

Mevrouw de voorzitter,  
Beste collega's en vrienden,

Het is een groot genoegen om op deze jaarlijkse hoogdagen van de arbeidsgeneeskunde als voorzitter van de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het werk enkele aandachtpunten te mogen meegeven namens de sociale partners in deze Hoge Raad. Zoals jullie wellicht allen weten, zetelen in de Hoge Raad werknemers- en werkgeversvertegenwoordigers en andere deskundigen die een bijzondere kennis hebben over het welzijn op het werk. Deze Raad behandelt dus allerlei vraagstukken over veiligheid op het werk en fysieke en mentale gezondheid van de werknemers en geeft onder meer adviezen aan de Minister van Werk over alle ontwerpen van regelgeving die betrekking hebben op de codex over het welzijn op het werk.

Maar eerst een bedanking. Een bedanking voor de enorme inzet van u allen tijdens de Covid pandemie. Het kader van die inzet kwam van werkgevers en werknemers van Hoge Raad in zeer nauwe samenwerking met de experts van FOD WASO en de beleidscel van minister van Werk Dermagne. Hulp kwam er ook van onze aanspreekpunten in de arbeidsgeneeskundige wereld. Zij waren ons checkpoint in talrijke informele vergaderingen op alle uren van de dag en alle dagen van de week. Sociale partners, administratie en beleidscel waren perfect op de hoogte van problemen en uitdagingen op het terrein en hebben met één stem gesproken gedurende de ganse pandemie. Daardoor hebben we alle pogingen kunnen afhouden om de arbeidsgeneeskunde als een soort werfreserve te gebruiken die niets beter om handen heeft. Op alle politieke niveaus weet men nu eindelijk dat de arbeidsgeneeskunde bestaat. Dans la foulée weet men ook dat er te weinig zijn.

Dat er te weinig arbeidsartsen zijn en dat dit een pervers neveneffect is van een onhoudbare numerus clausus werd al enkele jaren aangekaart door de Hoge Raad. Stemmen die enkel het tekort aankaarten zonder de numerus clausus in vraag te stellen waren er ook. En dat was jammer. Met uitzondering van het sociaal overleg, Franstalige huisartsenverenigingen en universiteiten bleef het over de algemene gevolgen van de numerus clausus te lang stil. Sommigen maakten er zelfs een communautaire kwestie van en hebben daardoor een correctie van de toegelaten studenten of artsen aanzienlijk en dramatisch vertraagd. De huidige federale minister van Volksgezondheid heeft wel het probleem aangepakt, en dus ook Vlaanderen wakker geschud, maar de vruchten daarvan zullen we ten vroegste over een achttal jaren kunnen zien. Het tekort aan afstuderende artsen resulteert nu onder meer in een schrijnend tekort aan huisartsen, adviserend artsen van de ziekenfondsen, en in verscheidene preventiedisciplines waaronder dus onze arbeidsgeneeskunde. En die drie soorten artsen hebben we nu net nodig om mensen die gezondheidsproblemen hebben in verantwoorde omstandigheden te kunnen herinschakelen of aan het werk te kunnen houden. Ondertussen moet men een oplossing zoeken voor de schaarste aan artsen.

Het uitgangspunt van de Hoge Raad daarbij is dat men de artsen moet inzetten op zodanige wijze dat ze een maximale bijdrage leveren aan het beschermen van werknemers zodat deze werknemers in de beste omstandigheden een hele loopbaan kunnen volmaken. Dus: primaire preventie die gericht is op het aanpassen van de arbeid aan de mens, en dus gericht op het vermijden dat gezondheidsproblemen ontstaan door het werk, ook al verminderen de fysieke capaciteiten van de werknemer met de leeftijd. En dat bovendien met voorrang voor de meest kwetsbaren en de functies met de meeste risico's. Deze taak wordt aangevuld door secundaire en tertiaire preventie:

spontane raadplegingen, bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting, werkhervattingsonderzoeken en re-integratieonderzoeken.

Om op de schaarste aan AA een antwoord te bieden heeft de Hoge Raad enkele jaren geleden reeds een nieuwe regelgeving over periodiek gezondheidstoezicht overeengekomen die tot vandaag geldt: afwisseling van periodieke gezondheidsbeoordeling door de arts, en aanvullende medische handelingen (soms tussentijds, soms voorafgaand aan de gezondheidsbeoordeling) door de verpleegkundige volgens strikte instructies en onder verantwoordelijkheid van de arts. Voordien werden de periodieke onderzoeken voor beeldschermwerk en werken met voedingswaren reeds afgeschaft. Er waren ook al periodieke onderzoeken weggevallen doordat deze niet meer nodig werden geacht door sommige EDPB's. Dit viel volgens kwatongen samen met het moment dat er voor de directe inkomsten van de EDPB geen verschil meer maakte. Er werd immers geen onderscheid meer gemaakt in basistarief tussen duurdere onderworpen en goedkopere niet onderworpen werknemers. Kortom: een hele verlichting voor de taak van de arbeidsartsen, toch voor wat het periodiek onderzoek betreft. Andere onderzoeken stijgen meer en meer. We noteren wel dat er heel wat minder tijdrovende re-reintegratie-onderzoeken zijn dan met de vorige regeling, maar anderzijds meer informele trajecten en procedures medische overmacht.

Binnen de arbeidsgeneeskundige wereld hoorden we snel, na de recente hervorming, andere standpunten: de schaarste kan opgelost worden door een onderscheid te maken tussen de periodieke onderzoeken en 'andere onderzoeken' die men 'meerwaardeonderzoeken' begon te noemen, waarbij De AA zich vooral op deze laatste zou moeten concentreren. Enkelingen pleiten nadrukkelijk voor het zogenaamde Angelsaksisch model van arbeidsgezondheidszorg, of toch om veel meer in die richting te gaan. In dat model zoals in UK en USA spelen arbeidsartsen nauwelijks een rol.

Ik zet bij dit alles enkele bedenkingen en vragen op een rij die ongetwijfeld aanbod zullen komen in het overleg in de schoot van de Hoge Raad de komende maanden.

1. De sociale partners in de Hoge Raad stellen zich vragen bij de kwalificatie 'meerwaardeonderzoek' zoals gedefinieerd door sommigen. Elk goed onderzoek heeft een meerwaarde. Het wekt toch wel enige verwondering dat onderzoeken die kaderen in secundaire en tertiaire preventie absolute voorrang zouden krijgen op primaire preventie. De vraag is welke onderzoeken door de arbeidsarts het meest bijdragen aan een hogere werkzaamheidsgraad en dus het aan het werk houden van zoveel mogelijk mensen in verantwoorde omstandigheden zodat ze niet uitvallen. Men voert als argument aan dat minder dan 1 % van de werknemers ongeschikt wordt verklaard bij periodiek onderzoek Alsof geschikt-verklaringen het enige doel en de enige uitkomst van een periodiek onderzoek zouden zijn. Het is logisch dat de ongeschiktverklaringen laag liggen, omdat de werknemers aan het werk zijn en dus niet zijn uitgevallen. We noteerden ook dat 10 % van de periodieke onderzoeken leiden tot meer dan een loutere geschiktverklaring. Zou het kunnen dat daardoor veel uitval wordt voorkomen?
2. De Hoge Raad gaat er steeds van uit dat het belangrijk is dat de werknemers de AA kennen, er vertrouwen in hebben, en deze dus om die reden in elk geval periodiek zien, niet noodzakelijk elk jaar, maar voldoende om de arbeidsarts en zijn of haar rol te leren kennen. Hetzelfde geldt voor de werkgever. Dit vertrouwen brengt met zich dat werknemers sneller bezorgdheden en problemen zullen aankaarten bij de AA. Zoals u weet is de Hoge Raad al lang vragende partij voor een snel en eenvoudig implementeerbaar TRIO overleg tussen de

arbeidsarts, de adviserend arts van het ziekenfonds en de huisarts, maar ook voor een duo-overleg tussen de huisarts en de arbeidsarts gebruikmakend van dezelfde e-health tool. Deze tool zal er eindelijk komen in 2024.. Voor de sociale partners is het cruciaal dat dit overleg met instemming van de betrokken werknemer gebeurt. Die instemming kan er enkel vlot komen wanneer de werknemer vertrouwen heeft in de arbeidsarts en deze dus minstens kent, en dus onder vier ogen heeft gezien.

3. We horen ook zeggen dat spreekuur en spontane raadplegingen een goed alternatief zouden kunnen zijn voor periodiek onderzoek door de arts. Dat zou een deeloplossing kunnen zijn in grote ondernemingen waar de arts permanent of zeer frequent aanwezig en dus gekend is, het vertrouwen groot is en de vrees voor stigmatisering van wie de arts gaat opzoeken onbestaande is. Maar wat dan met spontane raadplegingen als alternatief voor periodiek onderzoek in kleinere ondernemingen met risico's en waar de kennis over de beheersing van deze risico's vaak minder is?
4. Praktijken van vandaag waarbij -zonder rekening te houden met de wetgeving- verpleegkundigen systematisch worden ingezet om periodieke "onderzoeken" te doen onder supervisie van de arbeidsarts doen vragen rijzen. Het gaat -zo vernemen we- bvb om de inzet van 7 verpleegkundigen per arts. Blijft de arts dan even verantwoordelijk op civielrechtelijk of strafrechtelijk en deontologisch vlak alsof hij of zij de onderzoeken zelf zou gedaan hebben? Hoe kijkt de Orde der Artsen naar geschikt- of ongeschiktverklaringen door een arts zonder dat deze de werknemer gezien of gesproken heeft? Men moet voorzichtig zijn met het extrapoleren vande op handen zijnde hervorming van Minister Vandenbroucke over de rol van de verpleegkundige in de curatieve sector. Dit gaat om mensen die goed gekend zijn door de huisarts, duidelijke diagnose en medicatie hebben en waarin de follow-up en het hernieuwen van de medicatie deels gedelegeerd zal worden, bvb voor diabetes controle en anticoagulantia en dat door hooggekwalificeerde verpleegkundigen.
5. Onlangs waren er besprekingen in een commissie van de Hoge raad over aanpassingen in de Codex met betrekking tot ergonomie. Een ergonomoos opperde dat zijn discipline in het kader van de risicoanalyse ook het hartritme van de werknemers moet kunnen volgen, zoals men dat bij sportmensen doet.. Ook op het gebied van blootstelling aan scheikundige stoffen is er op internationaal vlak thans een roep om omgevingsmetingen systematisch te vervangen door biomonitoring, samen met een claim van industriële hygiënisten om hen de biomonitoring cijfers te bezorgen. Dus 2 maal medische gegevens van individuele werknemers in handen van niet-artsen. Dat zou een zware shift zijn in ons huidige concept van vertrouwelijkheid van medische gegevens, laat staan van interpretatie van resultaten vanuit gezondheidsoogpunt. De vraag is hoe men die tendensen gaat afhouden indien men opteert voor een Angelsaksisch model van bedrijfsgezondheidszorg.

Minister Dermagne heeft als bevoegd minister de HRPBW gevraagd het dossier grondig te bespreken . De sociale partners beseffen de ernst maar wensen geen twijfel te laten bestaan over hun doelstelling: zoeken naar de beste manier om zoveel mogelijk mensen een hele loopbaan op verantwoorde wijze aan het werk te houden. Om die reden hebben de sociale partners gegevens opgevraagd via de ministers Dermagne en Vandenbroucke aan het RIZIV en de RSZ over de vroegtijdige en langdurige uitval van werknemers volgens de activiteitssector. De gegevens die

hieruit komen moeten toelaten om de inzet van AA en andere medewerkers van de preventiediensten te oriënteren naar de sectoren en ondernemingen waar dit het meest nodig is. De sociale partners zullen geen genoegen nemen met oplossingen die als eerste objectief de gunstige boekhouding van preventiediensten zouden nastreven, ook al is die financiële gezondheid belangrijk.

De Hoge Raad heeft de goede gewoonte om er alles aan te doen om tot een consensus te komen. De sociale partners streven dit ook na in dit dossier. Ze wensen over alle mogelijke informatie te beschikken om de problemen correct in te schatten, en de best mogelijke oplossing te helpen uitwerken. Ze wensen een evaluatie van de huidige wetgeving met gezondheidsbeoordelingen gecombineerd met aanvullende medische handelingen, en in het bijzonder een ernstige analyse van het werken met vragenlijsten.

Ze zijn nadrukkelijk overeengekomen om samen het beste te halen uit ons huidige systeem van preventiediensten, en meteen ook uit de arbeidsgeneeskunde. Men is rotsvast overtuigd van haar meerwaarde en sleutelrol. Men wenst niet voor voldongen feiten gesteld te worden. Het is belangrijk dat de preventiediensten in volle openheid en loyaliteit meewerken aan het ter beschikking stellen aan de overheid van de nodige geanonimiseerde gegevens zodat deze overheid samen met de sociale partners met volle kennis van het terrein de meest geschikte oplossingen kunnen uitwerken

Sta mij toe tot slot 1 persoonlijke bedenking te maken bij dit alles: de zeer complexe kennis van de relatie tussen gezondheid en ziekte en arbeidsrisico's en wat dat vroeg of laat doet met al die verschillende mensen -de gestandaardiseerde mens bestaat niet- die kennis zit voornamelijk bij de arbeidsarts. De arbeidsarts is enkel al omwille van zijn lange opleiding voor werkgevers en werknemers een autoriteit, die een gezag ontleent dat los van elk medisch onderzoek werkgevers en werknemers stimuleert om risico's au sérieux te nemen. De grootste fout die we zouden kunnen maken is om die arbeidsarts aan het letterlijke gezichtsveld van de werkgever en de werknemer op de werkvloer te onttrekken, en de rol van de AA dan ook niet te beperken tot werknemers die reeds zijn uitgevallen. Ik nodig jullie allen uit om daar samen met de sociale partners en de administratie over na te denken. En ik wens jullie alvast fantastische studiedagen en een onwrikbaar geloof in het belang van jullie rol als arbeidsarts.