heeft volgens sommigen een controlerend element of een claimbeoordelingsaspect in zich, immers de loondoorbetaling kan er van afhankelijk zijn. Veel bedrijfsartsen huldigen echter het standpunt dat ‘bedrijfsartsen niet controleren’ of ‘dat bedrijfsartsen niet aan claimbeoordeling doen’, en dat is ook het officiële standpunt van de NVAB altijd geweest.⁴ Een semantische discussie over deze term vermijden wij liever. Van belang is dat men zich realiseert dat aan deze discussie de vertrouwenspositie en geheimhoudingsplicht van de arts en de privacybescherming van de patiënt ten grondslag liggen. Hier vinden wij de aansluiting bij wet- en regelgeving. De WGBO geeft aan onder welke voorwaarden vrij gegevensverkeer tussen artsen mogelijk is, zonder de eis van voorafgaande toestemming van de patiënt. Dat is het geval als het gaat om zogenaamde ‘vrijwillige handelingen’, een pragmatische vertaling van de betekenis van ‘handelingen op het gebied van de geneeskunst’ die in de WGBO wordt gebruikt (zie ook 3.1.2). Tot ‘vrijwillige handelingen’ worden gerekend het arbeidsomstandigheden-spreekuur, curatieve handelingen die door de bedrijfsarts worden verricht, een periodiek arbeidsgesondheidskundig onderzoek (PAGO) en een intredekeuring (niet een aanstellingskeuring!). Deze vrijwillige geneeskundige handelingen moeten worden onderscheiden van ‘handelingen in opdracht’ (van een derde, bijvoorbeeld de werkgever), zoals aanstellingskeuringen, verplichte keuringen tijdens dienstverband en handelingen uitgevoerd in het kader van de verzuimbegeleiding of arbeids(on)geschiktheidsregelingen.

De meeste bedrijfsartsen verrichten zowel taken die tot ‘behandelen’ (in de hierboven gehanteerde zin) gerekend kunnen worden en die dus ‘vrijwillige handelingen’ omvatten, als

⁴ Zie NVAB-Standpunt Claimbeoordeling d.d. 6 april 2005, NVAB, 2005.

taken die daar niet toe behoren en die ‘handelingen in opdracht’ omvatten. De vraag doet zich dan voor, of in zulke gevallen die twee invalshoeken voor de patiënt/zieke werknemer en zijn behandelende artsen gemakkelijk te scheiden zijn. Dat is niet het geval. Zelfs wanneer een bedrijfsarts een werknemer op een bepaald moment uitsluitend ‘behandelt’, zonder dat vragen voorliggen die niet tot het behandeltraject behoren (als: kan de werknemer met deze klachten zijn werk blijven doen?), dan nog valt niet uit te sluiten dat deze vragen zich op een later moment ook gaan voordoen. Informatie die een bedrijfsarts van andere artsen heeft ontvangen kan dan ook voor dat andere doel gebruikt worden. Daarvoor is echter geen toestemming van de patiënt verkregen. Dat is kort gezegd de belangrijkste reden waarom een bedrijfsarts, hoewel daartoe niet in alle situaties wettelijk verplicht, er verstandig aan doet *altijd* toestemming te vragen aan een patiënt/werknemer voor gegevensuitwisseling met andere (of mede-) behandelaars. Alleen in die situaties waar de bedrijfsarts uitsluitend (bij voorkeur contractueel vastgelegd) behandeltaken verricht, kan toestemming ingevolge de WGBO achterwege blijven en is het vraagstuk ‘scheiding van behandeling en controle’ niet aan de orde. Zulke situaties doen zich (nog) weinig voor, maar tegen de achtergrond van recente ontwikkelingen kunnen die toenemen. Gedacht kan worden aan de bedrijfsarts die uitsluitend in de eerste lijn samenwerkt of werkzaam is binnen een huisartsenteam, waar hij als specialist op zijn gebied wordt geconsulteerd en meebehandelt. De Zorgverzekeringswet, die behandelen door de bedrijfsarts toelaat en ketenzorg wil stimuleren, kan deze ontwikkeling verder bevorderen. Het belang van een integrale benadering en behandeling van de patiënt is hiermee ook gediend. Dat betekent dat in de toekomst in teamverband en in een multidisciplinaire setting (meer) aandacht kan en vermoedelijk zal worden geschonken aan het belang van het maatschappelijk functioneren van een zieke werknemer, mede in relatie tot de wenselijkheid van een zo spoedig mogelijke reïntegratie in het arbeidsproces. Ook de huisarts en de medisch specialist kunnen in dat verband een meerwaarde hebben en een meer actieve rol spelen in relevante advisering over de belastbaarheid van hun patiënt. In deze keten zullen de curatieve rol en de arbo-rol dan ook vervagen; ieder draagt bij aan het beste advies- en behandeltraject vanuit zijn eigen expertise. Vanzelfsprekend zullen inkomens- en zorgverzekeraars oplossingen moeten (en waarschijnlijk ook willen) vinden voor de financiering van deze ketenzorg. Deze draagt, onder voorwaarden, immers uiteindelijk bij aan een sneller herstel c.q. betere zorg.

2.4 Conclusie

Wij komen tot de volgende conclusie. Hoewel het begrip ‘handelingen in opdracht’ niet synoniem is aan het begrip ‘controle’, ligt het, waar het om het onderwerp ‘scheiding van behandeling en controle’ gaat voor de hand om dit anno 2006 te herdefiniëren als: ‘scheiding van ‘in opdracht handelingen’ en ‘vrijwillige handelingen’’. Deze cesuur dekt de essentie van het oude vraagstuk dat nog steeds actueel is: behoud van de vertrouwenspositie van de (bedrijfs)arts, zoals hiervoor aangegeven. In paragraaf 3 wordt dieper op de juridische kant van dit vraagstuk ingegaan. Tegen de achtergrond van de vraagstelling van de NVAB merken wij daarom nu reeds het volgende op. De zelfstandige behandelpositie van de bedrijfsarts kan niet los worden gezien van het onderscheid in ‘vrijwillige handelingen’ en ‘handelingen in opdracht’. Dit onderscheid is medebepalend voor de behandelpositie van de bedrijfsarts.

3. Bevindingen uit wet- en regelgeving, literatuur en jurisprudentie

Deze paragraaf bevat een beschrijving van aanknopingspunten c.q. knelpunten rond behandelen door de bedrijfsarts in relevante wet- en regelgeving, literatuur en jurisprudentie. Dit is van belang voor het inventariseren van de (on)mogelijkheden en het formuleren van conclusies en aanbevelingen. Achtereenvolgens worden behandeld de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (3.1), de Wet bescherming persoonsgegevens (3.2), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Kwaliteitswet zorginstellingen (3.3), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (3.4), de Zorgverzekeringswet (3.5) en de Arbowet (3.6). Met name bij de WGBO zal uitgebreid worden stilgestaan omdat de diverse in deze wet genoemde rechten en plichten van patiënt en arts een andere reikwijdte hebben in de 'vrijwillige/behandelende' setting en de 'in opdracht' situaties.

3.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

3.1.1 Algemeen

In de WGBO wordt de rechtsverhouding tussen hulpverlener en patiënt geregeld. Hoofddoel van deze wet is het vastleggen en daarmee versterken van de rechten van de patiënt. Immers in de relatie hulpverlener-patiënt bevindt de laatste zich doorgaans in een kwetsbare en van de hulpverlener afhankelijke positie. De bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst zijn opgenomen in Boek 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek (BW). De bepalingen zijn *dwingendrechtelijk* van aard. Dat betekent dat andere regelingen (bijvoorbeeld richtlijnen, codes of werkprotocollen) niet ten nadele van de patiënt van de WGBO-bepalingen mogen afwijken⁵. Onder geneeskundige handelingen worden verstaan alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen.

Geneeskundige handelingen in opdracht van een *ander dan* de patiënt (of diens vertegenwoordiger) vallen buiten het begrip behandelingsovereenkomst zoals gedefinieerd in de WGBO. Dit omdat er in dergelijke situaties *geen* sprake is van een vrijwillig aangegane contractuele verhouding tussen een hulpverlener en een patiënt, waarbij laatstgenoemde optreedt als opdrachtgever. Artikel 446 lid 5 WGBO formuleert dit als volgt:

'Geen behandelingsovereenkomst is aanwezig, indien het betreft handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.'

Volgens artikel 464 WGBO zijn de bepalingen van de WGBO op dergelijke handelingen wél van overeenkomstige toepassing, *voorzover* de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet. Immers, rechten van de patiënt kunnen ook - en misschien zelfs met name - onder druk komen te staan in situaties, waarbij de patiënt zich verplicht aan een geneeskundige behandeling moet onderwerpen. Via deze omweg vallen geneeskundige handelingen verricht

⁵ Zie ook KNMG Consult 'Arts en patiëntenrechten', Utrecht, maart 2000, zie www.knmg.nl/vademecum/onder/V.02.

in buitencontractuele relaties alsnog onder de reikwijdte van de WGBO met de bijbehorende toepasselijkheid van de patiëntenrechten.⁶

3.1.2 Vrijwillige handelingen en in opdracht handelingen

De WGBO kan dus rechtstreeks of op overeenkomstige wijze van toepassing zijn op geneeskundige handelingen. De handelingen die rechtstreeks onder het toepassingsbereik van de WGBO vallen, worden gemakshalve aangeduid met de term ‘vrijwillige handelingen’. Het gaat bijvoorbeeld om het arbeidsomstandighedenspreekuur en curatieve handelingen die door de bedrijfsarts worden verricht. Deze vrijwillige geneeskundige handelingen moeten worden onderscheiden van ‘handelingen in opdracht’, zoals aanstellingskeuringen, verplichte keuringen tijdens dienstverband en handelingen uitgevoerd in het kader van de verzuimbegeleiding. Bij handelingen in opdracht is de WGBO via de schakelbepaling van overeenkomstige toepassing voorzover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet. De opdracht gaat hier meestal uit van de werkgever, maar soms van een publieke (UWV) of private verzekeraar.

Vrijwillig onderzoek dat de werkgever verplicht moet aanbieden, zoals een periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en een intredekeuring heeft raakvlakken met beide handelingen. Het verplicht aanbieden verandert op zich niets aan de vrijwilligheid van deelname door de werknemer. Het ligt voor de hand de WGBO-bepalingen *integraal* van toepassing te laten zijn op deze situaties.

Binnen de bedrijfsgezondheidszorg kan de WGBO rechtstreeks (dit geldt voor de zgn. vrijwillige handelingen), op overeenkomstige wijze (dit geldt voor de handelingen in opdracht) of in het geheel niet van toepassing zijn, zoals bij een risico- inventarisatie en – evaluatie of andere handelingen op ondernemingsniveau. Deze hebben immers niets van doen met het behandelen van individuen.

3.1.3 Toepasselijkheid WGBO

Als de WGBO *rechtstreeks* van toepassing is dan gelden alle bepalingen uit deze wet voor de uit te voeren handelingen. Is de WGBO daarentegen van *overeenkomstige* toepassing dan zijn de wetsbepalingen alleen van toepassing ‘voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet’ (464 lid 1 WGBO). Dit laatste impliceert dat van geval tot geval moet worden bekeken wat in de concrete situatie de rechtsverhouding is tussen de hulpverlener en de patiënt. Uit deze beoordeling volgt voor de betreffende geneeskundige handeling welke WGBO-bepalingen niet van toepassing zijn en welke (gedeeltelijk of aangepast) wel.

De volgende WGBO-bepalingen zijn van belang voor handelingen die door de bedrijfsarts worden verricht en moeten, zowel bij vrijwillige handelingen als bij handelingen in opdracht, integraal worden toegepast:

- a. recht op informatie (art. 448 WGBO);
- b. recht op niet-weten (art. 449 WGBO);
- c. schriftelijke toestemmingsvereiste (art. 451 WGBO);
- d. goed hulpverlenerschap (art. 453 WGBO);
- e. dossierplicht (art. 454, eerste en tweede lid WGBO);
- f. recht op inzage en afschrift (art. 456 WGBO);
- g. gegevensverstrekking voor wetenschappelijk onderzoek (art. 458 WGBO);
- h. recht op ruimtelijke privacy (art. 459 WGBO);
- i. wetenschappelijk onderzoek met anoniem lichaamsmateriaal (art. 467 WGBO).

⁶ WGBO en bedrijfsarts. Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Werkgroep WGBO en bedrijfsarts. VGR-najaarsvergadering 2000. ISBN 90-73923-07- 7.

Ad a. recht op informatie

De hulpverlener heeft de plicht de patiënt op duidelijke, en desgevraagd op schriftelijk, wijze te informeren over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en andere zaken die voor de patiënt van belang zijn. Het derde lid bevat de zogenaamde therapeutische exceptie. Ingevolge dit lid mag de hulpverlener de bedoelde informatie onthouden als het verstrekken van deze informatie kennelijk ernstig nadeel oplevert voor de patiënt.

Integrale toepassing van dit artikel levert, zowel bij vrijwillige handelingen als bij handelingen in opdracht, geen problemen op voor bedrijfsartsen en hoort al usance te zijn. Op het werkterrein van de bedrijfsarts zullen zich overigens zelden situaties voordoen die een beroep op de therapeutische exceptie rechtvaardigen.

Ad b. recht op niet-weten

De patiënt heeft het recht om desgevraagd verschoond te blijven van inlichtingen, tenzij het belang dat de patiënt heeft bij niet-weten, niet opweegt tegen het nadeel dat daaruit voor hemzelf of anderen kan voortvloeien.

Dit recht is ook van toepassing binnen het werkterrein van de bedrijfsarts.

Ad c. schriftelijke toestemmingsvereiste

De patiënt heeft het recht op schriftelijke vastlegging door de hulpverlener van zijn toestemming voor verrichtingen van ingrijpende aard.

Zou zo'n situatie zich al voordoen binnen het werkgebied van de bedrijfsarts dan is er geen bezwaar tegen integrale toepassing van dit recht.

Ad d. goed hulpverlenerschap

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de 'zorg van een goed hulpverlener' in acht nemen. De maatstaf voor deze algemeen geformuleerde zorgplicht is de 'redelijk bekwame en redelijk handelende vakgenoot' in dezelfde omstandigheden. Bij het voorleggen van een klacht kan de (tucht)rechter de huidige stand van de wetenschap als toetssteen hanteren. Daarbij kunnen de Standaarden, Protocollen en Richtlijnen van onder meer NVAB, NHG en KNMG een belangrijke rol spelen. Als voorbeeld kunnen genoemd worden het Professioneel Statuut en de Beroepscode voor Bedrijfsartsen, de Code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie' en diverse vakinhoudelijke Richtlijnen zoals 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten' en 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten'. De bedrijfsarts moet op de hoogte zijn van deze richtlijnen en standaarden en zal hiervan mogen afwijken mits hij dit kan motiveren. Voor het kunnen functioneren als 'goed hulpverlener' is vereist dat zijn inhoudelijke onafhankelijkheid in voldoende mate is gewaarborgd⁷. Dat impliceert bijvoorbeeld ook dat het vertrouwen van patiënten/werknemers niet mag worden beschaamd c.q. geschonden als gevolg van financiële sturing van (bedrijfs)artsen door werkgevers of verzekeraars. Dat is in strijd met 'goed hulpverlenerschap'⁸.

Ad e. dossierplicht

De hulpverlener moet een dossier inrichten met betrekking tot de behandeling van de patiënt/werknemer. Dit dossier bevat de gegevens omtrent zijn gezondheid, uitgevoerde verrichtingen, verwijzingen, afspraken met de patiënt/werknemer en alle andere voor een

⁷ Zie ondermeer de Beroepscode voor bedrijfsartsen, NVAB 1989, en het Professioneel statuut van de bedrijfsarts, NVAB 2003.

⁸ Zie ook ingezonden brief van P.C.H.M. Holland, voorzitter KNMG in Trouw d.d. 25-11-2006.

goede hulpverlening noodzakelijke gegevens. Desgevraagd voegt de hulpverlener een eigen verklaring van de patiënt toe aan het dossier.

Goede kwaliteit van het dossier is belangrijk voor goede zorg aan de patiënt. Daarbij spelen zaken als (blijvende) toegankelijkheid van het dossier – dat geldt ook bij elektronische opslag en bij vervanging van de apparatuur - en voorzieningen voor correcte en snelle overdracht van dossiergegevens, bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt/werknemer aan de huisarts of specialist.

Ook zijn er veel (tuchtrechtelijk) uitspraken over de eis van goede verslaglegging door de (bedrijfs)arts. Deze eis is vaak onderdeel van de voorwaarden die het tuchtcollege stelt aan een zorgvuldig opgesteld advies of een deskundige rapportage. Op deze plaats wordt verwezen naar de uitspraken samengevat in Bijlage 3: Jurisprudentie ‘goed hulpverlener-schap’.

Volgens het Advies ‘Bedrijfsgeneeskundige dossiers’⁹ gelden de volgende voorwaarden voor de inrichting van het dossier.

- Het bedrijfsgeneeskundig dossier (op papier of digitaal) dient zodanig te worden ingericht dat de onderscheiden delen in verband met de diverse taken van de bedrijfsarts herkenbaar (aangegeven) zijn.
- Er dient een duidelijk onderscheid te zijn tussen ‘in opdracht’ verzamelde gegevens en ‘vrijwillig’ verzamelde gegevens. Dit houdt in dat:
 - herkenbaar (aangegeven) is welk deel betrekking heeft op SMB, welk deel op het arbeidsomstandigheden spreekuur
 - er een apart deel is met de resultaten van verplichte dan wel vrijwillige PAGO’s dan wel toekomstige PMO’s
 - er een apart deel is met de resultaten van health-checks, (en andere klinische handelingen).
- Een apart (niet medisch) dossier of file is noodzakelijk voor gegevens betreffende klachten, MIP-meldingen, schadeclaims en eventuele andere zaken die niet in het bedrijfsgeneeskundig dossier thuis horen. In dit advies wordt hieraan verder geen aandacht besteed.
- Overige hulpverleners voeren eigen registraties.

De voorwaarden voor het dossierbeheer zijn volgens het Advies de volgende.

- De bedrijfsarts dient te allen tijde te kunnen beschikken over alle relevante gegevens betreffende zijn patiënt/werknemer.
- De bedrijfsarts heeft toegang tot alle medische onderdelen van het medisch dossier.
- Een zorgvuldige verslaglegging van gegevens verzameld door anderen binnen de functionele eenheid¹⁰ dient mogelijk te zijn.
- De gegevens moeten gemakkelijk zijn terug te vinden.
- De registratie moet passen binnen de huidige regelgeving; hierbij gaat het onder andere om aspecten betreffende doelbinding, zorgvuldigheid en privacy, bewaartermijnen.
- Administratieve eenvoud is een belangrijk vereiste voor implementatie van adequaat dossierbeheer.

⁹ Advies van de Commissie Wet- en Regelgeving (CWR) aan het NVAB bestuur van november, Utrecht 2006.

¹⁰ De term ‘functionele eenheid’ is met de komst van de WGBO eigenlijk verouderd en is gewijzigd in ‘rechtstreeks bij de behandeling betrokkenen’. Dat zijn alle personen die rechtstreeks bij de uitvoering van de behandeling, hulpverlening of begeleiding van de zieke werknemer (door de bedrijfs- of verzekeringsarts) zijn betrokken, zie ook (gegevensstroom 4 van) de KNMG Code ‘Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie’, 2006.

In het Advies worden nog enkele bijzondere aandachtspunten genoemd.

- De bedrijfsarts/gebruiker dient zich bewust te zijn van het feit dat hij kan beschikken over gegevens verzameld en bewaard voor onderscheiden doelen. Deze gegevens zijn vastgelegd in één dossier, waardoor gegevens die opgeslagen worden voor het ene doel, gebruikt kunnen worden voor een ander doel. De bedrijfsarts dient in die gevallen de patiënt/werknemer hierover te informeren en toestemming voor ander gebruik te vragen. Dit betreft die situaties waarin de gegevens worden gebruikt voor een doel dat niet verenigbaar is met het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld en vastgelegd. Denk daarbij bijvoorbeeld aan gebruik voor niet geanonimiseerd wetenschappelijk onderzoek van gegevens verzameld en vastgelegd in het kader van verzuimbegeleiding.
- Als een patiënt/werknemer bij een andere werkgever gaat werken, die is aangesloten bij dezelfde arbodienst, dan moet een nieuw dossier aangemaakt worden. Bij gebruik van hetzelfde dossier zal dit met toestemming van de patiënt/werknemer moeten en zal de cesuur duidelijk moeten zijn¹¹.
- De bewaarplicht geldt voor alle bedrijfsartsen ongeacht de ‘setting’ waarin zij werkzaam zijn. Binnen arbodiensten is de aangegeven bewaarplicht van toepassing ook als een bedrijfsarts niet meer aanwezig is of kan zijn. Een zelfstandig gevestigd bedrijfsarts zal een schriftelijke regeling moeten treffen voor het geval hij tijdelijk dan wel blijvend niet meer in staat is zijn praktijk uit te oefenen, conform het KNMG advies terzake¹². Doel van een dergelijke regeling is het waarborgen van continuïteit in de zorg, van de mogelijkheid tot het uitoefenen van patiëntenrechten en van de bewaarplicht.

Op de bewaartermijn wordt nader ingegaan in 3.1.5 onder b. (bewaartermijn gezondheidsgegevens).

3.1.4 Dossierplicht en EPD

Momenteel worden in opdracht van VWS voorbereidingen getroffen voor het ontwikkelen van een elektronisch patiënten dossier (EPD). Er is ook een wet op het EPD in de maak die waarschijnlijk in 2008 van kracht wordt. Deze wet verplicht hulpverleners en instellingen tot gebruikmaking van de diverse EPD-onderdelen en de technische beveiligingseisen van gegevensbestanden die daarvoor in ontwikkeling zijn, zoals een pas voor veilige identificatie, authenticatie en toegang tot het EPD (de UZI-pas), de eisen voor een goed beheerd zorgsysteem (GBZ) en een veilig communicatiepunt als het Landelijk Schakelpunt (LSP). Onderdelen van het EPD die reeds zijn ontwikkeld zijn het Waarneemdossier Huisartsen (WDH) en het Elektronisch Medicatie Dossier (EMD). Het WDH wordt vanaf eind 2006 eerst in de regio Twente ingevoerd en dan geleidelijk in andere regio's, het EMD op zijn vroegst vanaf voorjaar 2007. De dossiers worden daarmee landelijk beschikbaar. De communicatie verloopt via het LSP dat een aantal voorzieningen en diensten biedt aan aangesloten zorgverleners en zorginstellingen¹³. Het LSP houdt een historie bij van het opvragen van en inzage geven in patiëntengegevens zodat altijd bekend is wie welke gegevens wanneer (mogelijk ten onrechte) heeft ingezien. Een andere taak van het LSP is die van

¹¹ Dit geldt ook bij overgang naar een nieuwe arbodienst, alleen naw-gegevens mogen zonder toestemming van de werknemers aan de nieuwe arbodienst worden verstrekt: zie Journaal Privacy Gezondheidszorg juli 2006, nr. 6, p. 159-160 en CBP, Uitspraak 4 april 2006, z2005-1208.

¹² Overdracht van patiëntendossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging; KNMG Advies 2005.

¹³ Zie Modelrichtlijn en modelvoorlichtingsmateriaal autorisatie voor koplopers Waarneem Dossier Huisartsen, Deel 1, Bijlage 1. NICTIZ, NHG, KNMG, NPCF, november 2005.

verkeersregelaar voor berichten. Het LSP is continu, via centrale verwijsinformatie op de hoogte waar gegevens in zorginformatiesystemen zijn opgeslagen. Het zal zorgdragen voor de juiste distributie en routing van berichten tussen die systemen. Tot slot zal in het LSP getoetst worden of de patiënt vooraf bezwaar heeft gemaakt tegen gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Deze bezwaren worden dan vastgelegd in een profiel per patiënt waardoor de toegang tot (onderdelen) van het elektronisch dossier van de patiënt worden beperkt.

De verdere ontwikkeling en uitbouw van en deelname door (soorten) hulpverleners aan het EPD moet nog zijn beslag krijgen. De KNMG heeft een aantal dringende wensen aangegeven voor die invulling, zoals gebruikmaking van medisch relevante, door veel artsen gebruikte en relatief makkelijk te ontwikkelen dossieronderdelen, net zoals het WDH en EMD. Zo zou het EMD uitgebreid moeten worden met een expertsysteem dat de juiste medicatiekeuze aangeeft (vergelijkbaar met het Elektronisch Voorschrijfsysteem -EVS- van huisartsen). Bij het opnemen van nieuwe modules denkt de KNMG aan de probleemlijst in combinatie met het verwijfsbericht huisarts-medisch specialist-huisarts en het elektronisch spoeddossier. Ook koppeling aan het elektronisch laboratoriumdossier is van groot belang. Al deze elementen moeten in onderlinge samenhang ontwikkeld worden zodat er een goed werkbaar en eenduidige basis is voor een breed gebruik van het EPD. Vervolgens kan worden gebouwd aan ziekte- of episodegeoriënteerde modules. Deelname aan het EPD door bedrijfsartsen is wenselijk en zou zeer wel mogelijk moeten zijn. Immers bedrijfsgeneeskundige informatie bevat ook relevante informatie voor huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten etc. Dat geldt uiteraard ook voor de bedrijfsarts die curatieve handelingen verricht (zie nader 3.1.5 ad d. geheimhoudingsplicht onder 'vrijwillige situaties').

De rechten van patiënten gelden op gelijke wijze in een papieren als in een elektronische omgeving. De inhoud van de rechten veranderen niet, wel is het mogelijk dat de uitvoering in een EPD anders uitwerkt¹⁴. Om bijvoorbeeld mogelijk te maken dat de patiënt zijn elektronisch dossier kan inzien of kan corrigeren, is het noodzakelijk dat er (technische) mogelijkheden zijn die hem in staat stellen die gegevens op een gestandaardiseerde manier en op elektronische wijze op te vragen, in te zien, met een aanduiding te corrigeren etc. Verder moet uiteraard worden gezorgd voor een deugdelijke afscherming van gegevens van andere hulpverleners die ook (eventueel voor onderdelen) gebruik kunnen maken van de informatie in het EPD. Dit betekent dat toegangerechtigden alleen bij die gegevens(soort) kunnen komen, die relevant zijn voor de behandeling of begeleiding van hun patiënt en dat toegang tot de overige gegevens 'gebarricadeerd' wordt.

In hoeverre bedrijfsartsen die ook behandeltaken gaan uitvoeren, gebruik kunnen gaan maken van EPD-gegevens is op dit moment niet concreet te beantwoorden. Het zou in principe mogelijk moeten zijn dat bedrijfsartsen via geautoriseerde toegang¹⁵ met behulp van de UZIpas¹⁶ voor hun taak relevante informatie kunnen ophalen voor raadpleging of aanvullen van het dossier van de patiënt/werknemer /patiënt. Voor de *voorwaarden* die zullen gaan gelden voor toegang tot EPD-onderdelen zal bepalend zijn of de bedrijfsarts ten aanzien van een patiënt/werknemer *uitsluitend* 'vrijwillige handelingen' verricht ofwel deze handelingen *combineert* met 'handelingen in opdracht'. In het eerste geval is hij feitelijk 'mede-behandelaar' en mag -als zijn rol en aandeel bij de behandeling voor de patiënt/werknemer en

¹⁴ Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3, 'Dossier en bewaartermijnen'. Utrecht, juni 2004 (p. 43 e.v.).

¹⁵ Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 'Toegang tot patiëntengegevens'. Utrecht, juni 2004 (met name Bijlage 1 onder 3.1).

¹⁶ Digitaal zorgverlenerspaspoort ten behoeve van unieke identificatie en authenticatie van zorgverleners en zorginstellingen.

voor alle betrokken behandelaars helder is afgesproken en afspraken zijn gemaakt over de samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg binnen deze 'keten' van veronderstelde toestemming worden uitgegaan¹⁷. Bij veronderstelde toestemming gelden de volgende criteria:

- de patiënt/werknemer kan redelijkerwijs verwachten of weet dat de gegevens worden uitgewisseld;
- dat de gegevens voor zorgdoeleinden worden gebruikt;
- dat de patiënt/werknemer de mogelijkheid heeft eventueel bezwaar te maken tegen verstrekking van (bepaalde) gegevens;
- dat de gegevensuitwisseling beperkt blijft tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de behandeling door de ontvangende arts;
- dat de informatieverstrekking geldt voor een concrete situatie/behandeling.

In het geval dat de bedrijfsarts zowel vrijwillige als in opdracht handelingen uitvoert, zal hij de patiënt/werknemer altijd eerst helder moeten informeren over het doel van de gegevenstoegang en vervolgens op basis van die informatie expliciete toestemming moeten vragen aan de patiënt/werknemer alvorens toegang te krijgen tot (uitsluitend de voor zijn taken noodzakelijke) EPD-gegevens van andere behandelend artsen. (zie ook het onderdeel geheimhoudingsplicht in 3.1.5 onder d.).

Ad f. recht op inzage en afschrift

De patiënt heeft op grond van dit artikel recht op inzage en afschrift van zijn dossier, met dit voorbehoud dat inzage achterwege blijft als de privacy van een derde in het geding komt. De therapeutische exceptie (vergelijk art. 48 lid 3 WGBO) is bij het inzagerecht niet van toepassing. Dit betekent dat inzage niet op deze grond kan worden geweigerd. Persoonlijke werkaantekeningen vallen niet onder het toepassingsbereik van dit recht. Dit betekent dat de patiënt geen recht heeft op kennisneming en afschrift van deze aantekeningen.

Overeenkomstige toepassing van dit recht voor het werkgebied van de bedrijfsarts zal geen grote problemen opleveren. De bedrijfsarts dient zich wel te realiseren dat door de werkgever of door een andere persoon of instantie verstrekte vertrouwelijke gegevens, die in het dossier behoren te worden opgenomen, bekend kunnen worden bij de patiënt/werknemer. Het is niet juist de patiënt/werknemer om deze reden inzage in en afschrift van het dossier te onthouden. Ter voorkoming van problemen kan als volgt worden gehandeld. In die uitzonderlijke gevallen waarin voorzienbaar is dat een derde bedenkingen heeft tegen inzage door de patiënt/werknemer, kan dergelijke informatie op die wijze in het dossier worden opgeslagen, dat inzage en afschrift van het betreffende gedeelte kan worden verhinderd met een beroep op het vertrouwelijke karakter van deze gegevens. Alvorens inzage en afschrift te weigeren verifieert de bedrijfsarts of de derde hiertegen daadwerkelijk bezwaar maakt.

Ter toelichting op dit laatste nog het volgende op. De wetgever heeft bedoeld het begrip 'persoonlijke werkaantekeningen' een enge uitleg te geven; het is niet de bedoeling dat hulpverleners een schaduw dossier aanleggen. Dit uitgangspunt moet ook door de bedrijfsarts worden gerespecteerd. Dit laat onverlet dat een bedrijfsarts voor de vervulling van bepaalde 'handelingen in opdracht' ook overleg moet kunnen voeren met en informatie moet kunnen ontvangen van anderen. Deze anderen, niet in de laatste plaats de opdrachtgever zelf (veelal

¹⁷ Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4, Toegang tot patiëntgegevens. Utrecht, juni 2004 (p. 25 en 41-42). Zie ook de notitie voor de projectgroep van het onderzoek 'De bedrijfsarts in de eerste lijn'. NVAB, 2005.

de werkgever), kunnen er belang bij hebben dat de door hen verstrekte informatie vertrouwelijk wordt behandeld. Deze informatie, die wellicht zou kunnen worden aangemerkt als ‘persoonlijke werkaantekeningen’, behoort bij voorkeur in het dossier thuis. Dit neemt niet weg dat inzage in het betreffende deel van het dossier – met een beroep op de privacy van anderen en rekening houdend met het feit dat deze informatie is verkregen in situaties waarin niet de patiënt/werknemer als opdrachtgever optrad – moet kunnen worden verhinderd.¹⁸

Ad g. gegevensverstrekking voor wetenschappelijk onderzoek

De WGBO- bepaling formuleert een aantal voorwaarden waaronder *zonder* toestemming van de patiënt/werknemer gegevens ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid kunnen worden verstrekt. Deze voorwaarden komen vrijwel overeen met die genoemd in de betreffende bepaling in de Wet bescherming persoonsgegevens. Ook binnen de bedrijfsgezondheidszorg kan dit onderzoek aan de orde zijn, bijvoorbeeld voor onderzoek in het kader van arbeidsomstandigheden.

Ad h. recht op ruimtelijke privacy

Behandelingen, consulten of verrichtingen mogen alleen worden uitgevoerd buiten het waarnemingsvermogen van anderen, tenzij de patiënt/werknemer heeft ingestemd met inperking van dit recht en anderen daarbij (mogelijk juist op zijn verzoek) toelaat. Het moet in ieder geval vooraf met hem besproken worden.

Ad i. wetenschappelijk onderzoek met anoniem lichaamsmateriaal

Van het lichaam afgescheiden anonieme (en dus niet meer tot de patiënt/werknemer te herleiden) stoffen en delen mogen worden gebruikt voor medisch statistisch of ander medisch wetenschappelijk onderzoek, voorzover de persoon van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is hiertegen geen bezwaar heeft gemaakt en het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt uitgevoerd. Dit onderzoek met lichaamsmateriaal kan bijvoorbeeld gewenst zijn in het kader van beroepsziekten.

3.1.5 Knelpunten toepassing WGBO

Er zijn ook WGBO-rechten die onduidelijkheden bevatten of problemen kunnen opleveren bij overeenkomstige toepassing op (niet vrijwillige) handelingen door de bedrijfsarts. Dat zijn de volgende:

- a. inlichtingen- en medewerkingsplicht (art. 452 WGBO)
- b. bewaartermijn gezondheidsgegevens (art. 454 lid 3 en 464 lid 2(a) WGBO);
- c. vernietigingsrecht (art. 455 WGBO);
- d. geheimhoudingsplicht (art. 457 WGBO);
- e. verbod van uitsluiting of beperking aansprakelijkheid (art. 463 WGBO); en
- f. blokkeringsrecht (art. 464 lid 2(b) WGBO).

Op deze bepalingen wordt hieronder ingegaan.

Toepasselijkheid van andere wetgeving

Bij de relatie bedrijfsarts–patiënt/werknemer zijn vaak meerdere partijen betrokken. Naast de bedrijfsarts en de patiënt kan worden gedacht aan de arbodienst waarvoor de bedrijfsarts werkzaam kan zijn, de werkgever van de patiënt, het uitvoeringsinstituut werknemersverzekering (UWV) en in sommige gevallen ook de zorgverzekeraar en de inkomensverzekeraar. Naast de WGBO, die bepalingen bevat over de rechtsverhouding

¹⁸ Vgl. HR 16 juni 2000, *JOL* 2000, 345, *NJB* 2000, p. 1338, nr. 152c (weigering inzage in een GAK-dossier). In een eerdere uitspraak bepaalde de Hoge Raad dat een persoon *in beginsel* recht heeft op inzage in het dossier dat een instelling (i.c. de toenmalige GMD) over hem aanlegt, zie HR 2 december 1988, *NJ* 1989, 752.

tussen bedrijfsarts en patiënt/werknemer, zijn er ook andere wetten op deze relatie van toepassing. Te denken valt aan de sociale zekerheidswetgeving, arbowetgeving, het arbeidsrecht (de artikelen in de Wet op de arbeidsovereenkomst over het recht op loondoorbetaling bij ziekte/arbeidsongeschiktheid) en de Wet op de medische keuringen (WMK). Deze wetten stellen soms conflicterende eisen aan de verhouding bedrijfsarts–patiënt/werknemer, als gevolg waarvan op voorhand niet altijd duidelijk is of, en zo ja in hoeverre, WGBO-bepalingen integraal kunnen worden toegepast. De hiermee samenhangende knelpunten worden, daar waar nodig, samen met de bovengenoemde WGBO-rechten die onduidelijkheden oproepen hieronder besproken.

Ad a. inlichtingen- en medewerkingsplicht

De patiënt moet de hulpverlener naar vermogen de inlichtingen en de medewerking geven die deze redelijkerwijs nodig heeft voor het uitvoeren van de behandelingsovereenkomst. In een vrijwillige behandelingsituatie kan de arts nakoming van deze plichten niet afdwingen. Wel kan onjuiste informatie of gebrekkige medewerking tot gevolg hebben, dat de hulpverlener niet aansprakelijk kan worden gesteld voor tekortkomingen in de uitvoering van de behandelingsovereenkomst¹⁹. Het verstrekken van onjuiste informatie of het verlenen van onvoldoende medewerking kan onder omstandigheden voor de hulpverlener ook een reden zijn om de behandelingsovereenkomst op te zeggen.

De inlichtingen- en medewerkingsplicht van de patiënt/werknemer binnen het *arbodomein* vloeit met name voort uit de algemene medewerkingsverplichting met betrekking tot de reïntegratie in art. 7:660a BW. Hieruit volgt dat de zieke werknemer de bedrijfsarts moet informeren over de aard en de oorzaak van zijn ziekte. Tevens vloeit medewerking voort uit art. 7: 629 lid 6 BW waarin staat dat de werkgever bevoegd is de betaling van het loon op te schorten voor de tijd gedurende welke de werknemer zich niet houdt aan door de werkgever schriftelijk gegeven redelijke voorschriften omtrent het verstrekken van inlichtingen die de werkgever nodig heeft om het recht op loon vast te stellen. Op basis van de Arbowet is de werkgever verplicht om zich hiervoor te laten bijstaan door een arbodienst of een te contracteren bedrijfsarts. Het verstrekken van medische informatie door de werknemer aan de arbodienst (en de daar betrokken werkzame functionarissen) of de gecontracteerde bedrijfsarts wordt als een redelijk controlevoorschrift beschouwd. Kiezen voor niet meewerken kan leiden tot opschorting van de loondoorbetaling en zelfs tot ontslag. Op grond van de WBP is de werknemer alleen verplicht die gegevens te verstrekken die *noodzakelijk* zijn om een goed oordeel te geven omtrent de arbeidsongeschiktheid.²⁰

Toestemmingseis versus medewerkingsplicht

Het recht op informatie en het toestemmingsvereiste zoals vastgelegd in de WGBO -samen veelal aangeduid als ‘informed consent’ of gerichte toestemming - zijn wellicht de meest fundamentele patiëntenrechten. Deze rechten hebben uiteraard ook betekenis voor het werkgebied en de beroepsuitoefening van de bedrijfsarts. Wat is nu de rol van de bedrijfsarts in situaties waarin de informed-consent eis en de medewerkingsplicht met elkaar dreigen te botsen? Volgens het Advies ‘WGBO en bedrijfsarts’ is de bedrijfsarts, gelet op zijn eigen verantwoordelijkheid en zijn eigen professionele standaard, altijd gehouden aan de informatieplicht. Indien een patiënt/werknemer vervolgens weigert om de benodigde gegevens te verstrekken of geen medewerking wil verlenen aan een noodzakelijk onderzoek, is dit niet automatisch een rechtvaardiging om af te zien van het geven van een oordeel vanwege een gebrek aan medewerking van de patiënt/werknemer. Dergelijke adviezen

¹⁹ CMT 14 april 1994, TvGR 1995/25.

²⁰ De zieke werknemer en privacy. Regels voor de verwerking van persoonsgegevens van zieke werknemers (hoofdstuk 6), CBP, mei 2004.

kunnen voor de patiënt/werknemer namelijk verstrekkende gevolgen hebben en de vertrouwensrelatie tussen bedrijfsarts en deze ernstig op de proef stellen. De bedrijfsarts wordt daarom geadviseerd eerst na te gaan of aan de volgende zorgvuldigheidseisen is voldaan, voordat hij overgaat tot het voorgenomen onderzoek of een voorstel tot behandeling.

- De patiënt/werknemer dient duidelijk te worden *geïnformeerd* over de aard en de noodzaak van het geneeskundig handelen. Volgens de Hoge Raad mag een bedrijfsarts geen negatief advies afgeven, als de patiënt/werknemer niet voldoende is geïnformeerd over de aard van het onderzoek of de therapie, of indien het onderzoek of de therapie voor betrokkene onevenredig belastend is²¹.
- Het voorgenomen onderzoek is beperkt tot het doel en is tevens *relevant en noodzakelijk* ter bereiking daarvan.
- Het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling staat in redelijke verhouding tot het doel (proportionaliteit) en is de minst belastende methode ter bereiking van dit doel (subsidiariteit).
- Bij een voorgestelde behandeling dient er een redelijke kans te bestaan op succes.
- Het aantal onderzoekshandelingen of behandelingen dient binnen redelijke grenzen te blijven, niet onevenredig bezwaarlijk of belastend te zijn, en de lichamelijke en psychische integriteit van de persoon niet onevenredig zwaar aan te tasten²².

Is aan al deze voorwaarden voldaan en de patiënt/werknemer weigert alsnog een voorgenomen onderzoek of een voorgestelde behandeling, dan dient de bedrijfsarts hiervan aantekening te maken in het dossier. Afhankelijk van de reden van de weigering, waarvan ook aantekening wordt gemaakt in het dossier, vraagt de bedrijfsarts vervolgens, in overleg met de patiënt/werknemer, een ‘second opinion’ aan de medisch directeur, een senior bedrijfsarts of een andere bedrijfsarts. Doel hiervan is om te bezien of het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling inderdaad noodzakelijk is respectievelijk om te toetsen of de patiënt/werknemer een valide reden had om medewerking te weigeren. De bedrijfsarts dient ook hiervan verslag te maken in het dossier. Pas nadat dit traject is gevolgd, kan er een – voor de patiënt/werknemer zo nodig ongunstig – advies uitgaan aan de opdrachtgever.

Ad b. bewaartermijn gezondheidsgegevens

De algemene bewaartermijn van de dossiergegevens is vijftien jaar²³ na vastlegging van de gegevens of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Voor gegevens die zijn geanonimiseerd geldt geen bewaartermijn. Deze kunnen zolang worden bewaard als nodig is voor (mogelijke) onderzoeksactiviteiten. De WGBO-bewaartermijn geldt naar de letter van de wet alleen voor *vrijwillige* handelingen. Gegevens die ‘*in opdracht situaties*’ zijn verzameld, mogen ingevolge de WGBO slechts worden bewaard zolang dit *noodzakelijk* is voor het doel van het onderzoek (art. 464 lid 2(a) WGBO). De WGBO maakt slechts een uitzondering indien ‘het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet.’ Ten aanzien van de gegevens die zijn verkregen en vastgelegd bij een aanstellingskeuring kan dit resulteren in een kortere bewaartermijn. Immers keurlingen wordt volgens de Wet Medische Keuringen (WMK) een week de tijd geboden om een

²¹ Vgl. HR 9 januari 1998, NJ 1998, 456, m.nt. F.C.B. van Wijmen, TvGR 1999/6, m.nt. E.J.C. de Jong. De Hoge Raad gaat er in deze zaak overigens ten onrechte vanuit dat art. 7:464 BW reeds gold.

²² Zie ook A.F. Rommelse, ‘Kan de werknemer worden verplicht een medische behandeling te ondergaan?’, *Sociaal Maandblad Arbeid* 1997, p. 27-53 en J.C.J. Dute, ‘De medewerkingsplicht bij geneeskundig handelen in het sociale zekerheidsrecht’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1988, p. 342-355.

²³ Volgens een wijziging in de WGBO die op 1 februari 2006 in werking trad is de bewaartermijn van tien jaar naar vijftien jaar gebracht. Mogelijk wordt deze wettelijke termijn nog verder verhoogd op basis van het Advies Bewaartermijn patiëntgegevens van de Gezondheidsraad van april 2004. Binnen VWS wordt gewerkt aan een wettelijke regeling voor de lange termijn.

herkeuring aan te vragen, en derhalve dienen de keuringsgegevens (minstens) een *week* te worden bewaard (art. 12 WMK). Een vergelijkbare situatie geldt bij sociaal medische begeleiding (SMB) en bij verplichte keuringen tijdens dienstverband van de werknemer; de gegevens mogen slechts worden bewaard zolang dit noodzakelijk is voor het doel van het onderzoek. Naast het belang van langere bewaring van deze gegevens voor een goede risico-inventarisatie en -evaluatie (RIE), kunnen genoemde gegevens op een later moment ook van grote waarde zijn voor een goede behandeling of begeleiding van de patiënt/werknemer. SMB is immers een doorlopend proces waarbij de verhouding tussen belasting en belastbaarheid over een langere termijn dient te (kunnen) worden gevolgd. En tijdens de aanstellingskeuring kan belangrijke informatie naar boven komen die na indiensttreding voor een goede begeleiding van belang is. Mét toestemming van betrokkene kunnen de aanstellingsgegevens in het dossier worden bewaard. Wordt de kandidaat niet aangenomen dan geldt uiteraard de eerder aangegeven bewaartermijn van een week.

Start en lengte van de bewaartermijn

In het Advies 'Bedrijfsgeneeskundige dossiers'²⁴ wordt gepleit voor een (voorlopige) bewaartermijn van *veertig* jaar, geldend tot 1 april 2010 geldt. Tot die datum is de gewijzigde WGBO-regeling van toepassing, die dan vervangen zal moeten worden door een definitieve nieuwe regeling voor de lange termijn. De in het Advies gekozen termijn van veertig jaar sluit aan bij de bewaartermijn die in het Arbeidsomstandighedenbesluit is opgenomen voor het bewaren van dossiers rond verplichte medische keuringen in het kader van blootstelling aan gevaarlijke stoffen. De bewaartermijn gaat naar de letter van de wet in op het moment dat de gegevens worden vastgelegd. Dat leidt tot een zeer onpraktisch resultaat: de verschillende gegevens die in de loop van een behandeling of begeleiding ontstaan, hebben ieder hun eigen bewaartermijn. In de reguliere zorg is daarom het einde van de behandeling als datum waarop de bewaartermijn een aanvang neemt, gekozen, een uitgangspunt dat breed wordt gedragen²⁵. Binnen de bedrijfsgeneeskunde ligt het voor de hand de bewaartermijn te koppelen aan het einde van het dienstverband van de patiënt/werknemer²⁶. Na afloop van de bewaartermijn worden de gegevens vernietigd. Langer bewaren kan alleen als zich specifieke omstandigheden voordoen. In dat geval moet er een duidelijke relatie aangegeven kunnen worden tussen de omstandigheden en de lengte van de gekozen bewaartermijn²⁷. In 3.1.5 wordt ingegaan op de mogelijkheden die patiënt/werknemer heeft op vernietiging van (bepaalde) gegevens, waardoor de bewaartermijn kan worden bekort.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het redelijk is om, analoog aan de algemene bewaartermijn van de WGBO, een termijn van *vijftien* jaar na het einde van het dienstverband van de patiënt/werknemer aan te houden. Uiteraard moet een (kortere of vaak langere) bewaartermijn worden aangehouden als dat bij of krachtens een specifieke wet is vereist. Bijvoorbeeld zoals hierboven aangegeven in het kader van blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Een ander voorbeeld is het Besluit stralingsbescherming ingevolge welke een bewaartermijn geldt van tenminste dertig jaar nadat de medewerker de handelingen heeft beëindigd.

²⁴ Advies Van de Commissie Wet – en Regelgeving (CWR) aan het NVAB bestuur van november, Utrecht, 2006.

²⁵ Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3, 'Dossier en bewaartermijnen'. Utrecht, juni 2004 (zie p. 32).

²⁶ WGBO en bedrijfsarts. Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Augustus 2000 (zie p. 22).

²⁷ Zie ook Code Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie (Deel C, punt 2). KNMG, december 2006.

In het Advies 'Bedrijfsgeneeskundige dossiers' worden nog twee relevante aandachtspunten genoemd:

- Gaat de werknemer bij een andere werkgever maar aangesloten bij dezelfde arbodienst werken, dan moet een nieuw dossier aangemaakt worden. Wordt hetzelfde dossier gebruikt, dan zal dit met toestemming patiënt/werknemer moeten en zal de cesuur duidelijk moeten zijn, ook als de patiënt/werknemer bij dezelfde bedrijfsarts blijft.
- De bewaarplicht geldt voor alle bedrijfsartsen ongeacht hun 'setting'. Binnen arbodiensten zal de bewaarplicht geregeld worden als een bedrijfsarts niet meer aanwezig is of kan zijn.

Een zelfstandig gevestigd dan wel als solist werkend bedrijfsarts zal een regeling moeten treffen voor het geval hij tijdelijk dan wel blijvend niet meer in staat is zijn praktijk uit te oefenen²⁸. Doel van een dergelijke regeling is het waarborgen van continuïteit in de zorg, van de mogelijkheid tot het uitoefenen van patiëntenrechten en van de bewaarplicht.

Ad c. vernietigingsrecht

De hulpverlener is verplicht de door hem bewaarde dossiergegevens binnen drie maanden na een daartoe strekkend verzoek van de patiënt te vernietigen. De hulpverlener wordt bij een beroep van de patiënt op dit recht van zijn dossierplicht ontslagen. Ook bij elektronisch vernietigen moeten de gegevens daadwerkelijk uit het bestand gehaald worden. Bij voorkeur wordt dan met behulp van een zogenaamde *logfile* geregistreerd wie, wanneer de (soort) gegevens heeft vernietigd. Er zijn slechts twee gronden voor de hulpverlener om het verzoek te weigeren. Ten eerste vanwege een voorschrift of een andere wet (dan de WGBO) die bepaalt dat de gegevens gedurende een bepaalde periode moeten worden bewaard (zie het onderdeel bewaartermijn hierboven). En ten tweede een 'aanmerkelijke belang' van een ander dan de patiënt dat noopt tot bewaring van (bepaalde) gegevens. Heeft de bedrijfsarts of een derde, bijvoorbeeld de werkgever een aanmerkelijk belang bij bewaring (bijvoorbeeld vanwege bewijsvoering bij een ingezette of te verwachten aansprakelijkheidsclaim), dan zal hij dat deugdelijk moeten motiveren. De hulpverlener die de gegevens heeft vastgelegd moet bekijken of genoemde uitzonderingen zich voordoen.

De invulling van het vernietigingsrecht moet ook hier onderscheiden worden naar 'in opdracht' en 'vrijwillige situaties'. In vrijwillige situaties geldt het vernietigingsrecht onverkort. Ook sollicitanten die *niet* zijn aangenomen kan het recht op vernietiging niet worden ontzegd; worden zij wél aangenomen dan mogen deze gegevens met hun toestemming worden opgenomen in het dossier. In het Advies 'Bedrijfsgeneeskundige dossiers' is aangegeven dat de gegevens gedurende maximaal zes maanden apart bewaard moeten worden als de keurling geen toestemming wil geven. Raadpleging daarvan is dan alleen aan de orde als sprake blijkt te zijn van verzwijging van medische gegevens.

Bij andere in opdracht situaties als SMB en verplichte keuringen tijdens dienstverband verzet de aard van de rechtsbetrekking zich tegen het vernietigingsrecht van de patiënt/werknemer. Dit vanwege het aanmerkelijk belang dat de werkgever zal hebben bij bewaring. In de Wet bescherming persoonsgegevens is het vastleggen van gegevens door werkgevers voor dit doel ook met zoveel worden vastgelegd.²⁹ Wel heeft hij daarbij de plicht de gegevens te corrigeren, aan te vullen of verwijderen als deze feitelijk onjuist zijn, onvolledig of niet relevant zijn voor het doel waarvoor ze zijn vastgelegd. Ook mag de patiënt/werknemer desgevraagd zijn eigen visie aan het dossier toevoegen.

²⁸ KNMG Standpunt inzake Overdracht van patiëntendossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging, 2005. Zie www.KNMG.nl/vademecum onder V.10.

²⁹ Art. 21 lid 1 f onder 2^e van de WBP.

Ad d. geheimhoudingsplicht

De geheimhoudingsbepaling in de WGBO beoogt de informationele privacy van de patiënt te waarborgen. Krachtens deze plicht, ook wel aangeduid als het ‘medisch beroepsgeheim’, is het hulpverleners niet toegestaan om aan derden (‘anderen dan de patiënt’) gegevens te verstrekken over de patiënt, tenzij de patiënt hiermee heeft ingestemd of indien bij of krachtens de wet tot verstrekking wordt verplicht³⁰. Een ‘conflict van plichten’ kan onder omstandigheden ook een rechtvaardiging vormen om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Onder ‘anderen dan de patiënt’ wordt niet verstaan degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst (veelal personen met een afgeleide geheimhoudingsplicht) alsmede degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener. Verstrekking van gegevens vindt dan slechts plaats voorzover dat *noodzakelijk* is voor de door hen in dit kader te verrichten werkzaamheden.

Omdat de wetgever problemen heeft voorzien bij bovengenoemde overeenkomstige toepassing van de geheimhoudingsbepaling ingevolge de WGBO op het gebied van de arbeidsomstandigheden en de sociale zekerheid, is besloten de vraag of tot overeenkomstige toepassing van dit artikel moet worden overgegaan, verder uit te stellen tot 2010. Voor de vraag welke uitgangspunten dan wél moeten gelden bij het verstrekken van gegevens door en aan de bedrijfsarts, kan gebruik gemaakt worden van de eerdergenoemde ‘Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie’ van de KNMG en de Leidraad ‘Verwijzen door de bedrijfsarts’ van de NVAB³¹.

Er is veel, ook oudere jurisprudentie over het beroepsgeheim te vinden. Wij beperken ons tot de meer recente uitspraken van de tuchtcolleges. In Bijlage 4 is een samenvatting van relevante uitspraken te vinden.

Gegevensverkeer binnen de arbodienst

Voor gegevensuitwisseling binnen de arbodienst wordt in de KNMG-Code als uitgangspunt gehanteerd, dat alle personen die rechtsreeks bij de uitvoering van de behandeling, hulpverlening of begeleiding van de patiënt/werknemer (door de bedrijfs- of verzekeringsarts) betrokken zijn, *zonder* voorafgaande toestemming van de patiënt/werknemer toegang hebben tot die gegevens, die voor hun taakuitoefening noodzakelijk zijn. Welke dat zijn moet in overleg met de functioneel leider (doorgaans de bedrijfsarts en soms een verzekeringsarts) worden bepaald. Voor alle andere gegevens, die niet voor die taakuitoefening noodzakelijk zijn, is toestemming van de patiënt/werknemer nodig.

De bedrijfsarts is binnen het arbo-domein doorgaans de functioneel leider van de ‘rechtstreeks bij de behandeling betrokkenen’. Het is belangrijk dat volgens duidelijke afspraken/protocollen wordt gewerkt bij deze samenwerking tussen diverse hulpverleners (en hun organisaties). Zo moet bijvoorbeeld nadrukkelijk worden vastgelegd dat er geen medische gegevens worden uitgewisseld door de betreffende hulpverlener/medewerker binnen een bedrijf, met uitzondering van administratieve gegevens, zoals ziek- en hersteldatum.

Tot de ‘rechtstreeks bij de behandeling betrokkenen’ binnen het arbo-domein kunnen in ieder geval de volgende personen behoren: de arboverpleegkundige, doktersassistente en medisch secretaresse en de vervanger van de bedrijfsarts.

³⁰ Bijvoorbeeld verplichte informatieverstrekking door de arbodienst of bedrijfsarts aan het UWV op basis van de Wet SUWI.

³¹ Leidraad ‘Verwijzen door de bedrijfsarts’. NVAB, oktober 2004.

Vrijwillige situaties

Ingeval van vrijwillige situaties is de bedrijfsarts zonder restricties gehouden aan de geheimhoudingsplicht. Dit betekent bijvoorbeeld dat de bedrijfsarts de uitslag van een intredekeuring of een PAGO alleen met toestemming van de patiënt/werknemer aan de werkgever kan verstrekken³². Ook geldt dat voor gegevensverstrekking over de deelname van werknemers aan een PAGO. Groepsverslagen van een PAGO zijn alleen toegestaan als de privacy van de individuele werknemer wordt gegarandeerd.

Als algemeen uitgangspunt hanteert de Code de regel dat bedrijfsartsen voorafgaande gerichte toestemming van de patiënt/werknemer nodig hebben voor informatieverstrekking door en aan behandelend artsen. Alleen als de bedrijfsarts de gegevens *uitsluitend* gebruikt in het kader van door hem te verrichten ‘vrijwillige handelingen’ ten aanzien van de patiënt/werknemer, zoals een periodiek arbeidgezondheidskundig onderzoek of de behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen, mag van ‘veronderstelde’ toestemming worden uitgegaan en hoeft derhalve geen toestemming gevraagd te worden. De meeste bedrijfsartsen verrichten echter taken die zowel ‘vrijwillige handelingen’ als ‘handelingen in opdracht’ omvatten. Om misverstanden te voorkomen worden bedrijfsartsen daarom geadviseerd ook in de ‘vrijwillige’ situatie toestemming te vragen voor gegevensverstrekking.

Dat geldt ook voor verstrekking van gegevens aan anderen dan behandelend artsen. Een aantal specifieke gegevens die zijn verkregen binnen ‘in opdracht’ taken moet op basis van een *wettelijke* plicht worden verstrekt, zie hieronder. Dat geldt bijvoorbeeld voor de uitslag van een aanstellingskeuring die aan de werkgever wordt doorgegeven, of bepaalde gegevens in het kader van de verzuimbegeleiding die aan het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen of het reïntegratiebedrijf worden verstrekt. Daarvoor is dus geen toestemming van de patiënt-werknemer vereist.

Voor gebruikmaking van gegevens die zijn verkregen binnen ‘vrijwillige handelingen’ voor ‘in opdracht’ taken geldt als *hoofregel* dat toestemming van de patiënt/werknemer nodig is. Daarbij kan zich een probleem voordoen, als deze uitdrukkelijk weigert toestemming te geven voor gebruikmaking van bepaalde relevante informatie over een mogelijk ernstige aandoening, verkregen binnen een ‘vrijwillige handeling’. In het uiterste geval zou in zo’n situatie sprake kunnen zijn van een ‘*conflict van plichten*’ en kan de bedrijfsarts onder een aantal strikte voorwaarden deze uitsluitend *noodzakelijke* informatie gebruiken voor een goede begeleiding van de patiënt/werknemer en advisering aan de werkgever. De (cumulatieve!) criteria die richtinggevend kunnen zijn voor de vraag óf sprake is van een ‘conflict van plichten’ situatie zijn³³:

- alles is in het werk gesteld om toestemming van de patiënt/werknemer te verkrijgen;
- de arts is in gewetensnood door het handhaven van het beroepsgeheim;
- het niet doorbreken van het geheim kan voor een ander (verdere) *ernstige schade* opleveren;
- door de geheimdoorbreking kan (verdere) ernstige schade aan de ander worden *voorkomen of beperkt*;
- het geheim wordt zo min mogelijk geschonden en
- de hulpverlener ziet geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen.

Opdracht situaties

Voor gegevens die zijn verzameld in opdracht van een derde geldt een beperking op de geheimhoudingsplicht van de bedrijfsarts. Deze beperking is gebaseerd op de wettelijke verplichting om in dergelijke situaties informatie te verschaffen (BW, WIA, SUWI of WULBZ) of de ‘aard van de rechtsbetrekking’. Dit heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat de

³² Kamerstukken II 1992-1993, 22 898, nr. 3, p. 26.

³³ Ontleend aan H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht, deel 1, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, vierde druk, Houten 2000, Bohn Stafleu Van Lochem, p. 84.

bedrijfsarts zijn geheimhoudingsplicht niet schendt, indien hij na het uitvoeren van een aanstellingskeuring aan de opdrachtgever die informatie verschaft, die voor het doel van de keuring strikt noodzakelijk is³⁴, tenzij de patiënt/werknemer gebruik maakt van het blokkeringsrecht (zie hierna onder ad f.). De bedrijfsarts schendt evenmin zijn geheimhoudingsplicht indien hij na een verplichte keuring in opdracht van de werkgever, de werkgever in kennis stelt van de uitslag/gevolgtrekkingen. Dit kan worden afgeleid uit de aard van de rechtsbetrekking.

Ook in het kader van de verzuimbegeleiding en reïntegratie mag de bedrijfsarts bepaalde gegevens verstrekken aan derden. Met het reïntegratiebedrijf mag hij volgens de Code de volgende gegevens uitwisselen: persoonlijke gegevens, arbeidsongeschiktheidsgegevens, visie van de arbodienst of UWV op de te reïntegreren werknemer. Voor overige gegevensstromen wordt op deze plaats verwezen naar de Code.

Ad e. verbod van uitsluiting of beperking aansprakelijkheid

Ingevolge de WGBO kunnen hulpverleners hun aansprakelijkheid niet contractueel beperken of uitsluiten. Ook de bedrijfsarts is te beschouwen als hulpverlener in de zin van de WGBO. Hij kan dan ook terzake rechtstreeks worden aangesproken door de patiënt/werknemer³⁵. Voor deze aansprakelijkheid kan geen exonatie (bevrijding van een wettelijke verplichting) plaatsvinden. Afhankelijk van de arbeidsrechtelijke relatie tussen arbodienst en bedrijfsarts kan ook de arbodienst als werkgever van de bedrijfsarts aansprakelijk zijn. Volgens het BW is de werkgever namelijk aansprakelijk 'voor de schade aan een derde toegebracht door een fout van een ondergeschikte' voorzover noodzakelijk³⁶. Voor *zelfstandig gevestigde* bedrijfsartsen geldt de aansprakelijkheid van de arbodienst als werkgever dus niet. Deze situatie kan voor de patiënt/werknemer verwarrend zijn, zeker indien een patiënt/werknemer met meerdere bedrijfsartsen al dan niet in dienstverband werkzaam, contact heeft gehad. In de WGBO is een centrale aansprakelijkheid vastgelegd voor een aantal instellingen als bijvoorbeeld ziekenhuizen en verpleeghuizen. Deze regeling is vastgelegd met het oog op het belang van de patiënt/werknemer als hij een claim wil indienen en doet niet af aan de individuele aansprakelijkheid van de bedrijfsarts. Deze wordt dan ook altijd geadviseerd na te gaan of hij (voldoende) verzekerd is voor (individuele en/of collectieve) beroepsaansprakelijkheid en rechtsbijstand en daarvoor (alsnog) een verzekering af te sluiten³⁷.

Omdat de arbodienst (net als bijvoorbeeld huisartsendiensten of -posten) als zodanig niet in de WGBO is genoemd is deze niet aanspreekbaar. De patiënt/werknemer moet de betreffende hulpverlener dan dus rechtstreeks aanspreken in geval van een mogelijke beroepsfout. Hij heeft dan geen verhaalsrecht op de arbodienst, tenzij de arbodienst zoals boven aangegeven als werkgever aansprakelijk is (art. 6:170 BW).

Ad f. blokkeringsrecht

Iemand die in opdracht van een derde, bijvoorbeeld een werkgever, gekeurd wordt door een arts met het oog op het mogelijk aangaan van een *nieuwe* functie, heeft het recht bezwaar te maken tegen het doorgeven van de bevindingen en conclusie van het keuringsonderzoek aan de opdrachtgever. De keurling heeft als eerste het recht de gegevens in te zien voordat deze naar de opdrachtgever gaan. Dit wordt ook wel het *blokkeringsrecht* genoemd en is opgenomen in de WGBO. Het is bedoeld voor situaties waarin behoefte bestaat aan

³⁴ Art. 10 lid 3 WMK.

³⁵ B. Sluijters & M.C.I.H. Biesart, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO*, Zwolle: Tjeenk Willink 1995, p. 140-141.

³⁶ Art. 6:170 BW.

³⁷ Een vergelijkbare aanbeveling is te vinden in de concept Code bedrijfsarts-opdrachtgever van de NVAB, 2006/2007.

bescherming van de positie van de patiënt. En wel omdat de beoordeling van de gezondheidstoestand *niet* op vrijwillige basis gebeurt, zoals bij een bezoek aan de huisarts of specialist, maar in opdracht van een derde. Als uit het keuringsonderzoek al volgt dat betrokkene geen kans maakt op de nieuwe baan, kan hij zijn privacy beschermen door gebruik te maken van het blokkeringsrecht. Voor de duidelijkheid: in vrijwillige situaties zal het blokkeringsrecht niet aan de orde zijn omdat de patiënt altijd zelf bepaalt wie zijn gegevens mogen ontvangen.

Er is veel onduidelijkheid over de definitieve reikwijdte van het blokkeringsrecht. Daarom wordt het in dit Advies kort aangestipt. In 2005 is definitieve wetgeving op dit terrein (opnieuw) uitgesteld³⁸. Dat was al eerder gebeurd in 2000³⁹. In de meeste recente regeling is bepaald dat de betrokkene blokkering niet kan inroepen ten aanzien van keuringshandelingen en -uitslagen tijdens *lopende* functies, opleidingen en verzekeringen. Gebruikmaking van het blokkeringsrecht zou er volgens de toelichting in een *lopende arbeidsverhouding* toe kunnen leiden, dat degene die volgens de keuringsarts (deels) zou moeten stoppen met werken, onverminderd zou kunnen blijven doorwerken. Daardoor zou gevaar voor zichzelf als voor derden kunnen ontstaan.

Het blokkeringsrecht geldt wél als de keuring wordt verricht met het oog op een *nieuwe* functie, opleiding of verzekering.

Ook is het blokkeringsrecht op het terrein van de arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid en voorzieningen, pensioenregelingen en CAO's opnieuw uitgesteld. In de wetstoelichting staat dat voor het verzuimbeleid noodzakelijk is dat de patiënt/werknemer geen blokkeringsrecht heeft met betrekking tot de verstrekking door de bedrijfsarts of de verzekeringsarts van de gegevens die noodzakelijk zijn voor een goed verzuim- en reïntegratiebeleid.

3.1.6 Conclusie

De WGBO brengt de rechten en plichten van de patiënt en arts, ook die van de bedrijfsarts, bijeen in één wettelijke regeling. Binnen de bedrijfsgezondheidszorg kan de WGBO rechtstreeks (dit geldt voor de zgn. vrijwillige handelingen), op overeenkomstige wijze (dit geldt voor de handelingen in opdracht) of in het geheel niet van toepassing zijn (dit geldt bij een risico-inventarisatie en -evaluatie of andere handelingen op ondernemingsniveau).

Voor de bedrijfsarts die uitsluitend behandeltaken -en dus alleen vrijwillige handelingen- verricht, geldt de WGBO zoals onder 3.1 aangegeven, in volle omvang. Heeft de bedrijfsarts een 'dubbelfunctie' en verricht hij zowel vrijwillige als in opdracht handelingen, hetgeen nu voor de meeste bedrijfsartsen (nog) de praktijk zal zijn, dan is de WGBO op een aantal onderdelen volledig (zie 3.1.3) en op de andere onderdelen op overeenkomstige wijze van toepassing (zie 3.1.5). Op handelingen die de bedrijfsarts uitvoert en die geen enkel raakvlak hebben met het behandelen van individuen, is de WGBO (uiteraard) in het geheel niet van toepassing.

3.2 Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)

3.2.1 Algemeen

De consequenties van de WBP zijn voor de gezondheidszorg beperkt. Er bestaan immers al wetten die het vastleggen en verstrekken van gegevens van patiënten specifiek behandelen. Voorbeelden hiervan zijn de WGBO, de Wet op de Medische Keuringen (WMK) en de Infectieziektenwet. De belangrijkste gevolgen van de nieuwe privacywet zijn aanvullende eisen aan artsen of instellingen. Zo is er de plicht om de gegevensverwerking te melden en de

³⁸ Besluit van 22 maart 2005, Staatsblad 2005 174.

³⁹ Besluit van 13 maart 2000, Staatsblad 2000 121.

informatieplicht van de arts of de instelling over de doelen van de gegevensverwerking en de beveiligingseisen. De KNMG brochure 'Privacy -wetgeving en het omgaan met patiëntgegevens'⁴⁰ behandelt de nieuwe privacy-eisen in samenhang met de bestaande wetgeving inzake het omgaan met persoonsgegevens. Dat is gedaan voor verschillende groepen artsen. Per onderdeel is aangegeven voor welke groep de diverse verplichtingen en checklist van belang zijn. Naar deze brochure zal voor de praktische uitvoering van de WBP worden verwezen.

3.2.2 Toepasselijkheid WBP

De WBP is van toepassing als er sprake is van het 'verwerken van persoonsgegevens'. Persoonsgegevens zijn gegevens die informatie bevatten over een persoon die identificeerbaar is. In het algemeen vallen 'patiëntgegevens' onder deze definitie, althans als ze zijn te herleiden tot de individuele patiënt. Geanonimiseerde gegevens, waarmee wordt bedoeld dat met deze gegevens een persoon niet kan worden geïdentificeerd, zijn geen persoonsgegevens. Niet alleen (gecombineerde) gegevens als naam, adres, woonplaats en geboortedatum maar ook foto's, geluidsbanden, chipcards en vingerafdrukken zijn persoonsgegevens.

In de gezondheidszorgpraktijk is de WBP van toepassing op vrijwel alle gegevensverzamelingen die zijn te herleiden tot patiënten/werknemers. Dat geldt zowel voor elektronische als voor handmatige verwerkingen. Uitgezonderd zijn handmatige verwerkingen die niet in een systematisch toegankelijk dossier of systeem worden opgeslagen. Dat is doorgaans echter niet het geval omdat goede toegankelijkheid één van de vereisten is die aan patiëntendossiers wordt gesteld.

In de WBP worden alle verplichtingen rond de privacybescherming van personen over wie gegevens worden verwerkt, bij de 'verantwoordelijke' gelegd. De 'verantwoordelijke' is de (natuurlijke of rechts)persoon die doel en middelen van de gegevensbestanden vaststelt. De 'verantwoordelijke' is aanspreekbaar op het *beheer en het instandhouden* van het elektronisch informatienetwerk en/of de papieren gegevensbestanden. Binnen de bedrijfsgezondheidszorg is de 'verantwoordelijke' doorgaans de (interne of externe) arbodienst of eventueel een werkgever (waarvan de bedrijfsarts in dienstverband werkzaam is, bijvoorbeeld een gezondheidscentrum of health center). Is de bedrijfsarts zelfstandig gevestigd en beheert hij de dossiers zelf, dan is hij ook zelf 'verantwoordelijke'. Wordt het dossierbeheer gedaan binnen de instelling van de opdrachtgever, dan is deze de 'verantwoordelijke'. Maakt hij als zelfstandig gevestigd bedrijfsarts deel uit van een groter verband, bijvoorbeeld een maatschap, een gezondheidscentrum of een andere samenwerkingsvorm, dan wordt vaak gekozen voor een (gezamenlijke of gedelegeerde) 'verantwoordelijke' (vergelijkbaar met een huisartsenpraktijk)⁴¹.

De verantwoordelijke kan ook een 'bewerker' aanstellen. Dit is een persoon of organisatie buiten de dienst, instelling of praktijk, aan wie de 'verantwoordelijke' (een deel van) de gegevensverwerking heeft uitbesteed. De 'bewerker' bewerkt volgens instructies en onder uitdrukkelijke verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke. Voorbeelden van bewerkers zijn: een externe netwerkbeheerder, een servicebureau of een administratiekantoor. Wanneer er een hiërarchische relatie bestaat tussen verantwoordelijke en bewerker is er sprake van (intern) beheer en niet van een bewerker. De bewerker is, naast de verantwoordelijke, aansprakelijk voor eventuele nadelen die iemand ondervindt omdat de privacy-eisen niet zijn nagekomen. De bewerker en zijn medewerkers hebben een geheimhoudingsplicht. Als gegevens extern worden bewerkt, moet de verantwoordelijke een bewerkerscontract opstellen voor de bewerker.

⁴⁰ Zie ook KNMG Handleiding voor artsen Privacy-wetgeving en het omgaan met patiëntgegevens (mei 2001) onderdeel A1 en A2 en onderdeel B, te vinden op www.knmg.nl/vademecum onder V.05.

⁴¹ De diverse vormen van werk- of dienstverband zijn overgenomen uit het onderzoek 'Toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid', zie de referenties.

Los van wie verantwoordelijke of bewerker zijn, zijn voor de *inhoud* van de gegevens die in dossiers worden vastgelegd de artsen en/of andere hulpverleners en medewerkers die deze gegevens vastleggen, *zélf* verantwoordelijk.

3.2.3 Verplichtingen van de 'verantwoordelijke'

De belangrijkste verplichtingen van de 'verantwoordelijke' zijn de volgende:

1. Meldingsplicht

De (eind)verantwoordelijke is verplicht om (elektronische en privacygevoelige papieren) gegevensbestanden bij het College bescherming persoonsgegevens te melden.

2. Informatieplicht

In de WBP is de informatieplicht van de 'verantwoordelijke' belangrijker (of dwingender) geworden. De persoon van wie gegevens worden verwerkt ('de betrokkene') moet worden ingelicht over: wie de 'verantwoordelijke' is, het doel of de doelen van de gegevensverwerking, de wijze waarop de verwerking plaatsvindt en eventuele medegebruikers of ontvangers van de gegevens. De 'verantwoordelijke' is aanspreekpunt voor de patiënt bij vragen over de gegevensverwerking. Ook moet de patiënt worden gewezen op de rechten waarop hij zich kan beroepen. Deze rechten overlappen voor een groot deel met de WGBO-rechten (recht op inzage, afschrift, correctie, aanvulling, afscherming, blokkering en vernietiging). Zie daarvoor 3.2 en onderdeel A 9 van de KNMG brochure.

3. Het treffen van beveiligingsmaatregelen

De verantwoordelijke moet voor 'passende organisatorische en technische beveiligingsmaatregelen' zorgen. Dat betekent onder meer dat hij duidelijk moet maken - bijvoorbeeld via een overzicht- welke personen toegang hebben tot welke gegevens.

Sancties

Als naar het oordeel van het College bescherming persoonsgegevens, de toezichthouder op de WBP, in strijd met de verplichtingen is gehandeld, kan het College een sanctie opleggen (bestuursdwang toepassen, bijvoorbeeld door de 'onrechtmatigheid' op kosten van de overtreder ongedaan te maken, een bevel geven al dan niet in combinatie met een geldboete).

Als een patiënt vindt dat zijn privacybelang is geschonden, kan hij zich tot het tuchtcollege of de rechter wenden.

3.2.4 Toepasselijkheid WBP bedrijfsgezondheidszorg en consequenties

In de WBP is in art. 23 specifiek vastgelegd dat persoonsgegevens over iemands gezondheid door werkgevers of instellingen die te hunnen behoeve werkzaam zijn mogen worden vastgelegd en uitgewisseld, voorzover dat noodzakelijk is voor de reïntegratie of begeleiding van werknemers of uitkeringsgerechtigden in verband met ziekte of arbeidsongeschiktheid. Volgens art. 8 WBP is voor die uitwisseling geen expliciete toestemming van de patiënt/werknemer vereist als deze noodzakelijk is om een wettelijke verplichting tot verstrekking na te komen. In de KNMG Code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie' zijn deze bepalingen uit de WBP en die uit andere relevante wetgeving rond gegevensverstrekking zoals WAO/WIA, WULBZ en SUWI, pragmatisch uitgewerkt⁴² in regels die gelden voor de diverse gegevensstromen tussen (bedrijfs)artsen en andere betrokken medewerkers of instanties. Ook hier zijn de WGBO-eisen leidend daar waar het gaat om de uitwisseling tussen bedrijfs/verzekeringsarts en de curatieve sector (zie *gegevensstroom 5*: toestemming van de patiënt/werknemer vereist tenzij de bedrijfsarts de gegevens uitsluitend gebruikt in het kader van 'vrijwillige handelingen') en tussen bedrijfs/verzekeringsarts en rechtstreeks bij de uitvoering van de behandeling, hulpverlening

⁴² Code Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie. KNMG, december 2006.

of begeleiding binnen het arbo-domein betrokkenen (zie *gegevensstroom 4*: geen toestemming van de patiënt/werknemer vereist voorzover daadwerkelijk 'rechtstreeks betrokken' en de gegevens 'noodzakelijk' voor dezen zijn). De WGBO verhoudt zich dan ook als een 'lex specialis' (bijzonder wet) tegenover de WBP als 'lex generalis' (algemene wet).

De vraag welke verplichtingen ingevolge de WBP van toepassing zijn op de bedrijfsarts, is met name afhankelijk van de *setting*⁴³ waarbinnen hij zijn activiteiten uitvoert. Bij die setting past doorgaans een bepaalde soort handelingen (vrijwillige handelingen of handelingen in opdracht of beide).

- Als de bedrijfsarts in dienstverband werkzaam is bij een interne of externe arbodienst of bijvoorbeeld is gedetacheerd bij een bedrijf of organisatie vanuit de arbodienst of in dienst is van een werkgever, en beide soorten handelingen verricht, dan zijn genoemde 'werkgevers' de 'verantwoordelijke'. Bij hen liggen dan de verplichtingen zoals genoemd in 3.2.3. In die situatie is onderdeel D van de KNMG brochure van toepassing ('artsen die in opdracht van een derde werken').
- Is de bedrijfsarts in dienst van bijvoorbeeld een gezondheidscentrum en verricht hij uitsluitend vrijwillige handelingen binnen dat centrum, dan is de directie/raad van bestuur van het centrum de 'verantwoordelijke' en is onderdeel C van de KNMG brochure van toepassing ('artsen die in een instelling werken').
- De bedrijfsarts die zelfstandig gevestigd is, zal genoemde verplichtingen zelf als 'verantwoordelijke' moeten uitvoeren. Hetzelfde geldt voor de situatie dat de bedrijfsarts zich heeft aangesloten bij een zelfstandige huisartsenpraktijk of eerste lijnsvoorziening; de gezamenlijke leden van de praktijk (veelal heeft de collectiviteit een rechtspersoon) voeren de verplichtingen van de 'verantwoordelijke' gezamenlijk of gedelegeerd (naar een of meer leden) uit. Doorgaans zal deze bedrijfsarts uitsluitend vrijwillige handelingen verrichten. Onderdeel B van de KNMG brochure is dan van toepassing ('artsen die in een zelfstandige praktijk werken'). Verricht de zelfstandig werkzame bedrijfsarts zowel vrijwillige handelingen als handelingen in opdracht (in opdracht van bijvoorbeeld een werkgever of arbodienst), dan zijn zowel de onderdelen B als D van toepassing. Voor toepasselijkheid van de WGBO-eisen ten aanzien van de dossiergegevens wordt verwezen naar 3.1.6.

3.2.5 Conclusie

De WBP is van toepassing als er sprake is van het 'verwerken van persoonsgegevens'. Ook bedrijfsartsen verwerken persoonsgegevens en vallen onder de reikwijdte van de WBP. Voor wat betreft de gegevensvastlegging en -uitwisseling zijn ook hier de WGBO-eisen leidend omdat deze wet een 'lex specialis' van de WBP als 'lex generalis' is. De WGBO-regels gelden dan ook daar waar het gaat om de uitwisseling tussen bedrijfs/verzekeringsarts en de curatieve sector (*gegevensstroom 5*: toestemming van de patiënt/werknemer vereist tenzij de bedrijfsarts de gegevens uitsluitend gebruikt in het kader van 'vrijwillige handelingen') en tussen bedrijfs/verzekeringsarts en rechtstreeks bij de uitvoering van de behandeling, hulpverlening of begeleiding binnen het arbo-domein betrokkenen (voorheen de functionele eenheid; *gegevensstroom 4*: geen toestemming van de patiënt/werknemer vereist voorzover daadwerkelijk 'rechtstreeks betrokken' en de gegevens 'noodzakelijk' voor dezen zijn).

De WBP-verplichtingen zijn met name van belang voor de 'verantwoordelijke' van het gegevensbestand. De 'verantwoordelijke' heeft een meldingsplicht, informatieplicht en moet beveiligingsmaatregelen treffen. Als er een 'bewerker' is benoemd moet hij daarmee een bewerkerscontract sluiten.

⁴³ Daarvoor is gebruik gemaakt van de (hoofd)scenario's genoemd in het onderzoek 'Toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid'. KNMG Beleid & Advisering, maart 2006, pag. 41.

De vraag welke van deze verplichtingen ingevolge de WBP van toepassing zijn op het handelen door de bedrijfsarts, is met name afhankelijk van de *setting* waarbinnen hij zijn activiteiten uitvoert. Bij die setting past doorgaans een bepaalde soort handelingen (vrijwillige handelingen of handelingen in opdracht of eventueel beide). Grofweg kan de volgende *indeling* gemaakt worden:

- de bedrijfsarts werkzaam in dienstverband van een interne of externe arbodienst of de bedrijfsarts is gedetacheerd bij een bedrijf of organisatie vanuit de arbodienst (doorgaans voert hij dan vrijwillige én in opdracht handelingen uit). In deze situatie is de (directie van de) arbodienst de ‘verantwoordelijke’.
- de bedrijfsarts is in dienst van (bijvoorbeeld) een gezondheidscentrum (doorgaans voert hij dan vrijwillige handelingen uit). In deze situatie is (de directie van) het gezondheidscentrum de ‘verantwoordelijke’.
- de bedrijfsarts is zelfstandig gevestigd (doorgaans voert hij dan vrijwillige handelingen of zowel vrijwillige als in opdracht handelingen uit) of heeft zich aangesloten bij een zelfstandige (huisartsen- of eerste lijns)praktijk (doorgaans voert hij dan vrijwillige handelingen uit). In deze situatie is de bedrijfsarts zelf of gezamenlijk met de andere leden van de maatschap, vereniging of andere rechtsvorm de ‘verantwoordelijke’.

Naast de eisen die gelden voor de ‘verantwoordelijke’ (zoals in 3.2.3 aangegeven) gelden voor de individuele bedrijfsarts, afhankelijk van de *soort* handelingen- ook de diverse WGBO-eisen (zoals vermeld in 3.1.3, 3.1.4 en 3.1.5).

3.3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)

3.3.1 Algemeen

Het centrale motief van de wet BIG is het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Daarop zijn de hoofdlijnen van deze wet gebaseerd. Deze zijn: afschaffing van het integrale verbod op de uitoefening van de geneeskunst door onbevoegden (zoals in de Wet op de uitoefening van de geneeskunst) en bescherming van de patiënt door middel van het stellen van regels met betrekking tot :

- titelbescherming en registratie via het BIG-register;
- specialistenregeling (via de specialistenregisters bij de KNMG);
- het strafbaar stellen van het verrichten van voorbehouden handelingen door onbevoegden (een 13 tal categorieën opgenomen in art. 36 van de wet, in de toekomst uitgebreid met een 14^e voorbehouden handeling, het voorschrijven van medicatie, nu nog geregeld in de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening)⁴⁴;
- uitbreiding en herziening van de regeling rond de tuchtrechtspraak (voorheen geregeld in de Medische tuchtwet; de art. 3 beroepen zijn onderworpen aan het tuchtrecht)⁴⁵;
- de mogelijkheid om maatregelen wegens ongeschiktheid te nemen (de beoordeling of een arts of een andere art. 3 hulpverlener feitelijk ongeschikt is het beroep waarvoor men ingeschreven staat, uit te oefenen vanwege een geestelijke of lichamelijke ziekte, dan wel wegens drankmisbruik of misbruik van verdovende middelen).

⁴⁴ Onder voorwaarden mogen voorbehouden handelingen ook ‘in opdracht’ worden uitgevoerd, bijvoorbeeld een arts geeft een doktersassistente een opdracht om een injectie te geven. De assistente moet dan wel bekwaam zijn, de arts moet zonnodig aanwijzingen geven en hij moet toezicht verzekeren. Verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen zijn ‘functioneel zelfstandig’ om bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten, dat wil zeggen dat zij dit zonder toezicht van de arts mogen doen. Wel blijft een opdracht van een bevoegde nodig.

⁴⁵ Meer uitgebreide informatie over het medisch tuchtrecht is te vinden in het KNMG Consult ‘Arts en klacht of geschil’, Utrecht, maart 2000, zie www.knmg.nl/vademecum onder VIII.02.

Van belang voor dit advies is, dat de beroepsuitoefening door alle beroepsbeoefenaren ingevolge de Wet BIG, dus ook door bedrijfsartsen, alleen is toegestaan aan degenen die hiertoe *bevoegd én bekwaam* zijn. Dat geldt niet alleen voor de hierboven genoemde voorbehouden handelingen, maar voor alle handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg⁴⁶. Artsen zijn voor het verrichten van al deze handelingen bevoegd, maar dat wil nog niet zeggen dat zij daarmee zonder meer al deze handelingen mogen verrichten. De Wet BIG stelt namelijk bekwaamheid als voorwaarde voor het uitvoeren van deze handelingen. Of een arts bekwaam is een bepaalde handeling te verrichten, wordt in beginsel door de arts zelf bepaald. Kan de arts deze bekwaamheid redelijkerwijs bij zichzelf niet veronderstellen, dan is het deze arts niet toegestaan de handeling te verrichten. Overtreding hiervan is strafbaar gesteld in de artt. 96 en 97 Wet BIG en dat kan tevens tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid ingevolge de Wet BIG leiden. De normen waaraan de tuchtrechter toetst zijn:

- heeft het handelen of nalaten strijd opgeleverd met de zorg die een beroepsbeoefenaar behoort te betrachten ten opzicht van de patiënt of diens naasten
- heeft het handelen of nalaten strijd opgeleverd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg⁴⁷.

De tuchtrechter zal daarbij gebruik maken van relevante (NVAB, NHG, KNMG etc.) Standaarden en Richtlijnen.

Het voorgaande impliceert dat de bedrijfsarts die (curatieve) handelingen gaat verrichten waarin hij niet of onvoldoende ervaren en/of geschoold is (bijvoorbeeld omdat die op dit moment nog geen onderdeel uitmaken van de (huidige) opleidingseisen waaraan hij moet voldoen), bij- en nascholing zal moeten volgen wil hij bekwaam geacht worden voor het uitvoeren van deze handelingen. Dat geldt voor alle bedrijfsartsen die deze handelingen (gaan) verrichten, ongeacht in welke *setting* (vanuit een arbodienst, als zelfstandig gevestigde bedrijfsarts, als onderdeel van een eerstelijnsvoorziening etc., zie 3.2.4) zij die taken uitvoeren. Het College Sociale Geneeskunde zal daarvoor aanvullende opleidingseisen moeten opstellen en de SGRC zal daarop bij (her)registratie moeten toetsen.

Met de Wet BIG wordt, naast de bepalingen met betrekking tot de onderwerpen die hierboven zijn genoemd, beoogd via een aantal specifieke bepalingen verbetering van de *kwaliteit* van de beroepsuitoefening in de individuele zorg te bereiken. Zowel individuele aanbieders van zorg als instellingen moeten verantwoorde zorg verlenen en zij dienen bewust met de kwaliteit van door hen aangeboden zorg om te gaan. De Wet BIG stelt in art. 40 kwaliteitseisen aan die beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg, die zijn geregeld bij art. 3 en art. 34 Wet BIG⁴⁸. Daaronder vallen dus bijvoorbeeld huisartsen, bedrijfsartsen, verpleegkundigen etc. (art. 3-beroepen) en verzorgenden (art. 34 beroep). Daaronder vallen bijvoorbeeld geen doktersassistenten. Die kwaliteitseisen hebben ondermeer

⁴⁶ Ingevolge art. 1 lid 1 van de Wet BIG zijn dat: alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken en ingevolge lid 2 zijn dat: alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen- rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen, het bij een persoon afnemen van bloed of wegnemen van weefsel voor andere doeleinden dan die hiervoor bedoeld of het wegnemen van weefsel bij een overledene en het verrichten van sectie.

⁴⁷ Zie ook het KNMG Consult 'Arts en klacht of geschil', Utrecht maart 2000, zie www.knmg.nl/vademecum onder VIII.02.

⁴⁸ Art. 3-beroepen: arts, tandarts, verloskundige, apotheker, verpleegkundige, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, fysiotherapeut. Art. 34-beroepen: apothekersassistent, diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut, heilgymnast-masseur, huidtherapeut, optometrist, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant, tandprotheticus, verzorgende.

betrekking op het organiseren van de beroepsuitoefening op zodanige wijze dat verantwoorde zorg kan worden geboden waaronder behoort het zich voorzien van voldoende materieel en het voeren van systematische kwaliteitsbewaking en –verbetering.

De kwaliteitsbepalingen van de Wet BIG kunnen niet los worden gezien van de *Kwaliteitswet zorginstellingen* (KWZ). De KWZ geeft globale normen voor de kwaliteit van zorg. De eigen verantwoordelijkheid van de instelling voor kwalitatief goede zorg is het uitgangspunt. De instelling moet de algemene eisen die de wet stelt zelf nader uitwerken en invullen. Waar de Wet BIG gericht is op bevordering en bewaking van zorg die door een *individuele* beroepsbeoefenaar wordt verleend, stelt de KWZ kwaliteitseisen voor de zorgverlening in *organisatorisch* verband (‘instelling’). Degene die een instelling in stand houdt is de ‘zorgaanbieder’. De KWZ is bedoeld voor het verlenen van zorg ‘als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet (nu Zorgverzekeringswet) en de AWBZ’⁴⁹. Op (de arbozorg die wordt verleend vanuit) arbodiensten is de KWZ daarmee niet van toepassing⁵⁰. Dat zou anders zijn als vanuit arbodiensten ook (deels) eerstelijnszorg zou (gaan) worden verleend, zie 3.5.2. De ZVW zou daarmee van toepassing worden. Wel gelden kwaliteitseisen ingevolge de Arbowet voor de verplicht door de werkgever voor specifieke taken in te schakelen arbodienst of deskundigen⁵¹. Daar waar een bedrijfsarts (als ‘gecertificeerde’ deskundige) moet worden ingeschakeld, moet het gaan om een op grond van de Wet BIG geregistreerde specialist. Deze registratie vormt dus de minimale kwaliteitseis waaraan in die situaties moet worden voldaan. De arbeidsinspectie is de overheidsinstantie die moet controleren of de Arbowet in bedrijven wordt nageleefd. Bedrijfsartsen die andere taken verrichten dan die welke krachtens de Arbowet verplicht door of onder verantwoordelijkheid van een bedrijfsarts moeten worden vervuld, behoeven voor die taken geen specialisatie als bedrijfsarts. Uiteraard gelden de reeds besproken eisen (zoals bevoegd- en bekwaamheid) ingevolge de Wet BIG onverkort.

Zorg ‘als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet (nu Zorgverzekeringswet) en de AWBZ’ kan ook door een particuliere verzekering gedekte hulpverlening zijn. Dit impliceert bijvoorbeeld dat een bedrijfsarts die is aangehaakt bij een huisartsen- of andere eerstelijnspraktijk of bij een gezondheidscentrum en daar de ‘specialist’ is voor arbeidsrelevante problematiek, binnen het organisatorisch verband (‘instelling’) onder de KWZ-eisen valt. Dat heeft als consequentie dat (het bestuur/management van) de praktijk of het gezondheidscentrum moet zorgdragen voor verantwoorde zorg; zorg van een goed niveau, (doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht), dat er een kwaliteitssysteem moet zijn en een kwaliteitsjaarverslag moet worden uitgebracht⁵². Kort samengevat is de KWZ van toepassing op alle instellingen in de zorgsector, dus op ziekenhuizen, verpleeghuizen, RIAGG's, privé-

⁴⁹ Art.1 sub 1a KWZ.

⁵⁰ Vergelijk de overeenkomstige reikwijdte ingevolge de KWCZ in 3.4.1.

⁵¹ Sinds 1 juli 2005 was een werkgever niet langer verplicht voor het leveren van arbozorg een arbodienst te contracteren. Dat gold echter niet voor een aantal specifieke taken zoals ziekteverzuimbegeleiding, arbeidsomstandighedensprekuren, PAGO/PMO en evt. aanstellingskeuring; daarvoor moet een bedrijfsarts -al dan niet in dienst van een arbodienst- gecontracteerd zijn. Op 7 april 2005 is een voorstel tot wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet 1998 ingediend in verband met een gewijzigde organisatie van de deskundige bijstand bij het arbeidsomstandighedenbeleid en de daarmee samenhangende bepalingen (artikel 13: Bijstand deskundige werknemers op het gebied van preventie en bescherming, artikel 14: Maatwerkregeling aanvullende deskundige bijstand bij specifieke taken op het gebied van preventie en bescherming en artikel 14a: Vangnetregeling aanvullende deskundige bijstand op het gebied van preventie en bescherming). Doel van de wijziging is de verantwoordelijkheid van werkgever en werknemers voor het arbobeleid te vergroten. Het voorstel is in september aangenomen door de Tweede Kamer en ligt nu voor bij de Eerste Kamercommissie voor SZW; de verwachting is dat het wetsvoorstel per 2007 van kracht wordt (Kamerstukken 29 814). Zie ook de Wijziging Arbeidsomstandighedenregeling. Staatscourant 24 juni 2005, p.13.

⁵² Artikelen 2, 4 en 5 KWZ.

klinieken⁵³ etc. Ook gezondheidscentra en bijvoorbeeld huisartsenpraktijken vallen onder de reikwijdte.

Is de bedrijfsarts als zelfstandig gevestigde arts werkzaam, dan is niet de KWZ maar de Wet BIG op hem van toepassing. Dat geldt los van de vraag of hij vrijwillige handelingen en/of handelingen in opdracht verricht. Belangrijk te vermelden is nog wel, dat in de situatie dat een maatschap of bijvoorbeeld een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) waarbij de bedrijfsarts zich heeft aangesloten, zorg verleent binnen een groter organisatorisch verband zoals een ziekenhuis of een gezondheidscentrum, de verplichtingen van de KWZ alleen voor de *overkoepelende* instelling gelden. Is de Kwaliteitswet inderdaad van toepassing, dan richt deze wet zich dus *niet* tot de individuele beroepsbeoefenaar, maar tot de zorgaanbieder. Is de bedrijfsarts in dienst van een gezondheidscentrum dan gelden de KWZ-eisen voor de instelling.

3.3.2 Verplichtingen ingevolge de Wet BIG

Zoals aangegeven in 3.3.1 stelt de Wet BIG een aantal regels met betrekking tot titelbescherming en registratie, de specialistenregeling, het strafbaar stellen van het verrichten van voorbehouden handelingen door onbevoegden, de tuchtrechtspraak en de mogelijkheid om maatregelen te nemen wegens ongeschiktheid. In 3.4.1 werd daarop al wat nader ingegaan. Kortheidshalve wordt voor een uitgebreide toelichting verwezen naar het KNMG Consult 'Arts en Wet BIG'⁵⁴. Artikel 40 van de Wet BIG vereist van individuele artsen (of andere hulpverleners) ook een aantal inspanningen op het gebied van kwaliteit van zorg, die vrijwel identiek zijn aan de verplichtingen die uit de Kwaliteitswet voor de instellingen voortvloeien (zie 3.3.3). Opvallend verschil met de Kwaliteitswet is dat de solistisch werkzame hulpverlener niet de plicht heeft een jaarverslag over het gevoerde kwaliteitsbeleid op te stellen. Uitgangspunt is vooral dat de invulling van de kwaliteitseisen voornamelijk aan de praktijk zelf wordt overgelaten, waarbij andere regelgeving, gedragscodes, jurisprudentie etc. een rol moeten spelen. De professionele ervaring en het gezond verstand worden in de toelichting bij de KWZ daarbij als belangrijke leidraad voor de hulpverlener genoemd.

Als de inspecteur voor de gezondheidszorg meent dat de hulpverlener de verplichtingen die uit de Wet BIG met betrekking tot de kwaliteitszorg voortvloeien onvoldoende nakomt, kan hij een bevel tot het nemen van maatregelen geven. De minister kan daar eventueel een dwangsom aan koppelen. Een hulpverlener is verplicht aan een bevel van de inspecteur gehoor te geven⁵⁵.

3.3.3 Verplichtingen ingevolge de KWZ

De zorgaanbieder moet aan een aantal globaal geformuleerde eisen voldoen. Ten eerste moet de zorgaanbieder 'verantwoorde zorg' aanbieden (zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend)⁵⁶. Vervolgens moet de zorgaanbieder ervoor zorgen dat de organisatie binnen de instelling zodanig is dat deze leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. De resultaten van het overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties moeten daarbij betrokken worden⁵⁷. Ten derde dient een zorgaanbieder de kwaliteit van zorg binnen de instelling systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren⁵⁸. Tenslotte moet de zorgaanbieder middels een openbaar verslag jaarlijks voor

⁵³ Ingevolge Besluit van 24 januari 2005, Staatsblad 2005, 63.

⁵⁴ Zie ook KNMG Consult 'Arts en Wet BIG', Utrecht, oktober 1998, zie www.knmg.nl/vademecum onder IV.02.

⁵⁵ Art. 87a en 100b Wet BIG.

⁵⁶ Art. 2 KWZ.

⁵⁷ Art. 3 KWZ.

⁵⁸ Art. 4 KWZ.

1 juni verantwoording afleggen over het beleid dat met het oog op het voorgaande is gevoerd en over de kwaliteit van zorg die in het afgelopen jaar is bereikt⁵⁹. Medio 2005 is er een extra verplichting bijgekomen: de zorgaanbieder moet calamiteiten en seksueel misbruik waarbij een patiënt, cliënt of hulpverlener van de organisatie is betrokken, aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) melden. Een melding van een calamiteit kan aanleiding zijn voor een inspectie-onderzoek naar de kwaliteit van zorgverlening⁶⁰. Niet naleven van de meldingsplicht kan zelfs leiden tot hechtenis of een geldboete⁶¹. Niet naleving van de overige verplichtingen kunnen voor de minister van VWS aanleiding zijn een schriftelijke aanwijzing te geven om maatregelen te treffen. Is ingrijpen op korte termijn noodzakelijk dan kan de inspecteur een bevel tot het nemen van maatregelen geven, eventueel met oplegging van een dwangsom⁶². Omdat de KWZ de eerste verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde zorg bij de instelling zelf legt, zal het accent bij het toezicht vooral liggen op de manier waarop een instelling de eigen kwaliteit bewaakt, beheerst en verbetert. De overheid blijft eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening in Nederland.

3.3.4 Conclusie

De Wet BIG is van toepassing op *individuele* beroepsbeoefenaren; de KWZ is van toepassing op de (kwaliteit van) zorg die wordt verleend vanuit een *organisatorisch* verband en richt zich derhalve tot de instelling. Degene die een instelling in stand houdt wordt in de KWZ de 'zorgaanbieder' genoemd. Arbozorg als zodanig valt niet onder 'zorg' als bedoeld in de KWZ. Indien vanuit arbodiensten (deels) ook eerstelijnszorg zou (gaan) worden verleend, dan zou daarmee de KWZ ook van toepassing zijn op arbodiensten als 'zorgaanbieder'. Op de arbozorg die wordt verleend vanuit de arbodiensten is de KWZ niet van toepassing, maar gelden wel kwaliteitseisen ingevolge de Arbowet, zoals in 3.3.1 aangegeven.

Uit zowel de Wet BIG als de KWZ vloeit een aantal vergelijkbare verplichtingen voort, zoals het bieden van 'verantwoorde zorg' (zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend) en het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Verschil is wel dat de solistisch werkzame hulpverlener geen jaarverslag over het gevoerde kwaliteitsbeleid hoeft op te stellen.

Is de bedrijfsarts als zelfstandig gevestigde arts werkzaam, dan is niet de KWZ maar de Wet BIG op hem van toepassing. Dat geldt los van de vraag of hij vrijwillige handelingen en/of handelingen in opdracht verricht. Heeft de bedrijfsarts zich aangesloten bij een zelfstandige (huisartsen- of eerste lijns)praktijk, dan is de KWZ van toepassing. Echter, in de situatie dat een maatschap of bijvoorbeeld een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) zorg verleent binnen een groter organisatorisch verband zoals een ziekenhuis of een gezondheidscentrum, dan gelden de verplichtingen van de Kwaliteitswet alleen voor de *overkoepelende* instelling (en dus niet voor de individuele beroepsbeoefenaren die daarbinnen werkzaam zijn).

Los van de vraag of de Wet BIG dan wel de KWZ van toepassing is op de (kwaliteit van) zorg die wordt geboden, is *iedere* individuele beroepsbeoefenaar integraal onderworpen aan de verplichtingen die volgen uit de Wet BIG, zoals de (her)registratie, de eis van bevoegd- én bekwaamheid voor het verrichten van alle handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg en is deze onderworpen aan het *medisch tuchtrecht*. Dat geldt ook voor bedrijfsartsen die handelingen ingevolge de Wet BIG uitvoeren, ongeacht in welke *setting* zij dit doen (vanuit een arbodienst, als zelfstandig gevestigde bedrijfsarts, als onderdeel van een

⁵⁹ Art. 5 KWZ.

⁶⁰ Art. 4a KWZ.

⁶¹ Art. 71 KWZ.

⁶² Art. 7-14 KWZ.

eerstelijnsvoorziening etc., zie 3.2.4). Dit betekent dat de bedrijfsarts die nieuwe (curatieve) handelingen gaat verrichten waarin hij niet of onvoldoende is geschoold, bij- en nascholing zal moeten volgen wil hij *bekwaam* geacht worden voor het uitvoeren van deze handelingen. Het College Sociale Geneeskunde zal daarvoor aanvullende opleidingseisen moeten gaan opstellen en de SGRC zal daarop bij (her)registratie moeten toetsen.

3.4 Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)

3.4.1 Algemeen

In de WKCZ wordt de zorgaanbieder verplicht tot het treffen van een regeling voor de behandeling van klachten over 'een gedraging van hem, of van voor hem werkzame personen jegens een patiënt'. De WKCZ is van toepassing op 'elk in de maatschappij als zelfstandige eenheid optredend organisatorisch verband waarin *zorg* wordt verleend *zoals omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet (nu Zorgverzekeringswet) en de AWBZ*', de wet op de bejaardenoorden dan wel op het terrein van de kinderopvang, het algemeen maatschappelijk werk, de maatschappelijke opvang en het welzijn van ouderen dan wel de verslavingszorg. De reikwijdte is praktisch gelijk aan die van de KWZ, zie 3.3.1. Derhalve vallen ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor geestelijk gehandicapten, gezondheidscentra, riagg's en particuliere instellingen als privé-klinieken onder de werkingssfeer. Ook de GGD-en zijn er specifiek ondergebracht. De WKCZ-eisen gelden eveneens voor alle *zelfstandig gevestigde* beroepsbeoefenaren die buiten of binnen een *instelling (uitsluitend* vallend onder bovengenoemde begripsomschrijving) individueel dan wel gezamenlijk werkzaam zijn, zoals medisch specialisten, huisartsen (en eventueel ook bedrijfsartsen, zie hieronder), vrijgevestigde fysiotherapeuten en verloskundigen etc. Voor de overige sectoren waarin sociaal geneeskundigen zoals *bedrijfsartsen of verzekeringsartsen* werkzaam zijn, bijvoorbeeld arbodiensten, het UWV, reïntegratiebedrijven etc. is de WKCZ niet van toepassing⁶³. Indien echter vanuit arbodiensten (deels) ook eerstelijnszorg zou (gaan) worden verleend, dan zou daarmee de ZVW en daarmee ook de WKCZ van toepassing zijn op arbodiensten. De praktijk is reeds nu zo, dat binnen bijvoorbeeld arbodiensten vrijwel altijd een klachtenregeling aanwezig is, doorgaans afgeleid van de in de WKCZ beschreven regeling. Dat is zowel in het belang van de patiënt/werknemer als van de bedrijfsarts en opdrachtgever; klachten kunnen laagdrempelig worden aangekaart, besproken en mogelijk naar tevredenheid worden opgelost. Het staat de patiënt/werknemer overigens altijd nog vrij naar een andere instantie te stappen, zoals de tuchtrechter of de civiele rechter.

In het geval de *bedrijfsarts* onderdeel uitmaakt van een eerstelijnsvoorziening, zoals van een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum waarop de WKCZ wél van toepassing is, en daar bijvoorbeeld arbeidsrelevante klachten behandelt, andere curatieve handelingen verricht of keuringen doet, zal de WKCZ, naast de andere daar werkzame hulpverleners en medewerkers óók op hem van toepassing zijn. Dit staat los van de vraag of de bedrijfsarts 'vrijwillige dan wel in opdracht handelingen' verricht. Het van toepassing zijn van de WKCZ betekent dat de patiënt/werknemer een klacht tegen hem of meerdere hulpverleners kan indienen bij de daarvoor ingestelde klachtencommissie, als hij meent dat de hulpverlener of de andere medewerkers onzorgvuldig hebben gehandeld. De klacht zal dan ingediend kunnen worden bij de klachtencommissie waarbij de huisartsen of het gezondheidscentrum is aangesloten. Klachten over de uitvoering van *aanstellingskeuringen* door de bedrijfsarts kunnen ingevolge de op 1 april 1999 van kracht geworden Wet op de medische keuringen bij een speciale commissie (de Commissie Klachtenbehandeling Aanstellingskeuringen) worden ingediend.

⁶³ Kastelein W.R. Wet klachtrecht cliënten zorgsector op 1 augustus van kracht. Medisch Contact 1995; 29/30: 931-2.

De Commissie stuurt haar (overigens niet bindende) oordeel naar de klager en aangeklaagde⁶⁴.

3.4.2 Verplichtingen ingevolge de WKCZ

Als de WKCZ van toepassing is dan heeft dat een aantal consequenties. De instelling of de individuele beroepsbeoefenaar moet een *klachtencommissie* instellen van minimaal drie leden, onder wie een onafhankelijke voorzitter. Een individuele beroepsbeoefenaar kan er ook voor kiezen aan te sluiten bij een bestaande klachtencommissie, bijvoorbeeld binnen het ziekenhuis of de Districthuisartsenvereniging (DHV). De werkzaamheden van de leden moeten volgens een reglement uitgevoerd worden (termijnen indienen en behandelen van de klacht, wie klachtgerechtigd zijn, hoor en wederhoor, de commissie mag in het oordeel ook aanbevelingen of adviezen geven waarop de aangeklaagde moet kunnen reageren etc.). In het KNMG Consult 'Arts en klacht of geschil' wordt het klachtrecht ingevolge de WKCZ uitgebreid beschreven⁶⁵. In het KNMG Vademecum is de Klachtenrichtlijn gezondheidszorg opgenomen zoals die is opgesteld door de gezamenlijke koepelorganisaties binnen de gezondheidszorg⁶⁶.

Ook is de instelling of individuele beroepsbeoefenaar verplicht jaarlijks voor 1 juni een openbaar verslag aan de IGZ te sturen, waarin o.a. aantal en aard van de behandelde klachten en maatregelen worden aangegeven⁶⁷. Daarnaast moeten klachtencommissies de instelling in kennis stellen van ernstige situaties met een structureel karakter (structurele situaties van onverantwoorde zorg). Als (na de klachtenbehandeling) blijkt dat de zorgaanbieder hiertegen geen maatregelen treft, is de commissie verplicht dit te melden bij de IGZ⁶⁸. De Inspectie ziet ook hier toe op naleving van de wet. De minister kan bij niet of onvoldoende naleven van de WKCZ een schriftelijke aanwijzing geven en zonodig bestuursdwang toepassen met een dwangsom⁶⁹ (zie ook 3.4.2 en 3.4.3).

3.4.3 Conclusie

De WKCZ is niet van toepassing voor de sectoren waarin doorgaans alleen sociaal-geneeskundige taken worden verricht door sociaal geneeskundigen zoals bedrijfsartsen of verzekeringsartsen. De WKCZ is dus niet van toepassing op arbodiensten, het UWV, reïntegratiebedrijven etc, maar weer wel op GGD'n. Indien echter vanuit arbodiensten (deels) ook eerstelijnszorg zou (gaan) worden verleend, dan zou daarmee de WKCZ ook van toepassing zijn op arbodiensten. Dat zou dan niet echt grote consequenties hebben omdat in de praktijk binnen arbodiensten nu ook vrijwel altijd met een klachtenregeling wordt gewerkt, doorgaans afgeleid van de in de WKCZ beschreven regeling.

Zelfstandig werkende bedrijfsartsen of bedrijfsartsen die onderdeel uitmaken van een eerstelijnsvoorziening, zoals van een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum waarop de WKCZ wél van toepassing is, en die arbeidsrelevante klachten behandelen, andere curatieve handelingen verrichten of (al dan niet verplichte) keuringen doen, vallen wél onder de reikwijdte van de WKCZ. Deze is dan op hen, evenals op de andere hulpverleners en medewerkers van toepassing. De hulpverleners kunnen gezamenlijk besluiten daarvoor één klachtenregeling in te stellen ofwel aan te haken bij de klachtenregeling die binnen de instelling of het centrum geldt. Patiënten/werknemers die vinden dat de bedrijfsarts en/of

⁶⁴ Zie www.aanstellingskeuringen.nl.

⁶⁵ Zie www.knmg.nl/vademecum onder VIII.01.

⁶⁶ Zie www.knmg.nl/vademecum onder VIII.02.

⁶⁷ Art. 2 WKCZ.

⁶⁸ Art. 2a en art. 4 WKCZ.

⁶⁹ Art. 3 WKCZ.

ondersteunende medewerkers (zoals doktersassistenten, (praktijk)verpleegkundigen etc.) onzorgvuldig hebben gehandeld, kunnen een klacht bij de daarvoor ingestelde klachtencommissie indienen. Dit staat los van de vraag of de bedrijfsarts 'vrijwillige' dan wel 'in opdracht handelingen' verricht.

3.5 Zorgverzekeringswet (ZVW)

3.5.1 Algemeen

De kern van het nieuwe zorgstelsel is de omslag van aanbodsturing met veel overheidsbemoeienis naar een vraaggerichte zorg met meer vrijheden én verantwoordelijkheden voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het verzekerde pakket is *functioneel* omschreven in de ZVW. Alleen de aard, inhoud en omvang van de zorg worden wettelijk geregeld. De vraag door *wie* en *waar* zorg moet worden verleend, is niet langer voorgeschreven. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid hun polissen op die punten aan te vullen naar gelang de behoeften van de praktijk. Dit biedt verzekeraars en patiënten meer keuzevrijheid welke uiteraard niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van zorg. Het kwaliteitsbeleid (registratie- en herregistratie-eisen) van de in de Wet BIG geregelde beroepen is één van de waarborgen om patiënten te beschermen tegen onoordeelkundig handelen van andere hulpverleners, zoals verpleegkundigen.

3.5.2 Functiegerichte zorg

De ZVW legt aan burgers en verzekeraars de verplichting op met elkaar zorgverzekeringsovereenkomsten te sluiten die aan bepaalde bij en krachtens de ZVW omschreven eisen voldoen. Daarmee komt een privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel tot stand. De ZVW bepaalt dat zorgverzekeraars een acceptatieplicht hebben ten aanzien van iedere verzekeringsplichtige. De vormen van zorg die de zorgverzekeraar moet verstrekken zijn *functiegericht* omschreven. Dat wil zeggen dat bij of krachtens de ZVW de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren zorg wordt geregeld, maar dat *niet* wordt bepaald welke zorgverleners de te verzekeren zorg moeten verlenen of waar dat geschiedt.

In artikel 10 onder a van de Zorgverzekeringswet is vastgelegd '*dat de krachtens de zorgverzekering te verzekeren geneeskundige zorg ook omvat de integrale eerstelijnszorg*'. De wetgever heeft weliswaar vastgehouden aan de functiegerichte omschrijving van geneeskundige zorg, maar heeft wel benadrukt dat die zorg integraal moet worden verleend en op een wijze zoals dat nu al in de eerste lijn gebruikelijk is. De verwijzing naar '*zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden*' impliceert niet dat uitsluitend huisartsen en/of verloskundigen die zorg kunnen bieden, maar heeft betrekking op de afbakening van de aard, omvang en impliciet ook het kwaliteitsniveau van die integrale eerstelijnszorg. Het betreft een typering van het soort zorg en *niet* de typering van het soort zorgverleners. De bedoeling is dat in de praktijk hierdoor meer diversiteit in het aanbod van 'integrale eerstelijnszorg' ontstaat en er ook ruimte ontstaat voor taakherschikking en/of nieuwe vormen van samenwerking. Door de regering is dan ook expliciet gesteld dat '*de nieuwe structuur van avond-, nacht- en weekenddiensten, de taakherschikking binnen de gezondheidszorg en andere ontwikkelingen met zich meebrengen, dat de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden lang niet meer uitsluitend door de huisartsen wordt verleend. Praktijkverpleegkundigen, doktersassistenten, bedrijfsartsen en GGD-artsen zijn taken gaan overnemen. Daarnaast zijn er nieuwe beroepsgroepen, de nurse-practitioner en de physician assistant, die taken op dit gebied gaan verrichten*'.

De flexibiliteit die de functionele omschrijving van geneeskundige zorg biedt, impliceert ook dat er nieuwe mogelijkheden ontstaan om bijvoorbeeld het domein van de door huisartsen verleende zorg uit te breiden door aspecten van medisch-specialistische zorg in de eerste lijn aan te (gaan) bieden. Het door huisartsen bestreken domein kan derhalve toenemen als huisartsen taken over- c.q. terugnemen van de tweedelij, maar er kunnen ook onderdelen afvallen, als huisartsen bepaalde taken overdragen c.q. overlaten aan andere beroepsbeoefenaren. Een voorbeeld daarvan kan zijn het behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen door bedrijfsartsen, die voor die taak bijvoorbeeld onderdeel kunnen uitmaken van een huisartsenpraktijk of eerstelijns voorziening. Omdat in art. 10 onder a. van de ZVW wordt gesproken over ‘...geneeskundige zorg zoals die door huisartsen...pleegt te geschieden..’ en in art. 14 lid 2 over ‘... geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden...’ heeft dat wel implicaties voor het kunnen bieden van *continuïteit van zorg* in het geval deze handelingen door bijvoorbeeld bedrijfsartsen worden uitgevoerd. Huisartsen en medisch-specialisten ‘plegen’ immers 24 uur op een dag zorg te kunnen (laten) bieden en hebben daarvoor waarneming of achterwachten geregeld. Een bedrijfsarts op een eenmanspost zal bijvoorbeeld goede afspraken moeten maken met een collega over waarneming door een andere bekwame arts bij ziekte of afwezigheid, ook voor de uren dat hij niet beschikbaar is bijvoorbeeld tijdens de avond of nacht. Ook zal met de andere hulpverleners duidelijk moeten worden afgesproken - en de patiënt/werknemer zal daarover goed moeten worden geïnformeerd - voor welke handelingen deze bij de bedrijfsarts terecht kan en voor welke niet en in het laatste geval, waar dan wél. Uiteraard is dit ook een belangrijk punt bij eventuele aansprakelijkheidstelling en –verdeling als de behandeling of begeleiding ergens in de ‘keten’ mis blijkt te zijn gegaan.

De ruimte tot taakherschikking wordt mede bepaald door de in de Wet BIG neergelegde regeling van de *voorbehouden handelingen* (zie 3.3.1). Het gaat hier om handelingen die zijn voorbehouden aan in de wet genoemde beroepsbeoefenaren (voor alle voorbehouden handelingen zijn dat in ieder geval de artsen) en die door anderen slechts in opdracht van de wettelijk bevoegd verklaarde beroepsbeoefenaren mogen worden verricht. Dit bepaalt c.q. beperkt bijvoorbeeld de mogelijkheden om bij huisartsgeneeskundige zorg over te gaan tot inschakeling van niet-artsen.

Hoe een en ander in de praktijk gestalte gaat krijgen, is in belangrijke mate afhankelijk van onderhandelingen en afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarbij zullen in verband met het borgen van het kwaliteitsniveau van de zorg bepaalde randvoorwaarden in acht moeten worden genomen; het gaat daarbij om kwaliteitsaspecten als *continuïteit* van zorg, het bieden van *integrale* zorg en adequate *afstemming* tussen hulpverleners onderling.

3.5.3 Knelpunt rond financiering

Nieuwe zorginitiatieven moeten altijd inpasbaar zijn binnen de wettelijke prestatienormen.⁷⁰ Op het niveau van de ZVW zijn die nu wel open geformuleerd, maar op het niveau van de tarievenwetgeving (onderdeel van de Wet Marktordening Gezondheidszorg; WMG) gaan de vereiste wettelijke prestatiebeschrijvingen (nog altijd) gepaard met de aanduiding van de *soort* van zorgaanbieder die het bijbehorende tarief in rekening mag brengen. Indirect heeft dit invloed op de *ruimte c.q. vrijheid* voor bijvoorbeeld taakherschikking, of (het ontstaan van) nieuwe samenwerkingsverbanden. Het kan daarbij om de herverdeling van bestaande taken gaan, maar ook om *inhoudelijke* aanpassingen. Dit laatste kan (extra) problemen

⁷⁰ Contractering tussen huisartsen en zorgverzekeraars, Borging en bevordering van zorgkwaliteit. Advies uitgebracht aan de LHV. Drs. M.F. Wesseling, drs. E. van Wijlick en mw. mr. L.F. Markenstein. KNMG Beleid en Advisering. Utrecht, september 2006.

opleveren, omdat verzekeraars bij het initiëren of volgen van dergelijke ontwikkelingen in hun polissen moeten blijven binnen hetgeen de ZVW als verzekerbare zorg aanwijst.

Er bestaat formeel geen knelpunt tussen WMG en ZVW, maar dus wel tussen oude beleidsregels gebaseerd op WTG en ZVW. Dit is opgelost door een ‘paraplubeleidsregel’, waardoor de reikwijdte van beleidsregels inzake huisartsen is verruimd tot zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren ‘zoals huisartsen die plegen te bieden’. De tariefstructuur kan ook worden toegepast op bedrijfsartsen.. In de praktijk anno 2007 is de bedrijfsarts echter niet te zien als substituut voor de huisarts. De inkomsten van de huisartsenpraktijk bestaan globaal gezien uit de optelsom van:

- A. Inschrijftarieven (= abonnementshonorarium);
- B. Verrichtingentarieven (consulten en visites);
- C. Tarieven Modernisering en Innovatie (M&I);
- D. Modulen M&I.

Deze inkomsten van de huisartsenpraktijk kunnen grofweg worden onderverdeeld in 50% inkomsten uit inschrijftarieven (A) en 50% overige inkomsten (B, C, D). Als bedrijfsartsen geen inschrijftarieven in rekening (kunnen) brengen, komen ze dus globaal 50% financiering tekort. Als zij dat wel kunnen en/of doen, bestaat het risico van dubbele financiering, aangezien werknemers/patiënten ook bij hun huisarts ingeschreven zullen blijven.

De toepasbaarheid van het huidige financieringssysteem van via de ZVW te vergoeden kosten op andere zorgaanbieders (zoals bedrijfsartsen) die geneeskundige zorg willen leveren zoals huisartsen die bieden vormt thans (2007) onderdeel van een monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit. Daarbij zal de aandacht uitgaan naar onder meer de opbouw van de tariefstructuur (zie hierboven), de hoogte van de tarieven de toepassing van het passantentarief en de aanwezigheid van andere inkomsten en uitgaven van de aanbieder van huisartsenzorg anders dan de huisarts. Mogelijk ligt hier nog een praktisch probleem, dat volledige financiering van eerstelijns zorg door de bedrijfsarts belemmert. Of de curatieve sector voldoende belang heeft bij deze taakverbreding van de bedrijfsarts staat overigens nog te bezien.

3.5.4 Conclusie

De functionele omschrijving van geneeskundige zorg heeft als mogelijke consequentie dat, naast (huis)artsen ook andere zorgaanbieders (onderdelen van) huisartsenzorg kunnen gaan aanbieden. Te denken valt aan het aanbieden van aspecten van medisch-specialistische zorg in de eerste lijn. Een voorbeeld daarvan kan zijn het behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen door bedrijfsartsen, die onderdeel uitmaken van een huisartsenpraktijk of eerstelijnsvoorziening (zie ook 3.2.4). Op basis van de ZVW staat het bedrijfsartsen in principe vrij curatieve handelingen c.q. (delen van) huisartsenzorg te verrichten en daarvoor een vergoeding van de verzekeraar te ontvangen, mits die verzekeraar daarover afspraken heeft vastgelegd. Voorwaarden daarbij zijn wel dat continuïteit van zorg (goede regeling van de waarneming) geboden kan worden en dat adequate afstemming over de behandeling tussen hulpverleners onderling (bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten etc.) plaatsvindt. Uiteraard moeten bedrijfsartsen wel voldoen aan de bevoegd- én bekwaamheidseisen (ingevolge de Wet BIG; zie 3.3.1) om de handelingen te verrichten. De huidige financieringsstructuur (tarievenstructuur) is mogelijk nog niet aan deze nieuwe situatie aangepast, zodat in de praktijk een belemmering kan bestaan voor de toetreding van bedrijfsartsen tot de markt van de ingevolge de ZVW verzekerde eerstelijnszorg. In de loop van 2007 zal dit probleem door de NZa in kaart worden gebracht.

3.6 Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet)

3.6.1. Algemeen

De Arbowet inclusief de wijzigingen die daarin nadien zijn aangebracht, geeft geen specifieke aanwijzingen over de behandeltaken van een bedrijfsarts⁷¹. Een bedrijf moet een contract sluiten met een bedrijfsarts (of een gecertificeerde arbodienst waarin deze werkzaam is) ten behoeve van een aantal specifieke taken⁷²:

- De bijstand bij de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten (met inbegrip van de bijstand bij de uitvoering van bij of krachtens de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering gestelde regels).
- Het toetsen van de risico-inventarisatie en -evaluatie en daarover adviseren.
- Het arbeidsgezondheidskundig onderzoek, indien dit nodig is op basis van een risico-inventarisatie & evaluatie.
- De aanstellingskeuring, indien de werkgever deze laat verrichten.
- Het houden van een Arbeidsomstandighedenpreekuur (dat overigens niet altijd noodzakelijk door een bedrijfsarts moet worden gehouden; hieraan moet in de risico-inventarisatie & evaluatie aandacht worden besteed).

Was in de Veiligheidswet 1934 nog expliciet opgenomen dat bedrijfsartsen zich moeten onthouden van curatieve taken, de Arbowet doet daarover geen uitspraken. Naast de in artikel 14 en 14a genoemde specifieke taken kunnen bedrijfsartsen derhalve ook (andere) curatieve handelingen uitvoeren, uiteraard op basis van hun deskundigheid en binnen de kaders van de overige in dit advies genoemde wetten (zoals met name de Wet BIG en WGBO). Daartoe behoren bijvoorbeeld de al in 1.2 genoemde zorgtaken. In beginsel richten deze taken zich op herstel of behoud van de functionaliteit in relatie tot arbeid. De Arbowet legt in deze geen beperkingen op. De beperking tot behandeling van arbeidsrelevante klachten die de NVAB zelf aangeeft, is derhalve een vrijwillige keuze⁷³.

3.6.2. Conclusie

De Arbowet kent, in tegenstelling tot de Veiligheidswet van 1934, geen restricties ten aanzien van het uitvoeren van curatieve taken door bedrijfsartsen. Uiteraard gelden ten aanzien van de uitoefening van deze taken wel de wettelijke eisen, zoals die van bevoegd- en bekwaamheid ingevolge de Wet BIG, 'goed hulpverlenerschap' en andere eisen ingevolge de WGBO, zorgvuldig beheer en verkeer van gegevens ingevolge de WBP etc.

⁷¹ Arbeidsomstandighedenwet 1998, en Wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet 1998 (Gewijzigd voorstel van wet van 26 september 2006; zie noot 51).

⁷² Art. 14 Arbowet: Maatwerkregeling aanvullende deskundige bijstand bij specifieke taken op het gebied van preventie en bescherming, en art. 14a Arbowet: Vangnetregeling aanvullende deskundige bijstand op het gebied van preventie en bescherming.

⁷³ De bedrijfsarts en de eerste lijn, NVAB 2005. Uitgave verkrijgbaar via www.nvab-online.nl.

Bijlage 1

Afkortingen

Arbowet	Arbeidsomstandighedenwet
BSN	Burgerservicenummer
BW	Burgerlijk Wetboek
CBP	College bescherming persoonsgegevens
CTG	College Tarieven gezondheidszorg
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
CWR	Commissie Wet – en Regelgeving van de NVAB
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVA	Regeling voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (onderdeel WIA)
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
PAGO	periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek
PMO	periodiek medisch onderzoek
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
WAJONG	Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
Wet SUWI	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet REA	Wet (re)ïntegratie arbeidsgehandicapten (ingetrokken per 1-1- 2006)
Wet SUWI	Wet structuur en uitvoeringsorganisatie werk en inkomen
WGA	Regeling voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WIA)
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (ingangsdatum 1-1-2006)
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMG	Wet marktwerking gezondheidszorg
WMK	Wet medische keuringen
WSW	De Wet Sociale Werkvoorziening
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WULBZ	Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
WVP	Wet verbetering poortwachter
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
ZW	Ziektewet

Bijlage 2

Referenties

J.K.M. Gevers, 'De toepassing van de WGBO in a-typische situaties', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996 (p. 8-15).

KNMG Code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie'. Utrecht, december 2006.

KNMG Beleid en Advisering 'Toekomstige positionering en financiering van de bedrijfsartsen en hun kwaliteitsbeleid'. Marjolein Bastiaanssen en Michiel Wessling. Utrecht, maart 2006.

KNMG Beleid en Advisering 'Contractering tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Borging en bevordering van zorgkwaliteit'. Drs. M.F. Wesseling, drs. E. van Wijlick en mr. L.F. Markenstein. Utrecht, september 2006.

KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (met name onderdeel 1.3.). Utrecht, 2003.

KNMG Handleiding voor artsen Privacy-wetgeving en het omgaan met patiëntgegevens. Utrecht, mei 2001.

KNMG Consult 'Arts en patiëntenrechten'. Utrecht, maart 2000.

KNMG-Consult 'Arts en klacht of geschil'. Utrecht, maart 2000.

KNMG Consult 'Arts en Wet BIG'. Utrecht, oktober 1998.

NVAB Richtsnoer 'Handelen van de bedrijfsarts bij het verwijzen van werknemers'. Amsterdam, januari 2004.

NVAB Beroepscode voor bedrijfsartsen, 1989.

NVAB Professioneel statuut van de bedrijfsarts, 2003.

Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 'Dossier en bewaartermijn' en Deel 4 'Toegang tot patiëntgegevens'. Utrecht, juni 2004.

WGBO en bedrijfsarts. Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Utrecht, augustus 2000.

Bijlage 3

Jurisprudentie met betrekking tot ‘goed hulpverlenerschap’ door de bedrijfsarts

Over ‘goed hulpverlenerschap’ door de *bedrijfsarts* bij de uitvoering van diens specifieke taken (tot op heden), zoals het geven van advies aan de werkgever over de vraag of een werknemer wel of niet geschikt is zijn werk te doen en welke beperkingen zich daarbij voordoen, zijn diverse met name tuchtrechtelijke uitspraken te vinden. Deze uitspraken zijn hieronder kort samengevat. Over specifieke behandel functies door de bedrijfsarts zijn ons (nog) geen rechterlijke uitspraken bekend. Toch zijn in een aantal uitspraken wel aanknopingspunten te vinden voor behandelen door de bedrijfsarts: zorgvuldige afstemming met de curatieve sector en werken op basis van relevante standaarden en richtlijnen (tenzij gemotiveerd daarvan kan worden afgeweken).

Het regionaal tuchtcollege berispte een bedrijfsarts die een advies gaf dat op drijfzand was gebaseerd: geen gericht onderzoek, geen inlichtingen gevraagd bij de behandelende sector (de cardioloog zag achteraf geen enkele reden voor enige beperking), geen overleg met vorige bedrijfsartsen van betrokkene, onvoldoende dossiervorming, geen kennis van de specifieke werkomstandigheden van de betrokken werknemer, geen informatie van de werkvloer gevraagd, geen afstemming met betrokkene en geen adequate verzuimbegeleiding⁷⁴.

Dat zelfde jaar werd een bedrijfsarts gewaarschuwd omdat hij een brief met medische informatie/medische verklaring buiten medeweten van klager (een goede kennis van de bedrijfsarts) opstuurt aan de verzekeringsarts met een afschrift aan de baas van klager. Het tuchtcollege kijkt naar de kwaliteit van de brief die volstrekt niet voldoet aan de daaraan uit een oogpunt van zorgvuldigheid en deskundigheid te stellen eisen. Dat de bedrijfsarts niet de behandelend arts was - terwijl hij in de brief wel over ‘patiënt’ sprak - maakt het handelen des te meer verwijtbaar omdat hij zich desondanks een oordeel omtrent de gezondheidstoestand van klager heeft gevormd en ten onrechte de indruk heeft gewekt dat hij als bedrijfsarts was betrokken bij de behandeling van klager⁷⁵.

Het centraal tuchtcollege waarschuwt in 2004 een bedrijfsarts die uitspraken deed over arbeidsongeschiktheid op niet medische-gronden: de problemen rond de betrokkene werkneemster in het onderwijs waren geenszins werk-gerelateerd maar werkgever-gerelateerd. In zijn advies wijst de bedrijfsarts op het claimbeoordelings- en borgingssysteem van het CBS dat naar medische beperkingen verwijst. Daarmee probeerde hij aan zijn advies ten onrechte een zekere legitimatie mee te geven⁷⁶.

Hetzelfde tuchtcollege waarschuwt een bedrijfsarts die in zijn brief aan de werkgever vermeldt dat er voor klager geen medische arbeidsongeschiktheid bestaat en concludeert dat het geen zin heeft zo iemand voor controle op te roepen. Daarmee heeft de bedrijfsarts tenminste de indruk gewekt dat hij een beoordeling gaf van de medische situatie van de docent. Vaststaat dat toen 4 maanden waren verstreken sinds het laatste bezoek aan de arts: hij had daarom niet zonder nader onderzoek van klager tot zijn conclusie mogen komen noch tot de uitspraak dat hij niet medisch arbeidsongeschikt was. Daarbij komt dat de arts bekend was met het tussen klager en zijn werkgever spelende conflict, reden waarom zorgvuldig handelen van de arts eens temeer van belang was, ook om te voorkomen dat zijn berichtgeving -

⁷⁴ Regionaal tuchtcollege Amsterdam, 11 december 2001. MC 2002 nr. 35 p. 1246.

⁷⁵ Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg, 13 juni 2002. MC 2002 nr. 39, p. 1416.

⁷⁶ CTG 12 juli 2004. MC 2005 nr. 37, p. 1479.

onbedoeld- negatieve invloed zou hebben op de arbeidsverhouding tussen klager en zijn werkgever⁷⁷.

Het regionaal tuchtcollege legt aan een bedrijfsarts een voorwaardelijke schorsing van 3 maanden op omdat zijn werkwijze het college ernstige zorgen baart. *Bijscholing* wordt dringend geadviseerd. Zijn rapportage was summier en het dossier dat hij over klager bijhield onvolledig. Hij heeft een dubieuze rol gespeeld in het arbeidsconflict tussen klager en zijn werkgever en heeft de laatste het advies gegeven dat klager volledig arbeidsgeschikt was terwijl deze leed aan ernstige hypertensie. Daarmee heeft hij bewust de gezondheidsrisico's voor klager genegeerd. Zijn gezondheidsproblemen zijn door het advies onnodig verergerd. De bedrijfsarts heeft het advies opgesteld zonder daarover voorafgaand overleg met werknemer te hebben en zonder hem te zien⁷⁸.

In 2006 krijgt een bedrijfsarts in opleiding een waarschuwing van het centraal tuchtcollege, omdat hij te kort is geschoten in de zorg die hij een conciërge met chronische rugklachten had moeten verlenen. Op basis van onvoldoende *onderzoek* is hij tot de diagnose 'spanningsklachten en specifieke rugklachten' gekomen. De arts had ook geen enkele informatie bij behandelaars van werknemer ingewonnen en daarom had tenminste mogen verwacht dat hij bij werknemer, alvorens tot die diagnose welke in een zwaarwegend advies aan de werkgever is gepresenteerd, het onderzoek van de rug had uitgevoerd volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (NVAB-richtlijnen met betrekking tot rugklachten en psychische klachten). Hij had zijn advies niet louter mogen baseren op een door hem als oriënterend gekwalificeerd rugonderzoek. Dit onderzoek heeft niet meer ingehouden dat het op enige afstand bekijken van werknemer terwijl deze met de trui omhoog bewegingen maakte en voorts heeft hij werknemer zijn verhaal niet laten doen. Wel volgt het tuchtcollege de arts in zijn opmerking dat onjuist is dat de NVAB-richtlijnen zouden dwingen tot overleg met de huisarts. Dergelijk overleg kan onder omstandigheden wenselijk zijn maar is niet verplicht⁷⁹.

Door het centraal tuchtcollege zijn diverse keren de algemene eisen geformuleerd die het uit oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid stelt aan rapportages⁸⁰. Deze eisen gelden ook voor rapportages die zijn opgesteld door bedrijfsartsen. Deze luiden:

- op inzichtelijke en consistente wijze moeten de *gronden* aangeven waarop de conclusie van het rapport steunt;
- de gronden moeten voldoende *steunen* op feiten, omstandigheden, deugdelijk onderzoek op medische gronden volgens een billijke onderzoeksmethode (en zonodig relevante gegevens opvragen bij behandelend arts of andere hulpverlener) en bevindingen van het rapport;
- de gronden moeten de *conclusie* van het rapport kunnen rechtvaardigen;

⁷⁷ CTG 23 september 2004, zaak nr. 2003/228.

⁷⁸ RT Amsterdam 15 maart 2005, regeling nr. 04/019.

⁷⁹ CTG 8 juni 2006. MC 2006 nr. 39, p. 1544. Zie ook CMT 24 augustus 2004, zaak nr. 2003.248 (aanvullende informatie van de huisarts en orthopedisch chirurg zou nauwelijks toegevoegde waarde hebben gehad gelet op de reeds bij de bedrijfsarts ter beschikking staande gegevens).

⁸⁰ Centraal medisch tuchtcollege, 6 juli 1995. MC 1995 nr. 47, p. 1529. Medisch tuchtcollege Groningen 24 november 1997, MC 2000 nr. 15, p. 553; CTG 20 maart 2001, 1999/258; CTG 29 maart 2001, 1999/271; CTG 29 maart 2001, 2000/04; CTG 17 december 2002, 2002/056; RT Amsterdam februari 2004 (2004/031-032-040); RT Groningen 12 juli 2004, regeling nr. G2003/55; RT Amsterdam 26 augustus 2004 (2003/026); CTG 19 april 2005 (2003/144); CTG 31 mei 2005, zaak nr. 2004/201; CTG 7 juni 2005, 2004/149.

- de rapportage moet zich beperken tot het *deskundigheidsterrein* ('schoenmaker blijft bij je leest'). Bij twijfel is het beter contact op te nemen met de opdrachtgever of zich te onthouden van beantwoording.

Bijlage 4

Jurisprudentie over de geheimhoudingsplicht van de bedrijfsarts

Er is veel, ook oudere jurisprudentie over het beroepsgeheim te vinden⁸¹. Wij beperken ons tot de meer recente uitspraken van de tuchtcolleges. Hieronder is een samenvatting van de uitspraken te vinden.

Het centraal tuchtcollege legt een waarschuwing op aan een bedrijfsarts die voor zijn advies over een korting op het doorbetaalde salaris van werknemster (wegens vermeende mede-activiteit aan seksuele intimidatie waardoor arbeidsongeschiktheid was ontstaan) gebruik had gemaakt van informatie uit het sociaal medisch team. Werknemster had weliswaar aan de arts een machtiging verstrekt, maar zonder dagtekening en zonder nadere specificatie van de te verstrekken inlichtingen. De arts had uit die machtiging niet mogen opmaken dat werknemster toestemming had gegeven om voor haar zaak nadelige informatie door te spelen aan de werkgever. De arts had zich bovendien moeten onthouden van het zonder voorbehoud of toetsing doorspelen van tweedehands informatie, waardoor deze informatie de schijn van objectieve juistheid kreeg. Omdat klagster het initiatief had genomen een procedure te starten had zij erop mogen vertrouwen dat de arts zijn concept-brief eerst met haar had besproken in het geval nadelige informatie daarin zou zijn opgenomen⁸².

Het centraal tuchtcollege acht het handelen van een bedrijfsarts wel onvoldoende zorgvuldig maar niet dusdanig dat een maatregel moet worden opgelegd: hij had klagers chef geïnformeerd en aangegeven dat de beperkingen van de knie van de postbode het noodzakelijk maakten dat zijn werk blijvend zou worden aangepast. Klager was hiervan niet op de hoogte en moest van zijn werkgever voor het eerst vernemen dat geen herstel van de knie was te verwachten. Voor het inwinnen van de betreffende informatie bij de behandelend orthopeed had de werknemer wel toestemming aan de bedrijfsarts verleend⁸³.

In 2002 wijst het centraal tuchtcollege in tegenstelling tot het tuchtcollege in eerste aanleg, een klacht van een voormalig directeur van een BV als ongegrond af. Het betrof een zaak over seksuele intimidatie door de betrokken directeur. De bedrijfsarts had de meldingen niet eerst met de directeur zelf besproken maar deze herleidbaar beschreven in twee brieven aan personeelszaken. De directeur meent dat de bedrijfsarts haar beroepsgeheim heeft geschonden. Het centraal tuchtcollege overweegt dat de bedrijfsarts op grond van de, in de door de NVAB opgestelde beroepscode voor bedrijfsartsen opgenomen beroepsnorm, gezondheidsbedreigende situaties moet signaleren aan betrokkenen binnen de bedrijfsorganisatie, met het doel de geconstateerde gezondheidsbedreigingen te elimineren. Omdat de Arbowet voorschrijft dat de werkgever gehouden is om binnen het algemene arbobeleid een beleid met betrekking tot het beschermen van werknemers tegen o.m. seksuele intimidatie te voeren, en de arbodienst terzake moet adviseren en optreden, acht het college het boven iedere twijfel verheven dat het op de weg van de bedrijfsarts ligt, om risico's als het bestaan van een klimaat van seksuele intimidatie te signaleren en bij de werkgever aan de orde te stellen. De bedrijfsarts is als iedere arts weliswaar gebonden aan het beroepsgeheim doch dat neemt niet weg dat de arts het vermoeden van het bestaan van een klimaat van seksuele intimidatie aan de werkgever moet kunnen meedelen met het oog op eliminatie

⁸¹ Zie bijvoorbeeld in 'Bedrijfsarts en medisch tuchtrecht. Mr. M.A. Goslings. Arts & Bedrijf, 1995/5, p. 10-12.

⁸² CTG 27 april 1999, TvGR 2000/5 en MC 2000 nr. 15, p. 553.

⁸³ CMT 11 januari 2001, TvGR 2001/9.

daarvan. Met de geschreven brief heeft de bedrijfsarts volgens het tuchtcollege blijk gegeven van een juiste gewetensvolle en weloverwogen taakopvatting⁸⁴. Overigens wordt de uitspraak in Medisch Contact van kritisch commentaar voorzien en vragen de critici zich af of de bedrijfsarts niet eerst de melding had moeten (laten) onderzoeken en of zij de signalen niet eerst bij de directeur had moeten neerleggen⁸⁵.

Het regionaal tuchtcollege legt aan een bedrijfsarts een waarschuwing op omdat hij zijn geheimhoudingsplicht tegenover werkneemster heeft geschonden en onvoldoende zorg en steun heeft geboden bij haar reïntegratie. De bedrijfsarts had na een aantal burn-out trainingsbijeenkomsten voortijdig aan de verzekeringsarts laten weten, mede op basis van een tussenrapportage van de psycholoog van wie hij trouwens geen al te hoge dunk had, dat terugkeer in haar eigen werk niet waarschijnlijk werd geacht en reïntegratie als uitzichtloos moest worden beschouwd. Ook gaf hij daarbij informatie over ergerniswekkend gedrag van de verpleegkundige, hetgeen hem van werkgeverszijde was aangedragen. Met werkneemster besprak hij dit alles niet. Het tuchtcollege meent dat de bedrijfsarts klaagster had moeten betrekken bij zijn voortijdig oordeel dat hij van de training weinig heil meer verwachtte met betrekking tot de reïntegratie en dat hij haar in de gelegenheid had moeten stellen haar visie naar voren te brengen⁸⁶. Hij had niet uit de tussenrapportage welke hem vertrouwelijk was toegezonden, mogen citeren.

⁸⁴ CMT 5 september 2002, TvGR 2002/75.

⁸⁵ MC 2002 nr. 47, p. 1747.

⁸⁶ RT Groningen 8 december 2003, TvGR 2004/27 en MC 2004 nr. 19, p. 792.