

TNO-rapport

Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl/arbeid

018.10281.01.01

**Ontwikkeling richtlijn arbeidsanamnese voor
medisch specialisten**

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum 9 augustus 2005

Auteurs A.M. Kremer
P.C. Buijs

Met medewerking van
R.van den Berg
E. de Vroome
F.J. van Dijk (Coronel Laboratorium, AMC, Amsterdam)
J.R. Anema (VUMC, Amsterdam)
B.J. van Heesen (de Orde van Medisch Specialisten, Utrecht)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2005 TNO

Dankwoord vooraf

Deze studie had niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking van velen. De auteurs bedanken deelnemende medische specialisten en bedrijfsartsen voor hun bijdrage aan een inventariserend vragenlijst onderzoek over de arbeidsanamnese voor medische specialisten en de deelnemende medische specialisten die ondanks de vaak aanwezig tijdsdruk op de polikliniek een testversie van de arbeidsanamnese gedurende enkele weken hebben toegepast. In het bijzonder willen de auteurs de medisch specialisten en bedrijfsartsen die aan de workshop hebben deelgenomen bedanken, voor hun actieve rol in de concretisering van de arbeidsanamnese en hun beschikbaarheid om na de workshop als klankbordgroep te fungeren.

Ook Anneke Huson (Pandora) en Gerard van der Veer (BPV/Z&W) zijn we erkentelijk: zij hadden de soms niet makkelijke taak om vanuit patiëntenoptiek tegenwicht te bieden als naar hun idee belangrijke arbeidsanamnesevragen in de knel dreigden te komen door efficiencyoverwegingen vanuit de medisch-specialistische praktijk.

Ten slotte komt twee personen nog extra dank toe: Frank van Dijk voor zijn rol als adviseur gedurende de gehele projectperiode, maar zeker ook voor zijn jarenlange inspanningen om het onderwerp arbeidsanamnese uiteindelijk in een levensvatbaar ZonMW-project te helpen omzetten. Pascal Schoofs komt veel dank toe vanwege haar begeleidende rol vanuit de Orde Medisch Specialisten tot 2004 en in het bijzonder voor haar grote inspanning om het project gefinancierd te krijgen.

De auteurs

Inhoudsopgave

| | | |
|---------------------|---|-----------|
| Samenvatting | | 3 |
| 1 | Inleiding | 5 |
| 1.1 | Doel-/vraagstelling van het project | 5 |
| 2 | Methode | 7 |
| 2.1 | Fase 1: Inventarisatie | 7 |
| 2.2 | Fase 2: Nadere contextanalyse | 8 |
| 2.3 | Fase 3: Beperkte enquête onder medisch specialisten en anderen | 9 |
| 2.4 | Fase 4: Ontwerp concept arbeidsanamnese | 11 |
| 2.5 | Fase 5: Toetsing in de praktijk | 11 |
| 2.6 | Fase 6: Aanpassen van de testversie van de arbeidsanamnese | 12 |
| 3 | Resultaten/nieuwe inzichten | 13 |
| 3.1 | Fase 1 Inventarisatie | 13 |
| 3.1.1 | Internationale literatuur | 13 |
| 3.1.2 | Leidraad literatuur | 14 |
| 3.1.3 | NVAB-Richtlijnen | 14 |
| 3.1.4 | Aanpalende projecten | 14 |
| 3.1.5 | Relevante NVAB-werkgroepen | 19 |
| 3.1.6 | Ervaringen van een bedrijfsconsulent | 19 |
| 3.2 | Fase 2 Contextanalyse | 20 |
| 3.2.1 | Arbocuratieve samenwerking van medisch specialisten (behandelaars): de acht ZonMw-projecten nader bekeken | 20 |
| 3.2.2 | Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts | 21 |
| 3.2.3 | Relevante arbo/sociale zekerheidswet- en regelgevingen | 22 |
| 3.2.3.1 | Wet Verbetering Poortwachter | 22 |
| 3.2.3.2 | Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) | 22 |
| 3.2.3.3 | Aanpassing van het huidige stelsel van arbodienstverlening | 23 |
| 3.2.3.4 | Nieuw Zorgstelsel 2006 | 23 |
| 3.2.3.5 | Knelpunten implementatie arbeidsanamnese | 24 |
| 3.3 | Beperkte enquête onder medisch specialisten en anderen | 25 |
| 3.3.1 | De arbeidsanamnesevragen | 25 |
| 3.3.2 | Een patiëntenvragenlijst? | 28 |
| 3.3.3 | De te onderscheiden vier patiëntengroepen | 29 |
| 3.4 | Fase 4 Ontwerp concept arbeidsanamnese en de workshop | 29 |
| 3.4.1 | De workshop | 29 |
| 3.4.2 | Workshop gezien vanuit patiëntenperspectief | 30 |
| 3.4.3 | Een patiënt/werknemersvragenlijst? | 30 |
| 3.4.4 | Verdere ontwikkeling arbeidsanamnese | 30 |
| 3.5 | Fase 5: Toetsing in de praktijk | 32 |
| 3.5.1 | De praktijktoets van de medisch specialisten | 32 |
| 3.5.2 | De evaluatie | 33 |
| 3.5.3 | Beschouwing | 33 |
| 3.6 | Aanpassing van de testversie arbeidsanamnese | 36 |
| 4 | Conclusie en aanbevelingen | 39 |
| 4.1 | Conclusie | 39 |
| 4.2 | Aanbevelingen | 39 |

| | |
|---|------------|
| Referenties | 41 |
| Overzicht bijlagen | 43 |
| Bijlage 1: Achtergronden project arbeidsanamnese | 45 |
| Bijlage 2: Deelnemers aan de workshop | 77 |
| Bijlage 3: a: Evaluatieformulier voor medisch specialisten b: Evaluatieformulier voor bedrijfsartsen c: Evaluatie vanuit patiëntenperspectief | 81 |
| Bijlage 4: Resultaat artikelen internationale literatuursearch | 91 |
| Bijlage 5: De 8 ZonMw-projecten | 95 |
| Bijlage 6: Resultaten vragenlijstonderzoek | 101 |
| Bijlage 7: Concept Patiëntenvragenlijst ‘Gezondheid in relatie tot werk’ | 113 |
| Bijlage 8: Verantwoording aanpassingen testversie arbeidsanamnese t.b.v. de praktijktoets | 121 |
| Bijlage 9: Testversie arbeidsanamnese (zoals gebruikt tijdens de praktijktoets) | 127 |
| Bijlage 10: Testversie arbeidsanamnese voor medisch specialisten: toelichting op vragen | 131 |
| Bijlage 11: Checklist beslismomenten voor contact met bedrijfsarts (uitwisseling van informatie of verwijzing, afstemming van inzicht en/of advies) | 137 |
| Bijlage 12: Resultaten van de evaluatie van de praktijktoets en arbeidsanamnese | 141 |
| Bijlage 13: Arbeidsanamnese voor medisch specialisten : uitgeschreven vragen, met XX_O zijn optionele vragen | 149 |
| Bijlage 14: Voorbeeld werkmodule arbeidsanamnese voor medisch specialisten | 153 |
| Bijlage 15: Toelichting op vragen van een arbeidsanamnese voor medisch specialisten | 157 |
| Bijlage 16: Checklist aandachtspunten voor contact met bedrijfsarts (uitwisseling van informatie of verwijzing, afstemming van inzicht en/of advies) | 163 |

Samenvatting

Achtergrond: behandelend artsen hebben vaak onvoldoende oog voor relaties tussen aandoeningen van patiënten en hun werk: *causaal* (werk als oorzaak) of *conditioneel* (ziekten met gevolgen voor het werk/functioneren). Dit kan leiden tot onjuiste diagnoses en therapieën, onvoldoende afstemming met bedrijfsartsen, gemiste preventiekanalen en onnodig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Doelstelling: op verzoek van de Orde ontwikkelen en testen van een *algemene arbeidsanamnese voor medisch specialisten*: een set vragen omtrent arbeid&gezondheid en arbocuratieve afstemming.

Opzet: omwille van de implementatie - de verantwoordelijkheid van de Orde - is gekozen voor een fasegewijs ontwikkeltraject met veel terugkoppeling uit de praktijk, via consultants uit belangrijke specialismen, een enquête, workshop, praktijktoets en evaluatie daarvan. Ook anderen (uit de kennis-centra arbeid & gezondheid, bedrijfsartsen, patiënten) zijn hierbij betrokken. Wel leidde deze aanpak tot vertraging, net als het tussentijds vertrek van onze contactpersoon bij de Orde.

Fase 1: (*literatuur*)inventarisatie binnen en buiten de medisch-specialistische wereld van bouwstenen voor een arbeidsanamnese - zo mogelijk wetenschappelijk getoetst. Zo werd een stevige *Evidence Base* gelegd, met medewerking van het Coronel Instituut (AMC). Fase 2: *Contextanalyse*. Enkele praktijkvoorbeelden zijn opgespoord en nader bekeken, en mogelijke invloeden van recente wet- en regelgeving rond arbeid&gezondheid onder de loep genomen. Fase 3: *Enquête*. Om de vele mogelijke anamnesevragen uit fase 1 te ordenen en te beperken is i.o.m. de consultants een enquête gehouden onder 25 medisch specialisten en andere betrokkenen (zie boven). Zij moesten per arbeidsanamnese-vraag aangeven of ze dit medisch-specialistisch gezien zagen als kernvraag, verdiepende vraag of géén vraag, dan wel een vraag voor bijvoorbeeld de bedrijfsarts. Fase 4: *Ontwerp van een 1e concept-anamnese* op basis van fase 3, gevolgd door een *workshop*, waar het projectteam+adviseur, 7 medisch specialisten, 2 bedrijfsartsen en een patiëntenvertegenwoordiger consensus bereikten over kernvragen, verdiepende of optionele vragen. Fase 5: *Praktijktoets/evaluatie*: daarna is een *anamnese-testversie* opgesteld en becommentarieerd door workshopdeelnemers, waarna 20 medisch specialisten hem wilden toetsen in hun praktijk. Fase 6: *Oplevering eindproduct*. Vanwege het diverse evaluatiebeeld is de testversie van de arbeidsanamnese beperkt aangepast en met de evaluatie aangeboden aan de Orde ter verdere implementatie.

Resultaat: het doorlopen van deze fasen, met veel feedback uit de praktijk, resulteerde in een algemene arbeidsanamnese, gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, een consensus-bijeenkomst en een kritisch-positieve praktijktoets. Daarin gaven de specialisten aan, dat zo'n anamnese een toegevoegde waarde betekende voor diagnostiek&behandeling op hun vakgebied, leidend tot betere patiëntenzorg. Kritiekpunten zijn in de eindversie van de anamnese verwerkt. Ook werd een patiëntenvragenlijst ontwikkeld. De anamnese is te beschouwen als nuttig (enquête, evaluatie) en hanteerbaar (workshop, evaluatie). De validiteit viel binnen de beperkingen van dit project moeilijk te beoordelen.

Aanbevelingen: gebruik en evalueer de arbeidsanamnese verder in praktijk. Laat Wetenschappelijke Verenigingen de arbeidsanamnese aanpassen aan hun eigen specialisme. Breng de arbeidsanamnese binnen richtlijnenontwikkeling zodat hij onderdeel kan gaan vormen van DBC's. De ontwikkeling van een leidraad voor de afstemming tussen medisch specialist en bedrijfsarts is gewenst.

Beschouwing: het inbouwen van veel checks met 'de praktijk' en de uitdrukkelijke keuze voor een breed bruikbare en ook breed gedragen vragenlijst, heeft geleid tot het 'indikken' van het grote aantal vragen uit de wetenschappelijke literatuur tot een zeer beperkt aantal, omdat de dagelijkse medisch-specialistische praktijk zich kenmerkt door efficiency en tijdgebrek. Bovendien waren vragen voor het ene specialisme (veel) relevanter dan voor het andere. Dit verwijst naar een tegenstrijdigheid, die bleek tijdens het project: het ontwikkelen van een *algemene* anamnese voor medisch specialisten, terwijl '*algemene*' medisch specialisten niet bestaan. Toch menen we in samenspel met de 'praktijk' een zo goed mogelijk afgewogen product te hebben ontwikkeld, waarmee veel medisch specialisten hun werk kunnen verbeteren ten voordele van diegenen onder hun patiënten, die betaald werk hebben. Want, zoals ook uit de context-analyse blijkt: behoud van werk wordt steeds belangrijker, en 'arbeid' komt steeds meer de spreekkamer binnen. En de evaluatie bevestigt eerder onderzoek, dat zo'n 2/3 van de polibezoekers tussen de 15 en 65 jaar oud zijn, waarvan de helft betaald werk heeft.

Conclusie: Dit project heeft een in de praktijk getoetste, generieke arbeidsanamnese opgeleverd voor medisch specialisten, gebaseerd op een degelijke wetenschappelijke literatuurstudie en ontwikkeld in nauwe samenspraak met specialisten, bedrijfsartsen, kenniscentra 'arbeid & gezondheid' en ook patiënten. De praktijktoets leverde een kritisch-positief beeld, met erkenning van het belang van het vragen naar arbeid & gezondheid t.b.v. een betere patiëntenzorg. Gesignaleerde knelpunten lijken vooral verband te houden met twee spanningsvelden: tussen vakinhoudelijke wensen en 'productie-eisen' uit de praktijk en tussen een 'generieke' anamnese en de 'specialistische' praktijk. De specialist heeft niettemin nu een instrument, waarmee eventuele samenhang van klachten met het werk eerder valt te constateren en dus eerder preventieve actie ondernomen kan worden. Tenslotte bleek er behoefte aan een Leidraad voor betere afstemming met de bedrijfsarts, zoals al bestaat voor huisartsen.

1 Inleiding

Het project 'Arbeidsanamnese' maakt deel uit van het eind 2001 door de Orde gestarte programma "Medisch Specialistische Arbocuratieve Zorg", in aansluiting op een onderzoek van TNO Arbeid naar de ervaringen en opvattingen van medisch specialisten over samenwerking met bedrijfsartsen (Van Amstel en Buijs, 2000). Daaruit bleek o.a., dat meer dan 80% van de specialisten een betere samenwerking wenst. Om die wens verder te concretiseren werd er een ad-hoc werkgroep opgericht door de Orde o.l.v. de toenmalige voorzitter Floris Sanders, verder bestaande uit de (toenmalige) voorzitters van de Wetenschappelijke Verenigingen van orthopeden, psychiaters, neurologen en revalidatieartsen, de voorzitter van de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeid en Bedrijfsgeneeskunde) en op verzoek van de Orde, Peter Buijs (onderzoeker/adviseur TNO Arbeid) voor inhoudelijke ondersteuning en voor het schrijven van het gezamenlijke Orde/NVAB-rapport "Op weg naar betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij begeleiding van (zieke) werknemers: nadere voorstellen" (Buijs, 2002).

Eén van de knelpunten bij de samenwerking met de bedrijfsartsen die de Werkgroep signaleerde, is dat veel specialisten een "blinde vlek" hebben voor de factor arbeid en de implicaties daarvan. Om dit knelpunt op te lossen stelde de Werkgroep onder anderen voor om specialisten te laten doordringen van het belang van het afnemen van een adequate *arbeidsanamnese*.

TNO Arbeid (sinds januari 2005 TNO Kwaliteit van Leven) heeft in opdracht van de Orde het project "Ontwikkeling richtlijn arbeidsanamnese voor medisch specialisten" uitgewerkt en uitgevoerd. De uitvoering van het project vond plaats in de periode november 2003 tot juni 2005 en is gefinancierd door ZonMw, met het ministerie van SZW, het instituut GAK, de Orde Medisch Specialisten en TNO,¹ als cofinanciers. Dit rapport geeft een beschrijving van de opzet, uitvoering en resultaten van het project.²

1.1 Doel-/vraagstelling van het project

Het ontwikkelen van een generieke arbeidsanamnese ten behoeve van medisch-specialistische doeleinden, dat wil zeggen: opstellen van een set van relevante vragen op het terrein van arbeid & gezondheid en van arbocuratieve afstemming/samenwerking. De anamnese moet valide, nuttig en hanteerbaar zijn.

¹ Bijdrage TNO vanuit doelfinancieringsprogramma 'Arbeid en Gezondheid' van het ministerie van VWS.

² De inhoud van het rapport is eerder in 2005 gepubliceerd als een ZonMw eindverslag-formulier, met als projectnummer 3025.0006.

2 Methode

Het project is onderverdeeld in zes fasen.

1. inventarisatie;
2. nadere contextanalyse;
3. beperkte enquête onder medisch specialisten en anderen;
4. ontwerp concept arbeidsanamnese;
5. toetsing in de praktijk;
6. aanpassen van de testversie van de arbeidsanamnese.

In de volgende paragrafen worden deze fasen beschreven.

2.1 Fase 1: Inventarisatie

In fase 1 is geïnventariseerd wat er binnen en buiten de medische specialistische wereld voorhanden is aan voorbeelden van (delen) van een arbeidsanamnese en aan praktijkervaring en zo mogelijk wetenschappelijke evaluaties daarvan. De volgende bronnen zijn geraadpleegd/geïnventariseerd over wat er voor handen is:

1. Internationale literatuursarch.

De search voor de arbeidsanamnese is opgesplitst in twee delen

- (1) een search dat zich richtte op de invloed van Werk → Gezondheid, waarbij in de arbeidsanamnese de nadruk ligt op een mogelijk verband van klachten of aandoening met het werk (beroepsziekte of arbeidsgebonden aandoening);
- (2) een search dat zich richtte op de invloed van Gezondheid → Werk, waarbij in de arbeidsanamnese een nadruk ligt op mogelijke gevolgen van ziekte of klachten voor het werk..

Er is voor het eerste deel gezocht in Medline, Embase, Nishtic2.

Pubmed zoektermen:

- occupational history (taking)
- work/employment/occupation
- medical history/case history/ sign and symptoms/ interviews

Embase zoektermen:

- occupational history (taking)
- occupation
- anamnesis
- effectiveness OR validity
- medical history

Nioshtic 2 zoektermen:

- occupational history

Er is voor het tweede deel gezocht in Pubmed met de volgende zoektermen:

- fitness for work
- history/occupational history/work history
- employment/occupations/occupation
- work rehabilitation/return to work
- work conditions
- assessment

2. De literatuur die gebruikt is voor de ontwikkeling van de Leidraad voor afstemming en samenwerking van huis- en bedrijfsartsen bij sociaal medische begeleiding (Anema e.a., 2002).

3. NVAB (Richtlijnen voor de bedrijfsarts), NCvB (arbeidsanamnese).
4. Aanpalende projecten: ondermeer
 - a. PACT (contactpersonen Benno Reerink (NSPOH), Rieneke Sijderius (bedrijfsarts, arbodienst Schermer, Trommel & de Jong));
 - b. Arbeid als Speerpunt (contactpersoon Marjolein Bastiaanssen, KNMG);
 - c. Samenwerking medische specialisten en bedrijfsartsen' (AKB; contactpersoon Harold Miedema);
 - d. Onderzoek "Arbocuratieve samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen: de ontwikkeling en toetsing van een arbeidsanameselijst in de praktijk van medisch specialisten" (Evers, 2003);
 - e. Arbo-curatieve samenwerkingsprojecten: evaluatierapporten (zes NVAB/LHV projecten, contactpersoon Leonore Nicolai (Medwerk); acht ZonMw projecten, contactpersonen Louise Hol en Inge van den Borne, ZonMw);
 - f. Arbeid in CBO-Richtlijnen (CBO, contactpersoon Mirjam Valk).
5. Relevante NVAB-werkgroepen.
6. Ervaringen van bedrijfsarts-arbeidsconsulenten (contactpersoon Dick Spreuwers, directeur NCvB).

Om te achterhalen of bepaalde projecten of initiatieven bruikbare informatie voor de ontwikkeling van de arbeidsanamnese voor medisch specialisten of de implementatie ervan, hadden, is contact gezocht met betrokken instanties of is gesproken met personen die direct betrokken waren bij de uitvoering van projecten of initiatieven. In die gesprekken is nagegaan wat de projecten of initiatieven inhielden, en of er ook sprake was van een arbeidsanamnese(instrument).

2.2 Fase 2: Nadere contextanalyse

Op verzoek van ZonMw zijn in fase 2 voor bepaalde informatiebronnen van fase 1 en ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor de ontwikkeling van een arbeidsanamnese enkele aanvullende contextanalyses gedaan. Het betreft het volgende:

- Aanpalende projecten op het terrein van arbocuratieve samenwerking in kaart brengen met als doel om, waar mogelijk, ze zo te presenteren, dat ze voor andere specialismen als voorbeeld kunnen dienen, respectievelijk (aangepast) nagevolgd kunnen worden (conform projectvoorstel). Het gaat dan om de acht-regionale ZonMw projecten die in 2001 zijn uitgevoerd en daarna zijn geëvalueerd. Met Inge van den Borne van ZonMw is de oorspronkelijke vraagstelling doorgenomen en als volgt geherformuleerd: Wat is de rol van medisch specialisten geweest in de acht regionale ZonMw projecten? Om dit na te gaan zijn de volgende documenten doorgenomen:
 - eindverslagen projecten ZonMw;
 - eindverslagen procesevaluaties;
 - eindverslagen projecten;
 - producten uit projecten zelf (toegestuurd door ZonMw).
 De volgende vragen zijn telkens als uitgangspunt gebruikt bij het doornemen van de documenten:
 - Waren er knelpunten tijdens het project als het gaat om de betrokkenheid van de medisch specialisten?
 - Zo ja, welke en hoe zijn ze opgelost?

- Zijn de knelpunten projectgebonden of zijn het knelpunten die opgaan voor alle arbocuratieve samenwerkingsverbanden?
- De actuele stand van zaken is uitgezocht met betrekking tot de verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts met als doel deze recente ontwikkeling te betrekken bij de ontwikkeling van de arbeidsanamnese;
- De stand van zaken met betrekking tot de relevante arbo/sociale zekerheidswet- en regelgeving is in beschouwing genomen, teneinde met het oog op de implementatie bevorderende en belemmerende factoren te kunnen identificeren. Het betreft de volgende wet- en regelgevingen, alsmede andere relevante documenten:
 - Wet Verbetering Poortwachter (WVP);
 - Wet Werk en Inkomen naar arbeidsvermogen (WIA);
 - aanpassing van het huidige stelsel van arbodienstverlening;
 - nieuw zorgstelsel 2006;
 - leidraad: Aanpak verzuim om psychische redenen;
 - leidraad voor afstemming en samenwerking van huis- en bedrijfsartsen bij sociaal medische begeleiding.

Hierbij zijn ook de uitgangspunten en randvoorwaarden voor de samenwerking tussen medisch specialist en bedrijfsarts, zoals beschreven in het rapport “Op weg naar betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij begeleiding van (zieke) werknemers: nadere voorstellen”, meegenomen.

2.3 Fase 3: Beperkte enquête onder medisch specialisten en anderen

In deze fase van het project zijn in een vragenlijstonderzoek 15 medisch specialisten, vijf bedrijfsartsen en zes deskundigen werkzaam bij expertisecentra/kenniscentra op het terrein van arbeid en gezondheid bevraagd naar welke elementen volgens hen thuishoren in een arbeidsanamnese.

De werving van de medisch specialisten voor het vragenlijstonderzoek is gedaan in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen van elf specialismen. De werving van de bedrijfsartsen is afgestemd met de Nederlandse Vereniging voor Arbeid en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).

De enquête “bouwstenen arbeidsanamnese” is in de 1e week van augustus 2005 verstuurd aan 25 deelnemers: 5 bedrijfsartsen, 6 specialisten/bedrijfsartsen werkzaam bij expertisecentra/kenniscentra en 15 medisch specialisten: audiologie (1), cardiologie (1), dermatologie (1), gynaecologie (2), interne (2), neurologie (1), orthopedie (2), psychiatrie (1), pulmonologie (1), reumatologie (1), revalidatie (1).

In het vragenlijstonderzoek hebben de deelnemers een 30-tal vragen beoordeeld die in aanmerking kunnen komen voor een generieke arbeidsanamnese. Het doel was om inzicht te krijgen in welke vragen de gebruikers van een arbeidsanamnese nuttig vinden in een arbeidsanamnese, dat wil zeggen relevant voor de diagnostiek en behandeling. Verder wilden wij weten of zij een relevante vraag een kernvraag vinden, dus een vraag die de arts altijd behoort te stellen, dan wel of de vraag een verdiepende vraag is. In het kader op de volgende bladzijde is aangegeven welk type informatie van de deelnemers is verzameld over een voorgelegde arbeidsanamnesevraag.

De keuze, geen vraag voor een specialist betekent dus dat de voorgestelde vraag volgens de deelnemer niet in een generieke arbeidsanamnese thuishoort.

Ook is aan de deelnemers gevraagd hun mening te geven over zes overwegingen of gedachtegangen die de specialist kan betrekken in zijn besluitvorming om contact op te nemen met de bedrijfsarts.

enq1. Is het antwoord op deze vraag volgens u relevant voor de diagnose en behandeling van de medisch specialist?

niet relevant (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) zeer relevant

enq2. Hoe zou u deze vraag classificeren? (*Graag aankruisen, waarbij meerdere keuzes mogelijk zijn*)

Patiënt met bedrijfsarts

| kernvraag specialist | verdiepende vraag specialist | verdiepende vraag bedrijfsarts | geen vraag voor specialist |
|----------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| | | | |

enq3. Zijn de vraag en de antwoordopties duidelijk geformuleerd?

nee ja

Zo nee, hoe zou u deze vraag en antwoordopties dan willen formuleren?

Per overweging zijn aan de deelnemers de volgende vragen gesteld:

enq1 In de bouwstenen voor een arbeidsanamnese is ruimte opgenomen voor enkele opmerkingen van de specialist (*overwegingen van de specialist*) die mogelijk relevant zijn voor de patiënt in relatie tot zijn werksituatie, of bij contact van de specialist met de bedrijfsarts (arb13, arb17, arb29 t/m arb32). Het zijn dus geen arbeidsanamnesevragen.

Vindt u dat de overweging die hier beschreven staat, te zijner tijd verwerkt moeten worden /een plaats moet krijgen in een arbeidsanamnese?

nee ja

enq2. Hoe zou u deze overweging classificeren? (*Graag aankruisen, waarbij meerdere keuzes mogelijk zijn*)

| kern overweging specialist | verdiepende overweging specialist | verdiepende overweging bedrijfsarts | geen overweging voor specialist |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| | | | |

Tot slot zijn in de enquête aan de deelnemers enkele (algemene) vragen gesteld over het gebruik en toepassing van een arbeidsanamnese. De vragenlijst is aan de vijf consultants van het onderhavige project voorgelegd en hun commentaar is verwerkt in de definitieve versie.

Als achtergrondinformatie ontvingen de deelnemers een document waarin in het kort de voorgeschiedenis en doelstelling van het onderhavige project, de bouwstenen voor een arbeidsanamnese en een op literatuur gebaseerde onderbouwing van voorgestelde arbeidsanamnesevragen, zijn beschreven. Dit document is te beschouwen als een sa-

menvatting van de resultaten van fase 1 en fase 2 (zie bijlage 1, Achtergronden arbeidsanamnese project).

Om het patiëntenperspectief op de arbeidsanamnese bij de ontwikkeling van de arbeidsanamnese te kunnen betrekken en mee te kunnen nemen in de workshop (zie fase 4), zijn twee personen (BreedPlatform Verzekerden & Werk en Pandora) uit de patiëntenbeweging gevraagd om hun mening te geven over de arbeidsanamnese. Centraal stond de volgende vraag:

- Zijn er volgens u, vanuit patiëntenperspectief bekeken, vragen die een medisch specialist volgens een patiënt/werknemer zou moeten stellen, maar die in het huidige document niet beschreven zijn? Centraal staat hier dus de verwachting van de patiënt wat een medisch specialist voor hem/haar kan betekenen. Voor de beantwoording van deze vraag, vragen wij van u dat u onze vraag beantwoordt als patiënt/werknemer ongeacht welke ziekte hij/zij heeft.

2.4 Fase 4: Ontwerp concept arbeidsanamnese

Op basis van de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder medisch specialisten en deskundigen op het terrein van arbeid & gezondheid, zijn de voorgestelde arbeidsanamnesevragen uit fase 3 in concept ingedeeld in kernvragen, verdiepende vragen en geen vraag voor de medisch specialist, en is, daar waar nodig, de formulering en de volgorde van de vragen aangepast. De resultaten van het vragenlijstonderzoek zijn vervolgens besproken in een workshop die in november 2005 plaatsvond. Aan deze workshop hebben naast de vijf leden van het projectteam, negen artsen (zeven medisch specialisten en twee bedrijfsartsen) deelgenomen waarvan er acht ook aan het vragenlijstonderzoek hebben deelgenomen. Ook was er iemand aanwezig van de patiënten/werknemerszijde, namelijk een medewerker van het BreedPlatform Verzekerden & Werk (zie bijlage 2).

Het doel van deze bijeenkomst was om, aan de hand van de resultaten van het vragenlijstonderzoek, met de gebruikers van de arbeidsanamnese en deskundigen op het terrein van arbeid & gezondheid:

- consensus te bereiken over de keuze van de vragen die opgenomen worden in een definitievere arbeidsanamnese;
- van gedachten te wisselen over de invulling van de praktijktoets (fase 5).

2.5 Fase 5: Toetsing in de praktijk

De arbeidsanamnese is aan de hand van de resultaten van de workshop verder aangepast en geschikt gemaakt voor toepassing in de praktijk. Hierbij fungeerden de deelnemers van de workshop als klankbordgroep.

Om de bruikbaarheid van de arbeidsanamnese te onderzoeken, is:

- de arbeidsanamnese getoetst in de praktijk door medisch specialisten;
- de mening over de arbeidsanamnese gevraagd van enkele bedrijfsartsen en personen uit de patiëntenbeweging.

Gedurende drie weken hebben een beperkt aantal medisch specialisten de arbeidsanamnese toegepast bij nieuwe poliklinische patiënten. De werving van deze specialisten gebeurde in samenwerking met de deelnemers van de workshop en/of hun wetenschappelijke verenigingen. Het streven was om 20 specialisten te betrekken bij de praktijktoets. In totaal hadden 18 specialisten toegezegd om mee te doen. Eén van de

drie revalidatieartsen had ook nog twee van zijn collega's bereid gevonden om mee te doen. Van de 20 specialisten die informatie ontvingen over de praktijktoets, hebben 17 aan de praktijktoets meegedaan. Drie specialisten zijn uitgevallen (toch te druk, arbeidsconflict, te laat met de toets willen beginnen).

Om een indruk te krijgen van de samenstelling van de poliklinische patiëntenpopulatie, hielden de specialisten gedurende de drie praktijktoetsweken een resultatenformulier bij waarop per polikliniekdag kon worden aangegeven het totaal aantal nieuwe patiënten, aantal nieuwe patiënten in de leeftijd van 16-65 jaar, het aantal werkende nieuwe patiënten.

De evaluatie bij de medisch specialisten vond op twee manieren plaats:

1. een telefonisch interview van maximaal een ½ uur waarbij per nieuwe patiënt gevraagd en genoteerd werd (in een computerprogramma) of de patiënt voldeed aan het inclusie criterium (leeftijd 16-65), en zo ja, of de arts de vragen stelde die hij/zij volgens de arbeidsanamnese zou moeten of kunnen stellen;
2. een schriftelijke evaluatie met enkele algemene vragen over ervaringen tijdens de praktijktoets en hun mening over het gebruik en zinvolheid van de arbeidsanamnese in hun vakgebied/specialisme.

De arbeidsanamnese die de medisch specialisten gebruikten tijdens de praktijktoets is voorgelegd aan zeven bedrijfsartsen en drie personen uit de patiëntenbeweging. Zij ontvingen hiertoe een kort schriftelijke evaluatieformulier. De bedrijfsartsen die waren aangeschreven en twee van de drie personen uit de patiëntenbeweging, hebben ook meegedaan met het vragenlijstonderzoek van fase 3.

De evaluatieformulieren zijn opgenomen in bijlage 3A t/m 3C.

2.6 Fase 6: Aanpassen van de testversie van de arbeidsanamnese

Op basis van de resultaten van de toetsing en de evaluatie in de vorige fase, is de testversie van de arbeidsanamnese verder aangepast.

3 Resultaten/nieuwe inzichten

In de volgende paragrafen worden de resultaten per fase van het project besproken. Paragraaf 3.1 beschrijft de resultaten van de inventarisatie van de geraadpleegde bronnen. De resultaten van de contextanalyse worden in paragraaf 3.2 gepresenteerd. In paragraaf 3.3 gaan we in op de resultaten van de beperkte enquête onder medisch specialisten en andere deskundigen op het terrein van arbeid & gezondheid, en in paragraaf 3.4 bespreken we de workshop waarin de resultaten van die enquête zijn besproken. De praktijktoets en de evaluatie van de testversie van de arbeidsanamnese bespreken we in de daaropvolgende paragraaf 3.5. Het hoofdstuk sluiten we af met paragraaf 3.6 waarin we de eindproducten van het arbeidsanamnese project benoemen.

3.1 Fase 1 Inventarisatie

3.1.1 *Internationale literatuur*³

De search die zich richtte op de relatie van Werk op de Gezondheid leverde 10 relevante artikelen op (beoordeeld op basis van de abstracts). De search die zich richtte op de relatie Gezondheid op Werk leverde 4 relevante artikelen op. De literatuurlijst is opgenomen in bijlage 4.

Voorlopige conclusie/samenvatting:

In de internationale literatuur is voldoende gepubliceerd ten aanzien van de arbeidsanamnese. De vragen die worden geadviseerd zijn redelijk identiek. Ten aanzien van de validering van deze vragen is niet zoveel gepubliceerd.

Voor de Nederlandse specialist is te overwegen een beperkt aantal van de vragen over te nemen. Bijvoorbeeld de volgende 4 vragen als standaard:

1. Wat is het huidige werk? Wat voor (langdurig) werk is in het verleden verricht?
2. Is er nu of in het verleden blootstelling geweest aan chemicaliën, stoffen, dampen, hard lawaai, straling of fysieke belasting?
3. Ten aanzien van de huidige klachten; is er mogelijk een relatie met het werk of met de privé-omstandigheden? Is er een mogelijke relatie met blootstelling aan eerder genoemde stoffen of stressoren?
4. Aanwezigheid van bepaalde “triggers”? (referentie 7, bijlage 4).

Bij verdere verdenking op relatie van de klacht met het werk, kan dan verder uitgevraagd worden.

Voor alle specialismen geldt dat er enkele ziektebeelden zijn die de specialist extra alert zou moeten maken (deze vallen onder de “triggers”). Een idee is om per specialisme een lijst te maken van symptomen of ziektebeelden die verder uitvragen van de arbeidsanamnese stimuleren.

Er zou in een verdere literatuursearch ook gekeken kunnen worden welke vragen dan hiervoor zinvol zijn. Bijvoorbeeld een viertal ziektebeelden nemen en zoeken op occupational history.

Ten aanzien van advisering van de specialist richting werk geldt opnieuw dat het afnemen van een arbeidsanamnese de eerste stap is. Vervolgens zal de arts zich moeten

³ Frederike Schaafsma en Frank van Dijk. Verslag inventarisatie Arbeidsanamnese voor specialisten. Amsterdam: AMC, Coronel laboratorium, augustus 2003.

bedenken in hoeverre de aandoening of behandeling consequenties zou kunnen hebben voor de patiënt. Per specialisme is er weer een aantal specifieke ziektebeelden waarvoor dit in versterkte mate geldt.

De verzamelde literatuur is gebruikt voor de ontwikkeling van arbeidsanamnesevragen en verwerkt in het document 'Achtergronden project arbeidsanamnese' (zie ook fase 3). Hiervoor wordt verwezen naar bijlage 1.

3.1.2 *Leidraad literatuur*

De literatuur is gebruikt voor de ontwikkeling van arbeidsanamnesevragen en verwerkt in het document 'Achtergronden project arbeidsanamnese' (zie ook fase 3). Hiervoor wordt verwezen naar bijlage 1.

3.1.3 *NVAB-Richtlijnen*

De NVAB heeft vier Richtlijnen ontwikkeld en geautoriseerd voor de volgende aandoeningen: Lage rugklachten, Psychische aandoeningen, Oogonderzoek en beeldschermwerk en Astma en COPD. Handeczeem en ischaemische hartziekten zijn in ontwikkeling.

De Richtlijnen beschrijven niet specifiek arbeidsanamnesevragen. Bij Astma en COPD is er wel een vragenlijst opgenomen specifiek voor ademhalingsklachten om vast te stellen of er sprake is van beroepsgebondenheid van die klachten. Zo verwijst Astma en COPD naar de richtlijnen voor het afnemen van een arbeidsanamnese door een bedrijfsarts. Bronnen die hiervoor genoemd zijn, zijn

- J.H.A.M. Verbeek. Is werken gezond? De relatie tussen werk en gezondheid. In: Inleiding in de bedrijfsgezondheidszorg. (eds J.H.A.M. Verbeek). Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1998.
- G. van der Laan, L. Bier. Inleiding. In: Beroepsziekten in de praktijk (eds: G. van der Laan, T.M. Pal, D.P. Bruynzeel). Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2002.

De laatste genoemde bron beschrijft de aanpak hoe een bedrijfsarts kan vaststellen of een aandoening beroepsgebonden is of niet.⁴ De aanpak beschrijft niet expliciet arbeidsanamnesevragen.

Conclusie

De NVAB Richtlijnen geven aan wanneer de bedrijfsarts contact op moet nemen met een medisch specialist. De medisch specialist krijgt in dat geval een specifieke vraag met bijbehorende informatie en zal van daaruit verder werken. De relevantie van NVAB Richtlijnen voor het onderhavige project ligt in het gegeven dat medisch specialisten in toenemende mate te maken krijgen met de factor arbeid.

3.1.4 *Aanpalende projecten*

PACT 3

Doel is het opstellen en testen van nascholingsmodules voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch specialisten.

Gesprek met Benno Reerink (projectleider), 4 januari 2004

Het project begon met een pilot: het ontwikkelen van cursus materiaal en het uittesten van dit materiaal tijdens nascholingscursussen. Men is begonnen met de specialisten cardiologie en reumatologie (regionaal: cardiologie Groningen en reumatologie

⁴ Hierin wordt een vijf-stappenplan beschreven om vast te stellen of er sprake is van een beroepsziekte.

LUMC). De betrokken specialismen werkten mee aan de ontwikkeling van het cursusmateriaal. De wetenschappelijke verenigingen leverden een bijdrage door specialisten te leveren.

De nascholingscursus vindt plaats op een bedrijf, aan de hand van casuïstiek. Tevens krijgen specialisten een rondleiding op de werkplek. Zo vond de nascholingscursus voor cardiologie plaats bij de brandweerkazerne in Groningen. Nu is men bezig met de nascholingscursus voor dermatologie, die gehouden wordt bij DSM (Geleen).

Bij aanvang van het project werd het project ondersteund door de KNMG en LVSG (PACT I en II), en is nu ondergebracht bij het NSPOH. Voor reumatologie en voor cardiologie heeft men een checklist ontwikkeld, waarbij aandacht is voor arbeid. Benno Reerink gaf aan dat hij het jammer vond dat de generieke arbeidsanamnese er komt nadat er specifieke checklists zijn ontwikkeld.

Wat nu moet gebeuren: cursusmateriaal landelijk maken. Het onderwerp arbeid onderdeel uit laten maken bij de beroepsopleiding van de specialisten (= eindtermen definiëren voor arbeid). Dit laatste is een moeizame weg. Sommige specialismen hebben reeds eindtermen gedefinieerd, anderen zijn er mee bezig, en weer anderen zijn voorsnog niet over te halen. Benno is bang dat ook PACT3 een aflopende zaak wordt.

Conclusie

Benno Reerink heeft ervaring met het onder de aandacht brengen van het onderwerp arbeid bij de specialisten, waarom gaat het zo moeilijk, wat vinden zij belangrijk, wat vinden zij maar niks. Van de term arbocuratieve samenwerking worden medisch specialisten niet warm of koud. Dit vinden zij te vaag. Het liefst werken zij zo concreet mogelijk.

Arbeid als Speerpunt

In januari 2000 startte GGZ Nederland, in opdracht van het Ministerie van VWS, het project 'Arbeid als speerpunt in de GGZ', waarmee zij wilde bijdragen aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen, het verbeteren van de kwaliteit van hulpverlening bij arbeidsrelevante psychische problematiek met speciale aandacht voor de zorgketen en het terugdringen van wachttijden voor hulpverlening in de GGZ. GGZ Nederland ontwikkelde in samenwerking met een aantal instellingen in de regio's Arnhem, Haaglanden en Utrecht een hulpverleningsaanbod voor cliënten met arbeidsrelevante psychische klachten, programma Arbeid genaamd. Programma Arbeid bestond onder andere uit het inventariseren van het regionale zorgaanbod, de ontwikkeling van nieuwe zorgproducten en de formulering van inclusiecriteria voor de verschillende onderdelen van het programma Arbeid. GGZ Nederland heeft aan TNO Preventie en Gezondheid (PG) verzocht een evaluatieonderzoek uit te voeren naar enerzijds de samenwerking tussen bedrijfsartsen en ggz-hulpverleners bij arbeidsrelevante psychische hulpverlening (zorgketen) en anderzijds de kenmerken van het primaire cliëntgebonden proces (wacht- en doorstroomtijden) en de effecten van behandeling in het programma Arbeid.⁵

⁵ J. van Reeuwijk-Werkhorst, M. Verlaan, L. Spohr. GGZ-arbeidshulpverlening werkt. Evaluatie van het zorgproces en de effecten van behandeling bij cliënten met arbeidsgerelateerde psychische klachten. Leiden: TNO, rapportnummer PG\K&D\2003.334, 2004.

Conclusie

Dit project bevat geen raakvlakken met de arbeidsanamnese (mondelijke mededeling van Marjolein Bastiaanssen d.d. 30 november 2003, KNMG, en lid van de begeleidingscommissie).

Arbocuratieve samenwerkingsprojecten

Gesprek met Leonore Nicolai, 8 januari 2004. Zij was de landelijke projectleider van de zes arbocuratieve samenwerkingsprojecten van de LHV/NVAB en was betrokken bij de acht arbocuratieve samenwerkingsprojecten van ZonMw.

Een samenvatting van opmerkingen:

- Haar ervaring is dat veel goede initiatieven stranden in de implementatie fase omdat de toepassing van de producten in de praktijk stuit op veel niet vooraf voorziene hobbels, dan wel dat meer professionals te maken krijgen met de uitwerking/afhandeling van het product die niet tot de doelgroep behoren en dus ook niet “voorbereid” zijn. Een voorbeeld: een huisarts stuurt een patiënt die 1 jaar al specifieke klachten heeft, maar niet verzuimt, waarvan hij vermoedt dat de rug- en nekklachten mogelijk met het werk te maken hebben/ dan wel dat het werk de klachten onderhoudt en verwijst patiënt naar de arbodienst. De patiënt ziet de bedrijfsarts echter niet, want bij de arbodienst wordt zij gezien door een bedrijfsverpleegkundige (intake via checklist) die haar doorverwijst naar een bedrijfsfysiotherapeut. De bedrijfsfysiotherapeut concludeert dat de rug-/nekklachten niet belemmerend zijn voor het werk. Patiënt voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd en meldt zich alsnog ziek, huisarts voelt zich gefrustreerd omdat de bedrijfsarts zijn patiënt in het geheel niet heeft gezien.
- Leonore kan veel voorbeelden noemen waarbij de organisatie van het arbocuratieve veld belemmerend/ frustrerend werkt op een succesvolle uitwerking van een arbocuratieve samenwerkingsproduct.
- Een andere valkuil die Leonore noemde is de afstand van de ontwikkelaars van een arbocuratieve samenwerkingsproduct en de doelgroep die het product gaan gebruiken. Zo wordt bijvoorbeeld de “Leidraad voor afstemming en samenwerking van huis- en bedrijfsartsen bij sociaal medische begeleiding” als te abstract bevonden en niet werkbaar. Houd het kort en zeer eenvoudig, ook het taalgebruik.
- Bewerk voordat de arbeidsanamnesekaart ontwikkeld wordt al de professionals die met de arbeidsanamnese, dan wel met afhandeling daarvan, te maken krijgen, met informatie: wat staat er aan te komen, wat willen wij beogen met de arbeidsanamnesekaart, wie krijgen er allemaal mee te maken, wat wordt er verwacht van de specialisten, welke mentaliteitsveranderingen moeten er plaatsvinden enz... Maak de specialisten duidelijk wat een bedrijfsarts kan doen bij een patiënt met werkgerelateerde klachten, werkrelevante klachten of die tijdelijk wat rustiger aan moet doen in kader van diagnostiek/behandeling. Er is nog steeds veel wantrouwen over en weer (tussen bedrijfsartsen en specialisten). Bij vooraf informeren wat er staat te gebeuren (voorverwerken, inweken) moeten we er ook nog vanuit gaan dat veel informatie niet gelezen wordt. Dus ook werken met andere voorlichtingsmethoden.
- Het op de agenda plaatsen van het onderwerp “arbeid in de spreekkamer van de specialist” moet volgens Leonore al in een vroeg stadium van het arbeidsanamnese-project plaatsvinden. Betrek hierbij de 15 projectleiders van de 15 regio's (Medwerk). Zij hebben bijvoorbeeld al moeite om bij de verschillende DHV's⁶ bin-

⁶ De ondersteuningsstructuur voor huisartsen, de DHV's (District Huisartsen Verenigingen), is opgeheven na een herverdeling van overheids- en verzekeringsgelden. De nieuwe structuur, de Regionale OndersteuningsStructuur (ROS) is ruimer en ook andere partijen uit de eerste lijn kunnen gaan deelnemen aan een ROS.

nen te komen, laat staan om het onderwerp arbeid op de agenda te krijgen, of dat de regionale werkgroep van deskundigen nascholingscursussen voor huisartsen wil organiseren over het onderwerp arbeid ‘arbeidsgerelateerde klachten – samenwerking bedrijfsartsen’.

- Een landelijke implementatie van een instrument wordt vaak niet prettig gevonden. Men (professionals) wil graag de mogelijkheid hebben voor “regionale” aanpassingen, dus werken met “halffabrikaten”.

Advies Leonore:

- Gebruik onze ervaring uit de regionale projecten, vooral de ervaringen die opgedaan zijn tijdens de implementatie en doe er wat mee;
- Begin al vooraan in het project met de implementatie;
- Houd het te ontwikkelen instrument eenvoudig in opzet en taalgebruik.

Samenwerking medische specialisten en bedrijfsartsen’

Doelstelling van dit project is het ontwikkelen van protocollen voor de samenwerking tussen medisch specialisten (i.c. orthopeden) en bedrijfsartsen voor een viertal orthopedische aandoeningen die veelvuldig door orthopeden worden gezien en het evalueren van de effecten van verbetering van de samenwerking gebaseerd op deze protocollen. De ontwikkeling van de protocollen en communicatieformulieren *die specifiek zijn* voor vier orthopedische aandoeningen, gebeurt in samenspraak met bedrijfsartsen en orthopedisch chirurgen. Na de ontwikkeling van de protocollen vindt er een gecontroleerd onderzoek plaats met instroom via de orthopedisch chirurg. Een groep patiënten waarbij het bij diens aandoening horende protocol wordt toegepast, wordt vergeleken met een groep patiënten die ‘usual care’ krijgt. De deelnemende patiënten worden 6 maanden gevolgd. Het onderzoek moet begin 2006 zijn afgerond.

Toelichting (Harold Miedema d.d. 19 november 2003, directeur AKB en projectleider) Met de beoogde protocollen of checklists moet worden vastgelegd welke arbeidsrelevante informatie de orthopeed kan leveren waaraan de bedrijfsarts behoefte heeft, hoe en in welke vorm deze informatie geleverd kan worden en hoe de communicatie en de informatie en de eventuele feedback van de bedrijfsarts vorm kan krijgen. Het gaat niet zozeer om een arbeidsanamnese in de bedrijfsgeneeskundige zin. Het gaat om een snelle communicatie van arbeidsrelevante informatie die de orthopeed heeft na enkele consulten en waarmee de bedrijfsarts veel beter de prognose t.a.v. werkhervatting kan inschatten en het reïntegratietraject kan vormgeven.

Arbocuratieve samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen: de ontwikkeling en toetsing van een arbeidsanameselijst in de praktijk van medisch specialisten

Doelstelling van het project is het ontwikkelen en toetsen van een arbeidsanameselijst voor specialisten. De arbeidsanameselijst is ontwikkeld door de uitvoerder van het project, in samenwerking met de zeven specialisten (2 neurologen, 2 orthopeden en 3 reumatologen) die de anameselijst hebben uitgevoerd. Het gebruikte communicatieformulier is op enkele punten na overgenomen uit ‘De leidraad’ (Anema et al, 2002) en aangepast aan de logistiek binnen het ziekenhuis.

In het rapport zijn ervaringen beschreven over de bruikbaarheid van de arbeidsanamnese: Knelpunten, onduidelijkheden, wat te doen bij patiënt X (anamnese gaat te veel uit van de werknemer met bedrijfsarts; veel andere mogelijkheden zijn mogelijk), voorbeelden wanneer contact met bedrijfsarts gewenst/nodig is.

Gesignaleerde aandachtspunten uit dit onderzoek die relevant kunnen zijn voor onderhavig project:

Met betrekking tot de inhoud arbeidsanamnese:

1. De anamneselijst gaat te veel uit van de werknemer met bedrijfsarts; veel andere dienstverbanden zijn mogelijk;
2. De arbeidsanamnesevraag: “Zijn er medische beperkingen ten aanzien van arbeid in deze functie” blijkt vaak moeilijk te beantwoorden te zijn door specialist. Dit is ook niet de taak van de specialist. De vraag moet algemener gesteld worden in een vraag naar beperkingen, los van functie/baan. De bedrijfsarts bepaalt vervolgens of beperkingen relevant zijn.

Met betrekking tot afstemming met bedrijfsarts:

3. Lange tijdsverloop tussen vraag van de specialist en antwoord van de bedrijfsarts;
4. Bewaking van beantwoording van de vraag is noodzakelijk;
5. Bij afstemmingsproblemen is telefonisch contact gewenst (zie ook punt 3);
6. Gesignaleerde onduidelijkheid: Wat moet de specialist doen als de tijd tussen het 1^o consult en aanvullende diagnostiek met uitslagen lang is, en in die tussentijd patiënt wel kan werken maar alleen met aanpassingen. In dit project hebben de specialisten de nijging om nog geen contact op te nemen met de bedrijfsarts omdat het definitieve plaatje nog niet rond is.

Met betrekking tot de implementatie:

7. Specialist heeft behoefte aan een reminder voor invullen arbeidsanamnese module in vervolcontacten;
8. Zichtbaar maken van aanwezigheid van een arbeidsanamnese module in een status (sticker);
9. Aanpassing van het communicatieformulier aan de logistiek van het ziekenhuis;
10. De tijd die tijdens het spreekuur nodig is om een communicatieformulier in te vullen;

Gesignaleerde knelpunten:

11. Hoe te ondervangen dat het communicatieformulier echt bij de bedrijfsarts komt (geeft patiënt het formulier wel af?);
12. Hoe te ondervangen dat patiënt gegevens van de arbodienst heeft;
13. Hoe te regelen dat een communicatieformulier op de arbodienst herkend wordt zodat daar een juiste (snelle) afhandeling plaatsvindt (Faxen wordt als optie genoemd etc.);

Aanbevelingen uit het onderzoek van Evers (2003):

14. Bij de voorbereiding van de implementatie van de arbeidsanamnese, voorlichting geven aan de specialisten dat zij moeten leren gaan denken in functionele beperkingen en niet in diagnoses. Gekoppeld hieraan: de specialisten bewust maken voor de noodzaak van het onderwerp arbeid;
15. De bedrijfsarts moet zich pro-actief opstellen naar de specialist toe. Met andere woorden de bedrijfsarts is degene die contact opneemt met de specialist. Commentaar op aanbeveling:

Beide situaties kunnen in de praktijk voorkomen (1) initiatief door de specialist (2) initiatief door de bedrijfsarts. Het hangt er maar vanaf welke specialist de patiënt/werknemer als eerste consulteert.

Arbeid in CBO-richtlijnen

Ten tijde van het onderhavige project werden twee van de vier deelprojecten afgerond: Arbeid in COPD-CBO-Richtlijnen en Arbeid in CBO-CTS Richtlijnen.

In kader van dit project is een blauwdruk ontwikkeld voor de aanpak van werkgerelateerde interventies in CBO-Richtlijnen. Het doel van deze blauwdruk is het systematisch betrekken van het aspect 'werk' bij de ontwikkeling van een richtlijn.

Hiervoor wordt de volgende methode toegepast:

- In de eerste plaats wordt nagegaan of het op grond van kwantitatieve of kwalitatieve aspecten zinvol is om werkgerelateerde interventies verder te onderzoeken. Er wordt nagegaan of oorzaken in het werk en arbeidsongeschiktheid bij de betreffende aandoening een belangrijke rol spelen. Vervolgens wordt zoals bij alle andere interventies literatuuronderzoek uitgevoerd om te kijken of er evidence is dat deze interventies deze gezondheidsproblemen effectief kunnen verminderen. Het gaat hierbij om zowel therapeutische als preventieve interventies zoals periodiek onderzoek of aanstellingskeuringen. Zoals tot nu toe gebruikelijk is worden aanbevelingen geformuleerd voor alle artsen, ongeacht of ze binnen of buiten de arbozorg werkzaam zijn.

COPD

In de CBO-richtlijnen voor COPD zijn geen arbeidsanamnese vragen vermeld. Wel wordt beschreven wanneer een huisarts/longarts contact op moet nemen met de bedrijfsarts.

CTS

In de CBO-richtlijnen voor CTS zijn enkele arbeidsanamnesevragen vermeld die de huisarts/specialist kan stellen om na te gaan of de aandoening/klachten werkrelevant zijn. De bron is Newman, 1995. Deze referentie is ook in onze eigen internationale literatuursearch naar voren gekomen (zie bijlage 1 'Achtergronden project arbeidsanamnese'). Voor redenen om contact op te nemen met de bedrijfsarts, verwijzen de auteurs naar de richtlijnen uit 'De leidraad voor huisarts/bedrijfsarts' (Anema e.a., 2002).

Conclusie

De relevantie van het project 'Arbeid in CBO-Richtlijnen' voor de arbeidsanamnese voor medisch specialisten, is gelegen in het feit dat door de factor arbeid in relatie tot het ontstaan of onderhouden van een specifieke aandoening te beschrijven in CBO-Richtlijnen, de medisch specialist zich bewust wordt dat de factor arbeid relevant kan zijn voor de diagnostiek en/of behandeling van een patiënt. Naarmate meer CBO-Richtlijnen de factor arbeid opnemen als factor waar rekening mee moet worden gehouden in de diagnostiek en/of behandeling, wordt het voor een medisch specialist zinvoller en legitiemer om standaard in de anamnese naar werk(omstandigheden) te vragen. De te ontwikkelen arbeidsanamnese kan hierbij als instrument gebruikt worden.

3.1.5 Relevante NVAB-werkgroepen

Voor informatie contact opgenomen met Kees van Vliet, directeur van de NVAB. Hij zag geen raakvlakken met de arbeidsanamnese.

3.1.6 Ervaringen van een bedrijfsconsulent

Voor informatie contact opgenomen met Dick Spreeuwiers, directeur van het NCvB (8 december 2003).

Samenvatting van zijn ervaring.

Destijds heeft hij zelf als arbeidsgeneeskundig consulent in de Isalaklinieken een eigen anamneseschema ontwikkeld die hij hanteerde bij de consultatie. Het betreft consultaties op de gebieden dermatologie en longziekten. In feite een vrij simpel schema, in het kort:

- a. Vraagstelling: verwijsvraag van de specialist, aangevuld met perceptie/vragen van de patiënt.
- b. Medische anamnese: uitvragen van de voorgeschiedenis en huidige klachten (speciële anamnese en zonodig delen van de tractusanamnese, volgens de regelen van de kunst zoals wij die wij lang geleden hebben geleerd) en behandelingen.
- c. Arbeidsanamnese: in kaart brengen van de werksituatie (beroep, belastingen, regelmogelijkheden, beschermende maatregelen, belemmeringen in het werk, etc.). In feite de arbeidsanamnese zoals in veel buitenlandse boeken over bedrijfsgeneeskunde staat beschreven (opvallend is dat in veel Nederlandse handboeken dit onderwerp nagenoeg ontbreekt). Hij had hiervoor voor huid- en longaandoeningen een kleine checklist.
- d. Bijkomende belastingen: roken, medicatie e.d
- e. Sociale anamnese: situatie thuis, financiële problemen, etc.

Bovenstaand is volgens Dick Spreeuwers een anamnese zoals de bedrijfsarts in de rol van (medisch) specialist op het gebied van arbeid en gezondheid zou moeten uitvoeren. Verder kon Dick Spreeuwers melden dat:

- In het solvent team van het NCvB expertise is ontwikkeld m.b.t. de anamnese bij patiënten verdacht van CTE (Chronische Toxische Encephalopathie).
- Het NCvB bezig is met de ontwikkeling van een consultatiemodel op de gebieden "gehoor en werk" en "reproductie en werk".

Conclusie

De opgedane ervaring van de bedrijfsconsulent, hoewel werkzaam in een ziekenhuissetting, is meer van toepassing op het afnemen van een anamnese door een bedrijfsarts dan door een medisch specialist. De andere genoemde initiatieven van het NCvB zijn aandoening specifiek en zijn niet nader onderzocht.

3.2 Fase 2 Contextanalyse

In de 'startbrief' van ZonMw d.d. 29-10-2002 wordt ook een nadere contextanalyse gevraagd. De resultaten daarvan worden in deze paragraaf gepresenteerd, allereerst die betreffende een achttal eerdere Zon-projecten met betrokkenheid van medisch specialisten, die mogelijk als voorbeeld zouden kunnen dienen voor andere specialismen.

3.2.1 Arbocuratieve samenwerking van medisch specialisten (behandelaars): de acht ZonMw-projecten nader bekeken

In overleg met ZonMw is de oorspronkelijke vraagstelling als volgt gepreciseerd: Wat is de rol van medisch specialisten geweest in de acht regionale ZonMw projecten? Wat waren de knelpunten en de eventuele aard daarvan. Daarbij is geput uit een groot aantal (eind)verslagen (zie paragraaf 2.2).

Bij nadere bestudering blijken in vier van de acht projecten *geen* medisch specialisten betrokken geweest te zijn, te weten in:

1. Van tijdige begeleiding naar preventie bij jonge werknemers met atopisch eczeem (huisartsen, bedrijfsartsen, verpleegkundig consulent).
2. Verbetering van de regionale arbocuratieve samenwerking bij (re)activering van patiënten met pijnklachten aan het bewegingsapparaat (huisartsen, bedrijfsartsen).

3. Implementatie van een samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts...Groningen (huisartsen, bedrijfsartsen).
4. Implementatie van een samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts...Drenthe (huisartsen, bedrijfsartsen).

In vier van de acht ZonMw projecten zijn *wel* medisch specialisten betrokken geweest, te weten in:

1. Het bevorderen van herintredingskansen na het doorlopen van een behandelprogramma in Beatrixoord.
2. Het inventariseren, faciliteren en vastleggen van samenwerkingsafspraken en het beschrijven van het proces van samenwerking tussen reguliere zorgverlenende instanties die betrokken zijn bij een 2de lijns arbozorgproject.
3. Geïntegreerde arbocuratieve zorgverlening aan de slechthorende in de arbeidssituatie.
4. Regionaal zorgnetwerk voor vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg met psychische klachten, regio Breda.

Voor een uitgebreidere beschrijving verwijzen we naar bijlage 5.

Samenvatting en conclusie

In slechts vier van de acht ZonMw-projecten zijn medisch specialisten betrokken geweest: revalidatiearts, orthopedisch chirurg, audioloog en psychiaters. De naar voren gekomen knelpunten betreffen deels algemene knelpunten/verbeterpunten die opgaan voor arbocuratieve samenwerkingsverbanden en deels projectgebonden knelpunten, maar geen 'specialist-gebonden knelpunten.

Algemene knelpunten/verbeterpunten voor arbocuratieve samenwerking zijn:

- Onvoldoende facilitering om samen te werken;
- Negatieve beeldvorming;
- Samenwerkingsverband voor arbeidsgerelateerde klachten zou voorrangszorg in de hand kunnen werken;
- Er bestaat een spanningsveld tussen commerciële wensen en beroepsinhoudelijke professionele wensen over de wijze waarop samenwerking gestalte moet krijgen.

Projectgebonden knelpunten/verbeterpunten betreffen:

- Aanwezigheid van 'concurrentie' tussen de Amsterdamse Audiologische Centra;
- Eerder beginnen met het uitwerken van het protocol;
- Wie stelt zich in de regio op als probleemeigenaar;
- Personen in de stuurgroep hadden onvoldoende tijd;
- Mandaat en terugkoppelingsmogelijkheden in de eigen organisatie;
- Te brede samenstelling van stuurgroep waardoor de aandacht te veel werd versnipperd en een zekere vrijblijvendheid kon ontstaan.

Gezien het bovenstaande zijn aan genoemde ZonMw-projecten geen specifieke consequenties te ontleen aangaande de arbeidsanamnese.

3.2.2 *Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts*

Zoals bekend kan sinds 1-1-2004 de bedrijfsarts zelfstandig verwijzen bij arbeidsrelevantie aandoeningen, en wel:

- Voor nadere diagnostiek als onvoldoende informatie beschikbaar is om de (probleem)diagnose vast te stellen;
- Voor behandeling als blijkt dat behandeling door een andere hulpverlener noodzakelijk is voor herstel.

De vervolgvactiteiten die voortvloeien uit een verwijzing van de bedrijfsarts naar de medisch specialist wijzen zich vanzelf. Hierover hoeven geen specifieke vragen worden opgenomen in de arbeidsanamnese.

De verwijzfunctie is wel relevant voor onderhavig project in die zin dat de Leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts' aangeeft dat de bedrijfsarts, als hiervan sprake is, een kopie van een verwijsbrief stuurt naar andere behandelaars van betrokken werknemer/patiënt. Door deze handeling worden medisch specialisten in toenemende mate erop geattendeerd dat de factor arbeid een rol speelt bij de gezondheid van hun patiënten.

3.2.3 *Relevante arbo/sociale zekerheidswet- en regelgevingen*

3.2.3.1 *Wet Verbetering Poortwachter*

Bij ziekte krijgen werknemers al gauw te maken met de bedrijfsarts. De Wet Verbetering Poortwachter stelt dat de arbodienst/bedrijfsarts vòòr de zesde verzuimweek een probleemanalyse en advies voor werkhervatting moet hebben opgesteld. Daarbij moeten de eventueel ontplooidde of nog te ontplooien activiteiten van de curatieve sector betrokken worden, via de bedrijfsarts. De ministers van SZW en VWS hebben daarbij het plan gehad voor een verplichting voor de arbodienst om de behandelend arts te informeren over haar beoordeling en advies bij langdurig verzuim.

Dit werd bij nader inzien echter beschouwd als een niet evenredig middel is voor het doel, verbetering in contact etc van bedrijfs- en andere artsen waar nodig. Daarom werd gekozen voor onderstreping van de coördinerende rol van de bedrijfsarts juist bij eventuele verschillen van inzicht. Dat is (sinds februari 2005) verwoord in de formulering op het UWV-rapportagehulpmiddel 'medische informatie' van de bedrijfsarts bij een eventuele WAO-aanvraag: "Vermeld of er afstemming is geweest met de curatieve sector en zo ja, of er verschillen van inzicht waren over herstel en werkhervatting en welke actie daar dan op is ondernomen."

Hoe dan ook valt ook hieruit een extra noodzaak te destilleren voor medisch specialisten om een deugdelijke arbeidsanamnese af te nemen en om op geëigende momenten contact te zoeken met de betrokken bedrijfsarts. Dit omwille van een optimale zorg voor hun patiënten/ werknemers.

3.2.3.2 *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)*

Aanvankelijk was er in de wetvoorbereiding van deze 'nieuwe WAO' sprake van, dat er van behandelend artsen (w.o. medisch specialisten) medische attesten zouden worden gevraagd. Dat zou het directe belang van een arbeidsanamnese sterk hebben doen toenemen. Bij het uiteindelijk in maart 2005 ingediende wetsvoorstel is nu in de Memorie van Toelichting (MvT) sprake van de aanname, dat bij een WIA-aanvraag - 2 jaar na de ziekmelding - vrijwel altijd sprake zal zijn geweest van een medisch-specialistische behandeling. Van behandelend artsen wordt verwacht, dat zij handelen volgens de 'gangbare algemeen geaccepteerde richtlijnen'. Afwijken kan alleen met 'een deugdelijke beargumentering'. Zo niet, dan wordt de reïntegratie-inspanning als onvoldoende beschouwd, met alle financiële gevolgen van dien voor de betrokken werkgever en werknemer/patiënt. De bedrijfsarts wordt hierbij een 'regisseur-rol' toegekend.

Conclusie

De toetsing die straks plaats gaat vinden bij een WIA-aanvraag of het medisch handelen volgens 'gangbare algemeen geaccepteerde richtlijnen' is gebeurd, laat zien dat het afnemen van een deugdelijke arbeidsanamnese en het ernaar handelen door medisch specialisten van groot belang wordt, ter preventie van vermijdbare schade bij hun patiënten, ook in financieel opzicht.

3.2.3.3 *Aanpassing van het huidige stelsel van arbodienstverlening*

Op grond van de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) is elke werkgever thans wettelijk verplicht zich bij het arbeidsomstandighedenbeleid in zijn onderneming te laten bijstaan door een arbodienst, o.a. voor de risico-inventarisatie en –evaluatie (RI&E), de begeleiding van ziek gemelde werknemers en een arbeidsomstandighedenspreekuur. Na de wetswijziging van 1 juli 2005 zijn bedrijven nog steeds verplicht om zich deskundig te laten ondersteunen bij preventie- en verzuimaanpak, maar dan zijn er alternatieven voor het contract met een arbodienst. Daarbij is de instemming van de OR noodzakelijk, en zal er altijd een bedrijfsarts betrokken blijven, die o.a. als schakel naar de behandelende sector kan blijven fungeren.

Wel lijkt er een tendens merkbaar - in het kader van de 'demedicaliseringsdiscussie' om bedrijfsartsen pas (veel) later bij een 'verzuimgeval' te betrekken, zodat ze minder vaak op de hoogte zullen zijn van aandoeningen/ziekten/werkproblemen. Mede hierdoor zullen medisch specialisten vaker dan nu het geval is, de 1^e arts kunnen zijn die ontdekken, dat een aandoening/ziekte werkrelevant is, mits zij een goede arbeidsanamnese af (kunnen) nemen.

Conclusie

De door de verandering van de arbodienstverlening in gang gezette tendens om bedrijfsartsen pas (veel) later bij een 'verzuimgeval' te betrekken, versterkt het belang van het afnemen van een arbeidsanamnese.

3.2.3.4 *Nieuw Zorgstelsel 2006*

Over de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel valt nog slechts te speculeren. De organisatorische effecten konden wel eens het spanningsveld versterken, dat als knelpunt bij 2.1 werd geconstateerd in arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten, namelijk het spanningsveld tussen commerciële wensen en beroepsinhoudelijke professionele wensen over de wijze waarop samenwerking gestalte moet krijgen (en dus ook het afnemen van een arbeidsanamnese door medisch specialisten). Wel past hier het aanhalen van de 'hartekreet' van VNO-voorzitter J. Schraven, tijdens het jaarlijkse Nationale Forum Gezondheidszorg (22-9-2004, later bijgevallen door FNV-verantwoordelijke Ton Heerts, 23-11-2004): de gezondheidszorg is nog steeds niet ingesteld op 'arbeid', hetgeen de werkgevers op dubbele kosten jaagt als zij voor hun werknemers adequate, wèl op arbeid ingestelde zorg moeten zoeken buiten het reguliere zorgcircuit om. De Stelselwijziging zou daarvoor een oplossing moeten bieden, maar of dat zal gebeuren is vooralsnog de vraag. Ook is nog onduidelijk hoe het systeem van de zogenaamde collectieve contracten eruit gaat zien.

In een hierop volgend overleg tussen Schraven en KNMG-voorzitter Peter Holland werd o.a. geconcludeerd, dat verkend moet worden in hoeverre DBC's (diagnose behandeling combinaties)⁸ aangepast zouden kunnen worden aan 'arbeid'. Nu is de tijd

⁸ Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Vanaf 01 januari 2005 bestaat er een nieuw bekostigings- en honoreringssysteem. Dit systeem vervangt de functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsumfinanciering van medisch specialisten. Het verandert de manier waarop de zorgverzekeraars betalen voor de zorg die een ziekenhuis of ZBC verlenen. Deze registreren straks niet meer per aparte verrichting maar als een administratieve code: de DBC code.

Een DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen van een ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert. De DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult tot en met de laatste controle. Een DBC typeert dus de zorgvraag van

die voor arbeid geïnvesteerd zou moeten worden niet verdisconteerd in de DBC's. (Elementen uit) de arbeidsanamnese zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen. Ten slotte is ook de rol die zorgverzekeraars kunnen/zouden moeten gaan spelen op arbo-terrein nog onvoldoende helder, evenals de invulling van de sturende rol die de sociale partners daarbij hebben gekregen bij het Sociaal Akkoord van 5-11-2004. Toch zou in dat laatste wel eens een positief element gelegen kunnen zijn, gezien het eerder door Schraven en Heerts nadrukkelijk omschreven knelpunt: de gezondheidszorg is onvoldoende op arbeid ingesteld.

Conclusie

De gevolgen van de Stelselwijziging 2006 vallen nog moeilijk te overzien. Organisatorische effecten kunnen wel eens het spanningsveld versterken, tussen commerciële wensen en beroepsinhoudelijke professionele wensen over de wijze waarop medisch specialisten een arbeidsanamnese zouden moeten afnemen en waarop samenwerking/afstemming met bedrijfsartsen gestalte zou moeten krijgen. Hoop kan worden ontleend aan het feit dat sociale partners bij de toekomstige ontwikkelingen een belangrijke aansturende rol krijgen toegemeten.

3.2.3.5 *Knelpunten implementatie arbeidsanamnese*

Samengevat zijn uit fase 1 en fase 2 de volgende knelpunten en randvoorwaarden voor een succesvol gebruik van een arbeidsanamnese voor medisch specialisten naar voren gekomen:

- Spanningsveld tussen commerciële wensen en beroepsinhoudelijke professionele wensen over de wijze waarop samenwerking gestalte moet krijgen, mogelijk nog versterkt door het nieuwe zorgstelsel 2006;
- Tijd voor het afnemen van een arbeidsanamnese/ afhandelen vervolcontacten en gekoppeld hieraan het gegeven dat die extra tijd financieel niet vergoed wordt (arbeid is geen onderdeel in DBC's);
- Onvoldoende facilitering om samen te werken met bedrijfsartsen;
- Reeds bestaande verschillen tussen de medische specialismen onderling in de mate waarin arbeid van belang wordt geacht voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen. Dit vergt een gedifferentieerd implementatietraject;
- Veel informatie wordt niet gelezen. Dus werken met meerdere informatiebronnen.
- De groep van professionals die te maken krijgt met de uitwerking van de arbeidsanamnese is groter dan de doelgroep van medisch specialisten en bedrijfsartsen;
- Negatieve beeldvorming van medisch specialisten over bedrijfsartsen.

een patiënt en is een weergave van activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis, die een patiënt op basis van zijn/haar zorgvraag doorloopt.

De prijs van een DBC wordt vastgesteld door zowel het middenbeslag als de werklust van de medisch specialist te koppelen aan de activiteiten of verrichtingen.

De DBC bestaat uit twee hoofdelementen

1. De typering van de zorgvraag

Deze wordt getypeerd aan de hand van de daartoe ontwikkelde typeringslijst, welke voor elk specialisme verschillend zal zijn. Deze bevat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. De combinatie van de laatste drie elementen bepaalt de DBC.

2. Zorgprofiel (activiteiten en verrichtingen)

Het totaal aan activiteiten en verrichtingen die worden ingezet om aan de zorgvraag tegemoet te komen. Zoals het aantal minuten behandeling. Deze kosten kunnen per instelling verschillen door bijvoorbeeld hogere personeelskosten.

(bron: http://www.medicore.nl/Diagnose_Behandel_Combinatie_2).

- Afstemming/samenwerking (arbeidsanamnese) gaat meestal uit van een “aanwezige” bedrijfsarts, terwijl ruim 10% van de werkende beroepsbevolking deze niet heeft;
- Logistieke problemen afhandeling: adres gegevens arbodienst/bedrijfsarts, de zekerheid dat een communicatieformulier bij de bedrijfsarts komt; bewaken van antwoord;
- Lange tijdsverloop tussen de vraag van de specialist en het antwoord van de bedrijfsarts. Snelle communicatie voorkomt frustratie van beide kanten. Een kort tijdsverloop tussen vraag en antwoord vergt wel een snelle communicatie van beide kanten en snelle afhandeling van vragen, en vergt ook een alerte ondersteunende administratieve werkomgeving. Dit heeft consequenties voor de infrastructuur/logistiek van een arbodienst/ziekenhuis.

Genoemde oplossingen:

- Het onderwerp arbeid onderdeel laten worden van de beroepsopleiding van medisch specialisten;
- Specialisten moeten leren gaan denken in functionele beperkingen en niet in diagnoses. Dit sluit aan bij de wens van specialisten dat bedrijfsartsen niet moeten vragen wanneer een werknemer het werk kan hervatten, maar dat zij moeten vragen wat medisch gezien de beperkingen zijn (Amstel en Buijs, 2000);
- Ruim vooraf aan een landelijke implementatie beginnen met informatievoorziening aan *alle* betrokkenen (dus niet alleen bedrijfsartsen en medisch specialisten);
- Werk met halffabrikaten zodat “regionale” of “ziekenhuis”aanpassingen aangebracht kunnen worden.

Een aantal van deze knelpunten komt overeen met de uitgangspunten en randvoorwaarden voor samenwerking tussen bedrijfsartsen en medische specialist, zoals de Orde en de NVAB die in 2002 formuleerden (Buijs, 2002; zie ook bijlage 1 ‘Achtergronden project arbeidsanamnese, paragraaf 1).

3.3 Beperkte enquête onder medisch specialisten en anderen

3.3.1 *De arbeidsanamnesevragen*

Aan de hand van de gegevens van fase 1 en fase 2 zijn een dertigtal vragen geformuleerd die een medisch specialist kan stellen aan een patiënt om een indruk te krijgen over de invloed van de gezondheid van de patiënt op zijn/haar werk en over de invloed van het werk op de gezondheid. In een vragenlijstonderzoek zijn 26 artsen gevraagd om hun mening te geven over de relevantie van de voorgestelde vragen voor de diagnose en/of behandeling van de klacht/aandoening van hun patiënt. In totaal hebben 21 artsen de vragenlijst teruggestuurd.

In bijlage 6 zijn in tabel 1 de resultaten van de relevantie van de arbeidsanamnesevragen⁹ en het percentage deelnemers dat de arbeidsanamnesevraag een kernvraag (KV), een verdiepende vraag (VV) of geen vraag voor de medisch specialist vindt.

⁹ Zie bijlage 1 ‘Achtergronden project arbeidsanamnese’. In dit document is in bijlage A een overzicht opgenomen van de voorgestelde arbeidsanamnesevragen die zijn voorgelegd aan de deelnemers van het vragenlijstonderzoek.

Op basis van deze resultaten is een voorlopige schifting gemaakt van de arbeidsanamnesevragen naar:

1. KV;
2. VV;
3. geen vraag voor de specialist.

De gehanteerde criteria om een voorgestelde arbeidsanamnesevraag als KV op te nemen, zijn:

1. een mediaanwaarde van de relevantie van de vraag van 5 of groter¹⁰;
en
2. 50% of meer van de deelnemers vindt de vraag een kernvraag voor de medisch specialist.

De gehanteerde criteria om een vraag als VV op te nemen, zijn:

1. een mediaanwaarde van de relevantie van de vraag van 5 of groter;
en
2. 50% of meer van de deelnemers vindt de vraag een verdiepende vraag.

Gehanteerde criteria om een voorgestelde vraag niet op te nemen, zijn:

1. een mediaanwaarde van de relevantie van de vraag kleiner dan 5;
en
2. 50% of meer van de deelnemers vindt het geen vraag voor een medisch specialist.

Over enkele arbeidsanamnesevragen waren de resultaten van het vragenlijstonderzoek niet eenduidig (het grijze gebied): is het een KV of een VV, is het een VV of is het geen vraag voor de specialist. Het gaat om de volgende vragen:

1. De arbeidsanamnesevragen 14, 15, 18/19: is het een KV of een VV. De deelnemers zijn niet eenduidig over de plaatsing;
2. De arbeidsanamnesevraag 28: is het een VV of gaat de vraag er uit. De deelnemers zijn niet eenduidig over de plaatsing;
3. De arbeidsanamnesevragen 23 t/m 25 hebben een lage relevantie, maar deelnemers denken verschillend over of het een VV is, of dat de vraag niet gesteld moet worden. Met andere woorden, bij een lage relevantie zou men verwachten dat de deelnemers de vraag zouden beoordelen als 'geen vraag voor de medisch specialist'. De relevantie komt dus niet overeen met de toegekende plaatsing van de vraag;
4. De arbeidsanamnesevraag 8: is het een KV of is het *geen* vraag voor de specialist.

In tabel 1 is een samenvatting weergegeven van de bewerking van de voorgestelde arbeidsanamnesevragen. In bijlage 6, tabel 2 zijn de aangepaste arbeidsanamnesevragen uitgeschreven en ingedeeld naar KV, grijze gebied: KV of VV, VV en grijze gebied: VV of geen vraag. Beide tabellen zijn gebruikt als discussiemateriaal voor de workshop van fase 4.

¹⁰ Op een schaal van 0 tot 10 vindt 50% van de deelnemers dat de voorgestelde arbeidsanamnesevraag voor de diagnose en/of behandeling van de medisch specialist een relevantiewaarde heeft van vijf of hoger.

Tabel 1: Overzicht van de bewerking van arbeidsanamnesevragen op basis van de enquête resultaten (formulering/ tekst en plaats)

| arbeidsanamnese vraagnummer | Oorspronkelijke tekst (kort) | plaatsing vraag op basis van enquête resultaten |
|--|---|--|
| 1 | Verricht u loonvormende arbeid / betaald werk? | KV(1) formulering aangepast |
| 2 | Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering? | Vervalt |
| 3 | Wat is uw huidige beroep of functie? | VV bij KV(1) formulering aangepast |
| 4 | Hoeveel jaren doet u dit werk al? | VV bij KV(1) formulering aangepast |
| 5 | Bij wat voor een soort bedrijf werkt u? | VV bij KV(1) formulering aangepast |
| 6 | Hoeveel jaren werkt u bij dit (type) bedrijf? | VV bij KV(1) formulering aangepast |
| 7 | Wordt u in uw werk regelmatig blootgesteld aan:...., | VV bij KV(1) formulering aangepast |
| 8 | Is het bedrijf aangesloten bij een arbodienst/ Heeft patiënt een bedrijfsarts? | KV(3) of geen vraag formulering aangepast |
| 9 | Speelt uw huidige klacht een rol bij het verzuim? | KV(2) formulering aangepast |
| 10 | Is uw bedrijfsarts op de hoogte van uw klachten/aandoening | VV bij KV(3) formulering aangepast |
| 11 | Wat is uw huidige dienstverband? | Vervalt |
| 12 | Wat is uw normale werkschema? | VV bij KV(1) formulering aangepast |
| 14 | Heeft u moeite met uw werkzaamheden? | VV of KV(4) |
| 15 | Werkomstandigheden aanleiding tot gezondheidsklachten | VV of KV(5) formulering aangepast |
| 16 | Is uw bedrijfsarts op de hoogte van de problemen? | VV bij KV4/KV5/KV6 formulering aangepast |
| 18 | Is uw klacht erger geworden door het werk? | VV of KV(6) samengevoegd met vraag 19 |
| 19 | Is uw klacht een gevolg van het werk dat u doet? relevantie | VV of KV(6) samengevoegd met vraag 18 |
| 20 | Hebt u minder klachten in de volgende situaties | VV bij KV(6) formulering aangepast |
| 21 | Zijn er collega's die vergelijkbare klachten hebben? | VV bij KV(6) |
| 22 | Heeft u sinds u verzuimt, contact gehad met uw bedrijfsarts | VV bij KV(3) formulering aangepast |
| 23 | Verwacht u weer (volledig) te gaan werken? | VV na KV4/KV5/KV6 of vervalt formulering aangepast |
| 24 | Beter functioneren als huidige werk(plek) wordt aangepast? | VV na KV4/KV5/KV6 of vervalt formulering aangepast vraag 24/25 samengevoegd |

| arbeidsanamnese vraagnummer | Oorspronkelijke tekst (kort) | plaatsing vraag op basis van enquête resultaten |
|--------------------------------|---|--|
| 25 | Huidige werk kunnen blijven doen als werk(plek) wordt aangepast? | VV na KV4/KV5/KV6 of vervalt formulering aangepast vraag 24/25 samengevoegd |
| 26 | Besteedt bedrijfsarts voldoende aandacht aan uw gezondheid in relatie tot uw werk? | vervalt |
| 27 | Heeft bedrijfsarts contact gehad met andere behandelaars? | vervalt |
| 28 | Zijn er omstandigheden die een gezondheids-herstel of werkhervatting kunnen belemmeren? | VV na KV4/KV5/KV6 of vervalt formulering aangepast |
| | Overwegingen | |
| 13 | Eerder contact met bedrijfsarts | VV |
| 17 | Andere beperkingen in functioneren | VV |
| 29 | Beperkende factoren in herstel belastbaarheid | VV |
| 30 | Ziek doorwerken | KV(7) of VV formulering aangepast |
| 31 | Aandacht afstemming werksituatie | VV |
| 32 | Verwachtingen t.a.v. verbeteringen | VV |

3.3.2 Een patiëntenvragenlijst?

In de aanloop van het vragenlijstonderzoek werd geopperd door enkele contactpersonen dat het misschien een goed idee zou zijn om een patiëntenvragenlijst te ontwikkelen, die ongeveer parallel loopt aan de vragen uit de arbeidsanamnese, en die zelf door de patiënt/werknemer kan worden ingevuld. Dit alles met het oog op tijdsbesparing voor de medisch specialist. In het vragenlijstonderzoek is daarom een vraag opgenomen over dit onderwerp, en is ook gevraagd welke vragen, uitgaande van de voorgestelde arbeidsanamnesevragen wel/niet opgenomen zouden moeten worden in een patiëntenvragenlijst.

Over het algemeen waren de medisch specialisten en bedrijfsartsen het er over eens dat het een goed idee is om (ook) een patiëntenvragenlijst te ontwikkelen (zie bijlage 6, tabel 3). De deelnemers noemden onder meer de volgende voordelen:

- tijdswinst;
- de arts verkrijgt meer informatie over werk;
- de arts wordt gedwongen om de factor arbeid te betrekken bij de diagnostiek.

De deelnemers plaatsten ook enkele kanttekeningen bij het gebruik van zo'n vragenlijst:

- de vragenlijst lijst moet kort, strak, gestructureerd en gevalideerd zijn;
- de vragenlijst moet een toegevoegde waarde hebben.

De ene arts denkt aan het laten invullen van zo'n vragenlijst bij de intake van een polikliniekpatiënt, de ander geeft aan dat de patiëntenvragenlijst gebruikt kan worden als aanvullende diagnostiek. In het laatste geval betekent dat dus dat de medisch specialist

aan de hand van de antwoorden op enkele kernvragen vaststelt of een patiëntenvragenlijst zinvol is of niet.

Een patiëntenvragenlijst is aan de hand van de resultaten van het vragenlijstonderzoek verder uitgewerkt, en ingebracht in de workshop van fase 4 (bijlage 7).

3.3.3 *De te onderscheiden vier patiëntengroepen*

In de vragenlijst is ook een vraag opgenomen of met de samenstelling van de “bouwstenen” van een arbeidsanamnese voldaan is aan de randvoorwaarde van het onderhavige project, namelijk dat er met de arbeidsanamnese gestreefd moest worden naar een onderscheid in de vier patiëntengroepen:

1. werknemers met acute klachten/aandoeningen;
2. werknemers met een chronische aandoening;
3. werknemers met een beroepsziekte of arbeidsgebonden aandoening;
4. werknemers met een werkrelevante aandoening.

In één van de open vragen werd aan de medisch specialisten en de bedrijfsartsen gevraagd of zij het eens waren met het onderscheid in de vier patiëntengroepen.

De mening van de deelnemende artsen lopen nogal uiteen (zie bijlage 6, tabel 4). De helft gaat akkoord met de indeling, de andere helft zet vraagtekens bij de indeling, signaleert overlap tussen de groepen en/of en ziet het nut voor de arbeidsanamnese er niet van in.

Ook op de vraag of de aangeboden “bouwstenen” voor een generieke arbeidsanamnese voldoende vragen bevatten om deze groepen patiënten te onderscheiden, antwoorden de artsen verschillend. De ene helft vindt dat er voldoende vragen zijn om de groepen te kunnen onderscheiden, en de andere helft reageert kritisch en zet wederom kanttekeningen bij het onderscheid in de zin dat het onderscheid niet met een anamnese te maken is, dan wel dat het onderscheid voor de medisch specialist niet nodig is.

3.4 **Fase 4 Ontwerp concept arbeidsanamnese en de workshop**

3.4.1 *De workshop*

Op 16 november 2005 hebben de Orde en TNO een workshop georganiseerd waarbij de resultaten van het vragenlijstonderzoek besproken zijn. Aan deze workshop hebben naast de leden van het projectteam, zeven medisch specialisten en twee bedrijfsartsen deelgenomen, waarvan er acht ook aan het vragenlijstonderzoek van fase 3 hebben deelgenomen. Van patiënten/werknemerszijde nam een medewerker van het Breed-Platform Verzekeren & Werk deel. Als voorbereiding ontvingen de workshopdeelnemers de resultaten van het vragenlijstonderzoek, zoals inhoudelijk beschreven in de vorige paragraaf.

Allereerst werd er tijdens de workshop gediscussieerd over het doel van de arbeidsanamnese, met als conclusie: de arbeidsanamnese heeft vooral een signaalfunctie.

- Is er sprake van een gezondheidsprobleem in relatie tot het werk dat de patiënt doet/deed dat van belang is voor de diagnostiek en/of behandeling van de medisch specialist?

en in het verlengde hiervan:

- Is het nodig om diagnostiek/ behandeling af te stemmen met de bedrijfsarts?

Vanuit die optiek is verder gepraat over kernvragen en verdiepende vragen. Aanvullend heeft TNO aangegeven dat bij verdiepende vragen het generieke karakter steeds moeilijker is vast te houden. Wat voor de ene specialist relevant is, is dat niet voor de andere. Daarom stelden wij voor om van de arbeidsanamnese een halffabrikaat te maken, waarbij de verdiepende vragen onderverdeeld worden in generieke en optionele

vragen. De generieke vragen worden in de arbeidsanamnese opgenomen, en de wetenschappelijke verenigingen kunnen t.z.t. zelf bepalen welke optionele vragen zij in hun arbeidsanamnese willen opnemen. Dit is door de deelnemers van de workshop akkoord bevonden.

3.4.2 *Workshop gezien vanuit patiëntenperspectief*¹¹

De inbreng van patiëntenzijde tijdens de workshop was gering. Wel signaleerde de medewerker van BreedPlatform Verzekerden & Werk een tegenspraak tussen, vanuit het project gezien een - “gewenste ideale afstemming als zijnde een vlot spijkers met koppen slaan door een medisch specialist en de bedrijfsarts en de feitelijke praktijk van ontbrekende afstemming“. Ook had hij moeite met de geuite wens van medisch specialisten om snel en efficiënt een beslisboom met arbeidsanamnesevragen af te lopen dat moet resulteren in een actie. Hij miste tijdens de workshop de insteek van de artsen dat de arts primair een goede dienstverlener voor zijn patiënt zou moeten zijn. Zijn rol om het patiëntperspectief in te brengen tijdens de workshop vond hij daarom moeilijk, omdat hij als verweer van de artsen verwachtte “Ken jij de praktijk wel – luchtfietsen – mooi/gevoelig verhaal, maar we leven in de echte wereld”. Op een toelichting van één van de deelnemende artsen, dat de praktijk van de medisch specialist last heeft van een soort systeemdwang als oorzaak van de (ver doorgerationaliseerde) consultpraktijk, bracht hij in dat een consult toch een “ondergrens” heeft waaraan het zou moeten voldoen wil het nog iets voorstellen.

3.4.3 *Een patiënt/werknemersvragenlijst?*

In de loop van het project werd geopperd en ook als een goed idee bestempeld door de deelnemers van het vragenlijstonderzoek, om een patiëntenvragenlijst te ontwikkelen, die ongeveer parallel loopt aan de vragen uit de arbeidsanamnese, en die zelf door de patiënt/werknemer kan worden ingevuld met het oog op tijdsbesparing voor de medisch specialist (zie ook 3.3.2). Nadat tijdens de workshop echter de arbeidsanamnese er heel anders kwam uit te zien, werd duidelijk dat een patiëntenvragenlijst vooralsnog niet handig is: deze zou voor de medisch specialist juist tijd kosten, omdat hij de antwoorden moet screenen. De patiëntenvragenlijst is tijdens de workshop dan ook niet besproken, en wordt voorlopig niet verder ontwikkeld.

3.4.4 *Verdere ontwikkeling arbeidsanamnese*

De volgende wensen werden, met het oog op de hanteerbaarheid van de arbeidsanamnese, nog geuit door de deelnemers over de samenstelling en lay-out van de arbeidsanamnese:

- de vragen moeten zoveel mogelijk voorzien zijn van antwoordcategorieën zodat de arts de antwoorden alleen maar hoeft aan te vinken;
- het liefst de vragen op één formulier;
- het vragenformulier in de vorm van een flowdiagram;
- beschrijven van handvatten, aanbevelingen voor de arts voor vervolgcacties.

Uitgaande van tabel 2 van bijlage 6 (was een agendastuk van de workshop) zijn naar aanleiding van de resultaten van de workshop de volgende vragen niet opgenomen in de testversie van de arbeidsanamnese.

¹¹ Samenvatting van de schriftelijke feedback op de workshop van de medewerker van BPV&W (d.d. 17 november 2004).

De verdiepende vraag bij verzuim:

Bent u voor dit verzuim al bij uw bedrijfsarts geweest?

Zo nee, Bij de arbodienst geweest?

Zo ja, Wat is er met u afgesproken?

wordt niet meer gesteld, want deze informatie valt samen met de vraag:

Heeft u de problemen die u in uw werk ervaart, besproken met uw bedrijfsarts?

- nvt (geen bedrijfsarts)
- nee
- ja.

De volgende potentiële arbeidsanamnesevragen zijn niet in de arbeidsanamnese opgenomen:

A. Vragen die ter discussie stonden tijdens de workshop of het nu verdiepende vragen waren, of dat de vragen niet opgenomen moesten worden in de arbeidsanamnese: Het betreft vragen bij het onderdeel Blijven werken/ Werkhervatting

1. Wat moet er volgens u gebeuren om uw gezondheidsklachten op het werk te verminderen?
of (keuze)
Wat moet er volgens u gebeuren om het werken (weer) mogelijk te maken?
2. Heeft u de indruk dat er omstandigheden zijn in uw huidige werk die een vermindering van uw klachten kunnen belemmeren?

B. Vragen die niet ter discussie stonden, maar die wel zijn vervallen omdat zij geen toegevoegde waarde hebben bij de signaalfunctie van de arbeidsanamnese en/of omdat zij de arbeidsanamnese onnodig lang maken:

Een potentiële Kernvraag

1. Vindt u dat uw werkomstandigheden uw klachten op het werk doen verergeren? (hierbij moet u denken aan werktijden, werktaken, werkplek, werkdruk, sfeer op het werk, woon-werkverkeer)

Verdiepende vragen bij kernvraag 1 (werkt u?)

1. Hoe lang werkt u al bij dit bedrijf/deze instelling?
2. Is uw werk lichamelijk erg inspannend?
3. Is uw werk geestelijk erg inspannend?

Verdiepende vraag bij de vraag Verzuimt u?

1. Heeft u een bedrijfsarts?
 - geen bedrijfsarts
 - ja <gegevens>
 - weet niet.

De resultaten van de workshop zijn verwerkt in een nieuw concept arbeidsanamnese. Daaraan zijn, op verzoek van de workshopdeelnemers, in algemene termen aanbevelingen/ handvatten toegevoegd van wat een vervolgactie zou kunnen zijn van een specialist als bepaalde vragen positief zijn beantwoord (= er is iets aan de hand). Deze aanbevelingen hadden in eerste instantie de vorm van overwegingen voor de medisch specialist (=vragen die de specialist aan zichzelf stelt tijdens de diagnostiek). De handvatten hebben, na commentaarrondes met projectteamleden en workshopdeelnemers, vervolgens de vorm gekregen van een checklist 'Beslismomenten voor de medisch specialist voor contact met de bedrijfsarts'.

In enkele commentaarrondes met deelnemers van de workshop is de arbeidsanamnese verder aangepast. Beslissingen die genomen zijn over voorstellen om vragen toe te

voegen, te verwijderen, dan wel te verplaatsen van verdiepende vraag naar kernvraag, zijn verantwoord en weergegeven in bijlage 8. Bij de beslissingen is zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan de wensen van de deelnemers van de workshop, waarbij rekening is gehouden met de randvoorwaarden van het project.

3.5 Fase 5: Toetsing in de praktijk

3.5.1 *De praktijktoets van de medisch specialisten*

In totaal hebben 17 medisch specialisten in de periode van maart - medio april 2005 gedurende 3 weken de testversie van de arbeidsanamnese toegepast: 2 cardiologen, 3 dermatologen, 3 longartsen, 1 neuroloog, 2 orthopedisch chirurgen, 3 reumatologen en 3 revalidatieartsen. De deelnemende artsen ontvingen:

- een klapper, met informatie over het doel van het onderhavige project en de praktijktoets, en een toelichting op de arbeidsanamnesevragen;
- arbeidsanamneseformulieren;
- resultatenformulier;
- geplastificeerde testversie van de arbeidsanamnese waarin de vragen volledig waren uitgeschreven (voor op het bureau);
- geplastificeerde checklist 'beslismomenten' (voor op het bureau).

De arbeidsanamnese

De testversie van de arbeidsanamnese die gebruikt werd tijdens de praktijktoets bestaat uit 5 kernvragen (bijlage 9). Het aantal kernvragen dat van toepassing was, was afhankelijk van de werksituatie van de patiënt en of de patiënt problemen ervoer met de uitvoering van het werk in relatie tot de gezondheid. De kernvragen met enkele verdiepende vragen en de verdiepende vragen voor patiënten die geen betaald werk doen, zijn op één bladzijde weergegeven. De optionele vragen over het werk zijn op een tweede bladzijde vermeld. Alleen als de arts besloot om aanvullende vragen te stellen over het werk, moest hij gebruik maken van de tweede bladzijde. Om ruimte op het formulier te besparen zijn de arbeidsanamnesevragen op het in te vullen formulier niet volledig uitgeschreven. Een voorbeeld kaart werd aan de deelnemende artsen gegeven waarop de vragen volledig waren uitgeschreven. Ter ondersteuning van het afnemen van de arbeidsanamnese, werd een korte toelichting op de vragen geschreven (bijlage 10). Het was de bedoeling dat deze voorafgaande aan de praktijktoets gelezen werd.

Checklist beslismomenten

Ter ondersteuning van de besluitvorming om contact op te nemen met de bedrijfsarts, is de checklist 'beslismomenten' ontwikkeld (bijlage 11; zie ook paragraaf 3.4). Deze lijst is afgeleid van een lijst met indicaties voor afstemming huisarts – bedrijfsarts die tijdens de ontwikkeling van de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts d.m.v. consensusvorming binnen een groep, bestaande uit bedrijfsartsen en huisartsen, tot stand is gekomen (Anema, 2002). Van zo'n consensus van deze checklist is dus bij dit arbeidsanamnese project geen sprake.

De samenstelling van de polikliniekpatiënten

Van 14 specialisten hebben wij een resultatenformulier ontvangen. In totaal hebben zij tijdens 81 polikliniekdagen 445 nieuwe patiënten gezien, waarvan 299 in de leeftijd van 16-65 jaar (66%). Van de patiënten bij wie de arbeidsanamnese is afgenomen, bleken 155 patiënten te werken (52%)

Uit deze evaluatie bleek dat één van de drie longartsen slechts gedurende één polikliniekdag de arbeidsanamnese had toegepast, en op die dag één nieuwe (werkende) patiënt had gezien.

Tabel 2 Overzicht van het aantal nieuwe patiënten op de polikliniek dat in aanmerking kwam voor het afnemen van een arbeidsanamnese.

| | aantal artsen | aantal polikliniek dagen | aantal nieuwe patiënten 16-65 jaar | gemiddeld aantal nieuwe patiënten (16-65 jaar) per dag(deel) |
|------------------------|---------------|--------------------------|------------------------------------|--|
| Dermatologen | 3 | 17 | 120 | 7,1 |
| Longartsen | 2 | 7 | 6 | 0,9 |
| Cardiologen | 2 | 6 | 36 | 6,0 |
| Reumatologen | 3 | 18 | 27 | 1,5 |
| Revalidatiearts | 2 | 9 | 25 | 2,8 |
| Orthopedisch chirurgen | 1 | 10 | 56 | 5,6 |
| Neuroloog | 1 | 14 | 29 | 2,1 |
| Totaal | 14 | 81 | 299 | 3,7 |

3.5.2 *De evaluatie*

Vijftien specialisten vulden het evaluatieformulier in. Twee van de drie aangeschreven personen die de arbeidsanamnese vanuit het patiëntenperspectief beoordeelden, stuurden het evaluatieformulier terug. Van de zeven aangeschreven bedrijfsartsen, stuurden drie artsen het formulier terug. In bijlage 12 zijn de resultaten van de evaluatie beschreven.

Samenvattend laat de evaluatie het volgende zien:

Voor 11 van de 15 medisch specialisten heeft het stellen van vragen over het werk arbeidsanamnese een toegevoegde waarde voor de diagnostiek en behandeling in hun vakgebied, leidend tot betere patiëntenzorg. Voor negen had de arbeidsanamnese een positieve opbrengst en zes specialisten kregen meer interesse voor arbeid. Hun patiënten hadden weinig commentaar. De tijd die het afnemen van de arbeidsanamnese in beslag nam, lag tussen de 2 en 10 min. Twaalf specialisten signaleerden knelpunten bij afname van de arbeidsanamnese, zoals “vastlopen” in het formulier, teveel tijdsbeslag en onoverzichtelijk formulier. Sommige specialisten wilden meer vragen, anderen juist minder. De meeste specialisten vonden de Toelichting op de arbeidsanamnesevragen zinvol, de checklist werd wisselend beoordeeld. Negen tenslotte vonden het wenselijk om een Leidraad afstemming specialist - bedrijfsarts te ontwikkelen (inclusief communicatieformulier), vier niet.

Ook enkele bedrijfsartsen hebben de arbeidsanamnese beoordeeld. Zij waren in het algemeen positief (zal de kwaliteit van zorg verbeteren), net als enkele representanten van patiëntenzijde. Ook zij waren in het algemeen positief, mits de specialist 'de tijd neemt' om vragen te stellen. Van patiëntenzijde werd tevens aangegeven dat de patiënt gestimuleerd kan worden om dit onderwerp arbeid onder de aandacht te brengen bij de behandelaar, om zo het belang voor dit aspect te onderstrepen, met als kanttekening dat een actieve patiënteninbreng niet vanzelfsprekend is.

Al met al een kritisch-positief beeld met enkele suggesties voor verbetering.

3.5.3 *Beschouwing*

Het stellen van vragen over werk wel zinvol

Ondanks de extra tijd die het kost om werk te betrekken bij de anamnese, is de meerderheid van de medisch specialisten het er wel over eens dat het stellen van vragen

over werk een toegevoegde waarde heeft voor hun vakgebied en de zorg voor de patiënt. De bedrijfsartsen zijn stelliger, het betrekken van werk bij de anamnese leidt tot een door hen gewenste integrale geneeskunde. Van patiëntenzijde zou men het zelfs graag nog breder zien, namelijk dat medisch specialisten standaard het functioneren in het dagelijks leven (=inclusief vrijwilligers werk, hobby's, huishoudelijk werk) betrekken bij de anamnese.

De praktijktoets benadrukt dus nog maar weer eens het eerder gesignaleerde knelpunt van het spanningsveld tussen beroepsinhoudelijk professionele wensen en “productie-eisen”.

Afnemen arbeidsanamnese vergt extra tijd

De tijd die een medisch specialist tijdens het afnemen van een anamnese kwijt is aan het onderwerp arbeid, wordt als een belangrijk knelpunt ervaren, zeker voor die artsen die niet standaard het onderwerp arbeid betrekken bij de diagnostiek. Hier kan nog aan toegevoegd worden dat er in het onderhavig project geen gebruik gemaakt werd van een bijbehorend communicatieformulier dat tijdens een consult ingevuld en meegegeven zou moeten worden aan de patiënt/werknemer. Ervaringen met niet succesvolle wervingen van potentiële deelnemers voor de praktijktoets, onderstrepen dit knelpunt; enkele medisch specialisten gaven aan dat hun spreekuur al uitloopt en dat zij geen tijd hadden voor extra activiteiten. Hun spreekuur zou alleen nog maar meer uitlopen. De indruk bestaat dat medisch specialisten die in een perifere ziekenhuis werken hier nog meer last van hebben dan specialisten die in een academisch ziekenhuis werken.

Lay-out in te vullen testversie arbeidsanamnese onvoldoende

Wat betreft de testversie van de arbeidsanamnese was er vooral kritiek op de lay-out. Deze had te weinig ruimte om informatie op te schrijven, was niet duidelijk en vragen waren niet duidelijk. Hier breekt mogelijk een zekere “project”blindheid op. In het project is veel nadruk geweest op de inhoud van de arbeidsanamnese. De lay-out werd pas belangrijk in de voorbereiding van de praktijktoets. Toen was echter ook al duidelijk dat de gebruikers in de nabije toekomst meer behoefte zouden hebben aan een digitale versie dan aan een papierenversie. Voor de praktijktoets was een digitale versie echter geen optie. Om aan de wens te voldoen om alles op één formulier te krijgen, zijn arbeidsanamnesevragen ingekort en zoveel mogelijk op één bladzijde gezet, waarbij ook ruimte gereserveerd moest worden voor het naamplaatje van de patiënt, naam van de arts en datum. De voorgestelde lay-outs zijn echter alleen becommentarieerd door ingewijden (projectteamleden en deelnemers workshop) die allen de vragen kenden.

Een deel van de bezwaren van de deelnemende artsen zou in principe van tijdelijke aard moeten zijn. Op een gegeven moment kent de arts de formulering van arbeidsanamnesevragen en heeft hij voldoende aan de korte vraagomschrijving van het in te vullen arbeidsanamneseformulier. Hetzelfde geldt voor de checklist. Op den duur zijn mogelijke redenen van contact met de bedrijfsarts bekend, en is de checklist niet meer dan een checklist, zoals één van de artsen reeds opmerkte.

Voorbereiding praktijktoets onderschat

Al met al overziende hebben wij de indruk dat de praktijktoets een redelijk kritisch-positief beeld geeft, ondanks de problemen bij de uitvoering. In deze praktijktoets werkten de deelnemende artsen verspreid over verschillende ziekenhuizen, waardoor de instructie en toelichting op het gebruik van de anamnese schriftelijk plaatsvond. Deze instructie en toelichting is voor een aantal medisch specialisten onvoldoende gebleken, en, zoals één van hen opmerkte, een mondelinge toelichting was beter geweest.

De praktijktoets uit laten voeren op één, hooguit twee locaties had achteraf gezien de voorkeur gehad.

Generieke arbeidsanamnese geeft beperkte informatie

De longartsen en een bedrijfsarts vonden de generieke arbeidsanamnese onvoldoende. Zij hadden graag meer expositievragen gezien. Hiermee stemt het oordeel van de longartsen overeen met die van de longartsen uit het Medwerk stedendriehoekonderzoek (Evers, 2003). Ook voor de revalidatieartsen voegde de generieke arbeidsanamnese niets toe aan hun eigen anamnese, iets wat ook al gesignaleerd werd in het stedendriehoekonderzoek. Beide type specialisten misten ook de mening van de patiënt wat hij zelf wil ten aanzien van werk, iets dat wordt onderschreven door de patiënten/werknemers vertegenwoordigers. Deze type vragen zijn echter uit de generieke arbeidsanamnese gehaald, omdat volgens de deelnemers van de workshop deze vragen niet pasten bij het doel van de arbeidsanamnese, namelijk dat de arbeidsanamnese alleen problemen moet signaleren op het terrein van de gezondheid in relatie tot het werk van de patiënt: problemen die van causale of conditionele aard zijn (zie ook paragraaf 3.4.1).

Ook ontbrak, volgens één van de artsen, de mogelijkheid om aan te geven wat vervolgacties zijn. Deze informatie hoort echter niet bij de arbeidsanamnese, maar hoort ons inziens thuis in het patiëntendossier daar waar de arts de conclusies van en vervolgacties naar aanleiding van een consult opschrijft. Dat die ruimte gemist werd, heeft mogelijk te maken met het feit dat de arbeidsanamnese nog geen vast onderdeel is van de consultpraktijk. Hierdoor ontstaat de neiging tijdens zo'n praktijktoets om het onderwerp arbeid in zijn geheel, afzonderlijk, af te handelen.

Vragen over verzuim in de arbeidsanamnese gehandhaafd

Eén van de bedrijfsartsen is van mening dat de arbeidsanamnese geen vraag hoeft te bevatten over verzuim, omdat de essentie van die vraag eigenlijk al in kernvraag 3 zit (= functioneren op het werk). Hier zit wel wat in. Inhoudelijk voegt de verzuimvraag niets toe aan de beslissing om contact met een bedrijfsarts op te nemen. De verzuimvraag hebben wij echter om twee redenen gehandhaafd:

1. Mede door veranderingen in de arbodienstverlening (zie ook paragraaf 3.2.3.3) is er een ontwikkeling gaande dat bedrijven de verzuimbegeleiding in eerste instantie zelf afhandelen en pas in een later stadium een bedrijfsarts erbij betrekken. De medisch specialist is dus in de nabije toekomst mogelijk de eerste arts die te weten komt dat een werknemer met een gezondheidsprobleem functioneringsproblemen heeft op het werk en (daardoor) verzuimt. Hij kan dan een verwijzing adviseren naar de bedrijfsarts.
2. De medisch specialist kan met deze vraag de vraag beantwoorden of doorwerken medisch gezien verantwoord is. Door veranderingen in de organisatie van de sociaal medische begeleiding bij bedrijven (zie ook paragraaf 3.2.3.3.) is het zeer wel mogelijk dat in de nabije toekomst de medisch specialist bij afwezigheid van verzuim steeds vaker de eerste arts is die "te weten" komt dat een patiënt/werknemer doorwerkt bij aanwezigheid van gezondheidsklachten, terwijl medisch gezien aanpassing van werk(plek) tot en met tijdelijk stoppen met werk wenselijk is.

Het handhaven van deze verzuimvraag voldoet bovendien ook aan een randvoorwaarde van de subsidiënt van het project, namelijk dat bij de ontwikkeling van de arbeidsanamnese de relevante wet- en regelgeving betrokken moet worden.

Eén generieke arbeidsanamnese voor alle medische specialismen bestaat eigenlijk niet

In de loop van het project werd steeds duidelijker dat één generieke arbeidsanamnese niet aan alle wensen van de bij het project betrokken geraakte specialisten kon vol-

doen. Wat voor de één een generieke kernvraag is, is voor de ander een verdiepende vraag, wat voor de één een relevantie verdiepende vraag is, is voor de ander een overbodige vraag. Hetzelfde geldt voor de arbeidsanamnese in het algemeen; voor de ene patiënt is het afnemen van een korte arbeidsanamnese wel relevant, terwijl voor de andere patiënt het niet is. Maar ons inziens geldt dat in het algemeen voor meer vragen uit een anamnese. Ten slotte is een anamnese een instrument waarmee de arts nagaat welke terreinen van belang zijn voor de diagnostiek en behandeling van de patiënt en de zorg voor de patiënt.

Het knelpunt van generiek versus meer specialistisch is gedeeltelijk ondervangen door enkele arbeidsanamnesevragen optioneel te maken. Dit betekent voor de implementatie dat per specialisme nog consensus verkregen moet worden welke optionele vragen gehandhaafd blijven in hun arbeidsanamnese en welke vragen alsnog verwijderd kunnen worden. Ook is het zelfs nog mogelijk om vragen toe te voegen, waarbij gebruik gemaakt kan worden van vragen die niet in de arbeidsanamnese zijn opgenomen (zie paragraaf 3.3.1).

Leidraad afstemming medisch specialist-bedrijfsarts gewenst

In de loop van het onderhavige project werd duidelijk dat alleen een arbeidsanamnese-instrument niet voldoende is, omdat de arbeidsanamnese zelf niet aangeeft of afstemming met een bedrijfsarts wenselijk is. Deelnemers van de workshop onderstreepten dit. De meeste medisch specialisten van de praktijktoets zijn het er wel mee eens dat een leidraad met bijbehorend communicatieformulier voor medisch specialisten voor afstemming met de bedrijfsarts wenselijk is. De ontwikkeling van zo'n leidraad bevordert mogelijk ook het draagvlak om het te gebruiken. Vanuit patiëntzijde wordt aangegeven dat patiënt/werknemers hieraan kunnen bijdragen door medisch specialisten inzicht te geven in wat zij als knelpunt ervaren in die afstemming en dat zij mogelijk oplossingen kunnen aandragen om de afstemming met de bedrijfsarts beter te laten verlopen. Ook zijn er kritische geluiden te horen, namelijk dat het toepassen van zo'n leidraad en het gebruik van een communicatieformulier leidt tot nog langere consulten, en hiermee komen we weer uit bij een eerder gesignaleerd knelpunt van het spanningsveld tussen beroepsinhoudelijk professionele wensen en productie-eisen.

3.6 Aanpassing van de testversie arbeidsanamnese

In bijlage 13 is de aangepaste arbeidsanamnese opgenomen met volledig uitgeschreven vragen waarin enkele wijzigingen zijn aangebracht ten opzichte van de versie die in de praktijktoets werd gebruikt. Het voorstel van patiëntzijde om kernvraag 1 aan te passen is overgenomen; er wordt alleen gevraagd naar betaald werk. Verder is aangegeven welke vragen optioneel zijn.

Bijlage 14 bevat een arbeidsanamnese zoals die in de dagelijkse praktijk van de medisch specialist gebruikt zou *kunnen* worden. Ten opzichte van de testversie van de praktijktoets is de lay-out op enkele punten aangepast. Er heeft geen uitgebreide revisie plaatsgevonden van de lay-out. Reden hiervan is, is dat ons inziens de wetenschappelijke verenigingen eerst zelf moeten bepalen welke arbeidsanamnesevragen zij uiteindelijk willen opnemen in hun arbeidsanamnese, en welke vragen zij optioneel willen houden. De lay-out wordt vervolgens bepaald door het aantal vragen dat opgenomen moet worden en de keuze tussen een digitale en/of een papierenversie.

Bijlage 15 is te beschouwen als een voorbeeld van een toelichting op het gebruik van de arbeidsanamnese. Het is voorstelbaar dat de wetenschappelijke verenigingen deze tekst willen aanpassen en meer zullen gaan toespitsen op hun eigen specialisme, zoals voorgesteld door één van de artsen die meedeed aan de praktijktoets.

Bijlage 16 is een eerste aanzet van een checklist waarin aandachtspunten zijn beschreven voor de medisch specialisten voor wanneer contact wenselijk is met de patiënt. Er heeft geen revisie plaatsgevonden van de lay-out ten opzichte van de versie die is gebruikt in de praktijktoets. Reden hiervoor is, is dat ons inziens nog een consensusvorming tussen medisch specialist en bedrijfsarts nodig is om draagvlak te creëren onder de medisch specialisten voor het gebruik van zo'n lijst.

Tot slot verwijzen we naar bijlage 7 waarin een patiëntenvragenlijst is beschreven. Dit is een conceptversie die niet besproken is met medisch specialisten. Dit document is als basisdocument te gebruiken voor die Wetenschappelijke Verenigingen die voor hun specialisme, als aanvulling op een arbeidsanamnese, ook een patiëntenvragenlijst willen ontwikkelen.

4 Conclusie en aanbevelingen

4.1 Conclusie

Dit project heeft een in de praktijk getoetste, generieke arbeidsanamnese opgeleverd voor medisch specialisten, bestaande uit kernvragen, verdiepende vragen en optionele vragen. De anamnese is gebaseerd op een degelijke wetenschappelijke literatuurstudie en ontwikkeld in nauwe samenspraak met specialisten, bedrijfsartsen, kenniscentra 'arbeid & gezondheid' en ook patiënten. De praktijktoets leverde een kritisch-positief beeld, met erkenning van het belang van het vragen naar arbeid & gezondheid ten behoeve van een toegevoegde waarde voor diagnostiek en behandeling op hun vakgebied, leidend tot betere patiëntenzorg. Gesignaleerde knelpunten lijken vooral verband te houden met twee spanningsvelden: tussen vakinhoudelijke wensen en 'productie-eisen' uit de praktijk en tussen een 'generieke' anamnese en de 'specialistische' praktijk. De specialist heeft niettemin nu een instrument, waarmee eventuele samenhang van klachten met het werk eerder valt te constateren en dus eerder preventieve actie ondernomen kan worden. De anamnese is daarmee te beschouwen als nuttig (enquête, evaluatie) en hanteerbaar (workshop, evaluatie). De validiteit viel binnen de beperkingen van dit project moeilijk te beoordelen. Tenslotte blijkt er behoefte aan een Leidraad voor betere afstemming met de bedrijfsarts, zoals al bestaat voor huisartsen.

4.2 Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen hebben wij met betrekking tot de arbeidsanamnese:

- Stel de arbeidsanamnese op grotere schaal beschikbaar - zo mogelijk in digitale vorm - voor gebruik en evaluatie.
- Wetenschappelijke Verenigingen kunnen de arbeidsanamnese verder aanpassen aan hun eigen specialisme, waarbij ook het gebruik van een patiëntenvragenlijst als aanvulling op de arbeidsanamnese besproken zou kunnen worden.
- Breng de arbeidsanamnese binnen richtlijnontwikkeling zodat hij onderdeel kan gaan vormen van DBC's.
- Een leidraad voor de afstemming voor de afstemming tussen medisch specialist en bedrijfsarts is gewenst. Voor de ontwikkeling van zo'n leidraad is het zinvol om gebruik te maken van informatie van patiëntenzijde hoe zij de praktijk ervaren. Deze informatie zou verkregen kunnen worden door middel van een workshop of een focusgroep.

Referenties

Amstel, R.J. van, Buijs, P.C. Voor verbetering vatbaar: Deel 2. Medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2000. ISBN 90-6365-192-9.

Anema J.R., Buijs P.C, Amstel R.J. van, Putten D.J. van. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts. Bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002 (o.a. gepubliceerd in een gezamenlijke uitgave van De Huisarts in Nederland en het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, maart 2002)

Buijs P.C. Op weg naar betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij begeleiding van (zieke) werknemers: nadere voorstellen. TNO Arbeid, NVAB en Orde van Medisch Specialisten. (rapport nr. r7610) Februari 2002.

Evers, M.C. Arbocuratieve samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen. Medwerk Stedendriehoek. Zutphen, 2003

Overzicht bijlagen

1. Achtergronden project arbeidsanamnese;
2. Deelnemers aan de workshop;
3. a: Evaluatieformulier voor medisch specialisten;
b: Evaluatieformulier voor bedrijfsartsen;
c: Evaluatie vanuit patiëntenperspectief;
4. Resultaat artikelen internationale literatuursearch;
5. De 8 ZonMw-projecten;
6. Resultaten vragenlijstonderzoek;
7. Concept Patiëntenvragenlijst 'Gezondheid in relatie tot werk';
8. Verantwoording aanpassingen testversie arbeidsanamnese t.b.v. de praktijktoets;
9. Testversie arbeidsanamnese (zoals gebruikt tijdens de praktijktoets);
10. Testversie arbeidsanamnese voor medisch specialisten: toelichting op vragen;
11. Checklist beslismomenten voor contact met bedrijfsarts (uitwisseling van informatie of verwijzing, afstemming van inzicht en/of advies);
12. Resultaten van de evaluatie van de praktijktoets en arbeidsanamnese.

De eindproducten

13. Arbeidsanamnese voor medisch specialisten : uitgeschreven vragen, met XX_O zijn optionele vragen;
14. Voorbeeld werkmodule arbeidsanamnese voor medisch specialisten;
15. Toelichting op vragen van een arbeidsanamnese voor medisch specialisten;
16. Checklist aandachtspunten voor contact met bedrijfsarts (uitwisseling van informatie of verwijzing, afstemming van inzicht en/of advies).

Bijlage 1: Achtergronden project arbeidsanamnese

TNO-document

Arbeid
Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

Bijlage 1

www.tno.nl/arbeid

Achtergronden project arbeidsanamnese

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum 20 juli 2004
 23 mei 2005 (revisie)

Auteurs A.M. Kremer
 P.C. Buijs
 J.R. Anema
 F.J.H. van Dijk (Coronel laboratorium, AMC, Amsterdam)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

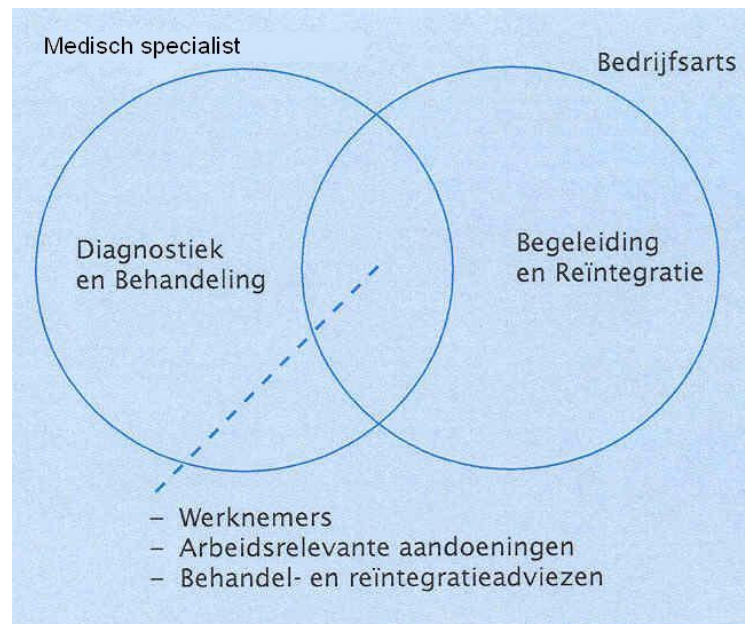
© 2005 TNO

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | De voorgeschiedenis: Samenwerking medisch specialist en bedrijfsarts..... | 49 |
| 2 | Doel van een arbeidsanamnese | 53 |
| 3 | Bouwstenen voor een arbeidsanamnese..... | 55 |
| 4 | Onderbouwing van de keuze van de voorgestelde vragen..... | 57 |
| 5 | Literatuur | 69 |
| A | Bouwstenen voor een arbeidsanamnese..... | 71 |

1 De voorgeschiedenis: Samenwerking medisch specialist en bedrijfsarts

Het project 'Arbeidsanamnese' maakt deel uit van het eind 2001 door de Orde gestarte programma "Medisch Specialistische Arbocuratieve Zorg", in aansluiting op een onderzoek van TNO Arbeid naar de ervaringen en opvattingen van medisch specialisten over samenwerking met bedrijfsartsen (v Amstel en Buijs, 2000). Daaruit bleek o.a., dat meer dan 80% van de specialisten een betere samenwerking wenst. Om die wens verder te concretiseren werd er een ad-hoc werkgroep opgericht door de Orde o.l.v. de toenmalige voorzitter Floris Sanders, verder bestaande uit de (toenmalige) voorzitters van de Wetenschappelijke Verenigingen van orthopeden, psychiaters, neurologen en revalidatieartsen, de voorzitter van de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeid en Bedrijfsgeneeskunde) en op verzoek van de Orde Peter Buijs (onderzoeker/adviseur TNO Arbeid) voor inhoudelijke ondersteuning en voor het schrijven van het gezamenlijke Orde/NVAB-rapport "Op weg naar betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij begeleiding van (zieke) werknemers: nadere voorstellen" (Buijs, 2002). Eén van die voorstellen betrof het ontwikkelen van een generieke arbeidsanamnese voor medisch specialisten, met als belangrijk onderdeel een betere afstemming met bedrijfsartsen. De noodzaak voor afstemming valt ook af te leiden uit figuur 1.1



figuur 1.1

Uit genoemd rapport vermelden we hier de uitgangspunten en randvoorwaarden voor een betere samenwerking, zoals de Orde en de NVAB die in 2002 formuleerden.

Uitgangspunten samenwerking

1. Het verrichten van passende arbeid onder goede arbeidsomstandigheden bevordert in het algemeen de gezondheid en het welbevinden van de werknemers;
2. Bij sociaal medisch begeleiding (SMB) dienen behoud van gezondheid, arbeidsgeschiktheid en -participatie centraal te staan. De werknemer heeft daarbij een eigen verantwoordelijkheid;
3. Preventie en reïntegratie dienen te worden bevorderd, en medicalisering tegengegaan;
4. Voor specialisten is de bedrijfsarts de medisch deskundige voor 'arbeid-gezondheid', zoals de medisch specialist voor bedrijfsartsen de deskundige op diens specifieke curatieve terrein;
5. Geen tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden, of werkenden onderling;
6. Arbocuratieve afstemming zal het meeste effect hebben, als het snel gebeurt;
7. Het voorschrijven van rust, thuisblijven of andere vormen van passiviteit is bij arbeidsrelevante klachten lang niet altijd (meer) als adequaat te beschouwen;
8. Een werkhervatting(sadvies) kan een goed therapeuticum zijn;
9. De nadruk moet liggen op wat de patiënt/werknemer nog wèl kan;
10. Herstel moet, zodra dat mogelijk is, (gedeeltelijk) plaats kunnen vinden op de werkplek.

Randvoorwaarden samenwerking

1. Werkgevers maken hun eerstverantwoordelijkheid waar voor preventie, begeleiding en reïntegratie; werknemers hebben daarbij een eigen verantwoordelijkheid (opvolgen van veiligheidsregels, zich zo nodig onder behandeling stellen, meewerken aan herstel e.d.);
2. Verankering in het bedrijf (Instemming OR met keuze arbodienst en SMB-beleid; adequate voorlichting aan (nieuwe) werknemers over de gang van zaken bij SMB);
3. Werkgevers/arbodiensten respecteren de professionele autonomie van bedrijfsartsen en stellen hen in staat een vertrouwenspositie in te nemen tegenover de werknemer, o.a. door hen geen controle of claimbeoordeling te laten doen;
4. Bedrijfsartsen maken medisch specialisten duidelijk voor welk doel zij informatie vragen (begeleiding, reïntegratie, keuring) en garanderen dat die informatie alleen naar derden gaat met gerichte toestemming van de betrokken werknemer;
5. Medisch specialisten betrekken de factor 'arbeid' in hun anamnese en behandelplan;
6. Een reëel tijdsbeslag t.b.v. samenwerking vereist een reële vergoeding voor beide artsen;

7. Er komen goede afspraken tussen NVAB, LHV en OMS over verwijzen, waarbij de huisarts de centrale verwijzer blijft, maar op termijn de bedrijfsarts, in goed overleg met de huisarts, zelfstandig moet kunnen verwijzen bij arbeidsgerelateerde aandoeningen ;
8. De medisch specialist kan vanuit zijn deskundigheid de bedrijfsarts voorstellen doen voor preventie of reïntegratie. Omgekeerd kan de laatste suggesties doen voor behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen;
9. Ontwikkeling van een gezamenlijk begrippenkader en daarop gebaseerde richtlijnen;
10. Het bevorderen van onderlinge bekendheid op lokaal/regionaal niveau;
11. In de curatieve opleiding en nascholing krijgt (samenwerken bij) ‘arbeid’ meer aandacht;
12. Het beschikbaar zijn van voldoende geregistreerde bedrijfsartsen;
13. Het contract van de werkgever met de arbodienst moet bedrijfsartsen voldoende ruimte bieden voor adequate afstemming en samenwerking met medisch specialisten, net als met huisartsen.

Eén van de knelpunten bij de samenwerking met de bedrijfsartsen die de Werkgroep signaleerde, is dat veel specialisten een “blinde vlek” hebben voor de factor arbeid en de implicaties daarvan. Om dit knelpunt op te lossen stelde de Werkgroep onder anderen voor om specialisten te laten doordringen van het belang van het afnemen van een adequate *arbeidsanamnese*.

2 Doel van een arbeidsanamnese

Het doel van het te ontwikkelen instrument, een generieke arbeidsanamnese, is ondersteuning van de medisch specialist bij de advisering ten aanzien van de factor arbeid, door een betere inschatting te kunnen maken van de aard en de ernst van de problematiek en de te nemen vervolgacties (van advisering tot verwijzing). Door de arbeidsanamnese af te nemen kan de medisch specialist inzicht krijgen in:

1. de relatie Arbeid en Gezondheid, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen het effect dat arbeid op de gezondheid kan hebben (A -> G) en het effect dat een verminderde gezondheid op arbeid kan hebben (G -> A);
2. of de in te stellen diagnostiek/ behandeling en/of wachttijd voor de diagnostiek/behandeling nadelige gevolgen kan hebben voor de werksituatie van de patiënt;
3. of de in te stellen behandeling en/of adviezen tegenstrijdig (kunnen) zijn met de behandeling/ adviezen van de bedrijfsarts.

De informatie die de specialist krijgt met het afnemen van een arbeidsanamnese kan leiden tot meer samenwerking met de bedrijfsarts, waarbij zowel de specialist als de patiënt kunnen zijn gebaat. De specialist omdat een goede afstemming tussen belastbaarheid van de patiënt en belasting op het werk ten goede komt aan het effect van een behandeling. De patiënt omdat zijn belastbaarheid beter en/of eerder wordt afgestemd op de belasting op het werk en het risico op ziekteverzuim daardoor wordt verkleind, en bovendien is de kans groter, dat de oorzaak van de klachten of de aandoening wordt opgespoord en aangepakt. Beide aspecten kunnen naast de gezondheid ook het welzijn van de patiënt verhogen en daarmee een positieve bijdrage leveren aan het effect van een ingestelde behandeling.

Ten slotte: De arbeidsanamnese dient bij voorkeur zo te zijn samengesteld dat onderscheid gemaakt kan worden tussen/hij toepasbaar is op groepen patiënten/werknemers met:

- acute klachten/aandoeningen
- een chronische aandoening
- een beroepsziekte of arbeidsgebonden aandoening
- een werkrelevante aandoening.

3 Bouwstenen voor een arbeidsanamnese

De uit de omvangrijke bronnenstudie gedestilleerde bouwstenen voor een arbeidsanamnese zijn in te delen in een algemeen deel met vragen over de feitelijke werksituatie en over verzuim (deel I) en een deel met vragen die ingaan op de relatie tussen gezondheid en werk (deel II). Het tweede deel bestaat uit 5 sets van vragen aan de hand waarvan de medische specialist kan besluiten of afstemming met de bedrijfsarts nodig is.

De anamnese bevat niet alleen vragen aan de patiënt, maar ook *enkele overwegingen* of gedachtes die de specialist kan betrekken in zijn besluitvorming om contact op te nemen met de bedrijfsarts. Ook bevat de arbeidsanamnese vragen/overwegingen die afhankelijk van de klachten/aandoening anders ook al wel gesteld/gemaakt worden door de specialist omdat ze relevant zijn voor de diagnostiek/behandeling. Reden om ze bij de arbeidsanamnese (nogmaals) te noemen, is om de informatie die relevant is voor de arbeid-gezondheid problematiek bij elkaar te plaatsen.

De vijf sets of onderwerpen die in deel B aan de orde komen, zijn:

1. De relatie G -> A

De specialist stelt vragen die moeten achterhalen of de patiënt klachten heeft op zijn werk, of de patiënt a.g.v. zijn ziekte/klachten beperkingen heeft op het werk en of de patiënt het werk niet meer naar tevredenheid kan uitvoeren.

De specialist gaat na of er binnen afzienbare tijd problemen op het werk zijn te verwachten gezien de progressiviteit en aard van de ziekte.

2. De relatie A -> G

De specialist stelt vragen die moeten achterhalen of er een relatie is dan wel of de patiënt een relatie legt tussen de aandoening/klachten en het werk (oorzaak dan wel verergering).

3. De begeleiding van de patiënt op het werk /sociaal medische begeleiding (SMB)

De specialist stelt vragen die moeten achterhalen of de patiënt in verband met zijn gezondheid in relatie tot zijn werk begeleid wordt, en zo ja waaruit die begeleiding bestaat.

De specialist gaat na of de patiënt beter kan functioneren, of de patiënt het werk kan hervatten, of dat hij een werkstakingadvies zou moeten geven.

4. Belemmeringen voor herstel belastbaarheid of werkhervatting

De specialist stelt vragen die moeten achterhalen of er bij de patiënt omstandigheden zijn in thuis/privé- of werksituatie die door de patiënt als belemmerend worden ervaren voor het herstel (belastbaarheid/werkhervatting).

De specialist gaat na of er nog patiëntgebonden factoren zijn die het herstel kunnen belemmeren (coping, ziektegedrag, ziekteacceptatie), en of de in te stellen diagnostiek, de behandeling en de nazorg het herstel van de belastbaarheid / werkhervatting belemmert/ vertraagt/ beïnvloedt.

5. Prognose herstel belastbaarheid

De specialist gaat na op welke termijn er (functionele) verbeteringen te verwachten zijn.

4 Onderbouwing van de keuze van de voorgestelde vragen

In deze paragraaf wordt een toelichting gegeven op de keuze van de vragen en wordt de bron vermeld waaruit de vraag afkomstig is. De vragen zijn in het geheel uitgeschreven. De vragen zijn nu zo geformuleerd dat de arts de vragen stelt aan de patiënt, maar dat kan anders. Zo is het een optie om een deel van de vragen voorafgaande aan het spreekuur, door de patiënt zelf te laten invullen. De formulering van de vragen moet dan wel aangepast worden.

De vragenlijst wordt gesteld aan patiënten in de leeftijd van 15 tot 65. Deze grens zou zelfs verhoogd kunnen worden omdat loonvormende arbeid bij gepensioneerden voorkomt.

Deel I Algemene vragen over werk:

Met de algemene vragen krijgt de arts achtergrondinformatie over het werk dat een patiënt doet. Deze informatie kan al indicaties geven of de klacht/aandoening werkgerelateerd kan zijn, dan wel of de klacht/aandoening problemen kan geven in de uitvoering van het werk.

Huidige werksituatie

1. Verricht u loonvormende arbeid / betaald werk?
 - nee
 - ja

Zo nee, wanneer bent u gestopt met werken<jaartal>

Toelichting vraag 1

Vraag 1 is een basisvraag. Aan de hand van de informatie wanneer men gestopt is met werken, kan besloten worden of men de vragen over de laatste baan/functie (vragen 4 t/m 8) gaat stellen. (Bron vraag: stedendriehoek onderzoek; Evers, 2003)

2. Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering ?
 - nee
 - ja

zo ja, sinds wanneer.....<jaartal>

Toelichting vraag 2

Het hebben van een arbeidsongeschiktheidsuitkering geeft aan dat er reeds een probleem is (geweest) tussen de draagkracht van de patiënt en de draaglast op het werk. Bij de werkende patiënt met een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan nog steeds (of weer) sprake zijn van een gestoorde balans tussen draagkracht en draaglast. Zo heeft onderzoek onder chronisch zieken laten zien dat werkenden met een WAO-uitkering, vaker dan werkenden zonder een WAO-uitkering, aangeven dat zij moeite hebben om bepaalde werkzaamheden te doen. Ook geven werkenden die een WAO-uitkering hebben, vaker aan dat zij op het werk meer behoefte hebben aan begeleiding door arboprofessionals (bedrijfsarts, verzekeringsarts, (bedrijf)maatschappelijk werk, beroepskeuzeadviseurs e.d.) dan de begeleiding die ze krijgen (Andries en Kremer, 2002; Kremer en Wevers, 2000; Kremer, 2003a; Kremer 2003b). Het hebben van een arbeidsongeschiktheidsuitkering geeft aan dat er reeds een probleem is (geweest) tussen de draag-

kracht van de patiënt en de draaglast op het werk. Bij de werkende patiënt met een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan nog steeds (of weer) sprake zijn van een gestoorde balans tussen draagkracht en draaglast. Zo heeft onderzoek onder chronisch zieken laten zien dat werkenden met een WAO-uitkering, vaker dan werkenden zonder een WAO-uitkering, aangeven dat zij moeite hebben om bepaalde werkzaamheden te doen. Ook geven werkenden die een WAO-uitkering hebben, vaker aan dat zij op het werk meer behoefte hebben aan begeleiding door arboprofessionals (bedrijfsarts, verzekeringsarts, (bedrijf)maatschappelijk werk, beroepskeuzeadviseurs e.d.) dan de begeleiding die ze krijgen (Andries en Kremer, 2002; Kremer en Wevers, 2000; Kremer, 2003a; Kremer 2003b).

Beroep/functie

3. Wat is uw huidige beroep of functie? (vraag naar een zo concreet en nauwkeurig mogelijke omschrijving)

.....

4. Hoeveel jaren doet u dit werk al?

5. Bij welk type bedrijf werkt u?

6. Hoeveel jaren werkt u al bij dit (type) bedrijf/ instelling?jaren

Toelichting vraag 6

Beroep/functie geeft indirect informatie over het type werk dat iemand doet : kantoorbaan, fysieke belasting, blootstelling aan fysieke werkomstandigheden (temperatuur, geluid). De combinatie van huidige klacht/aandoening en beroep/bedrijf kan al een trigger zijn voor een verdenking van de werkgerelateerdheid van de klacht/aandoening (Lax et al, 1998; Newman, 1995; Rutstein et al, 1983). De vraag beperkt zich tot het huidige werk. Algemeen wordt echter aangegeven dat voor een volledige inventarisatie van mogelijke oorzaken van werkgebonden gezondheidsproblematiek, het huidige beroep onvoldoende is (Landrigan and Baker, 1991; Lax et al, 1998; Am College of Physicians, 1990; Schwartz et al, 1991; Goldman and Peters, 1981; Goldman, 2002; Rutstein et al, 1983; Newman, 1995; Rosenstock et al, 1984; Lewis, 2002).

7. Wordt u in uw werk regelmatig blootgesteld aan dampen, oliën, chemische stoffen, irriterende stoffen, stof, hard lawaai, straling of fysiek belastend werk.

Toelichting vraag 7

In de literatuur naar de arbeidsanamnese is dit één van de basisvragen van de arbeidsanamnese van de klinisch specialist. In de literatuur wordt echter in de vraag ook gevraagd naar blootstellingen in het verleden. Dat aspect is in de huidige vraag weggelaten, daar het voor de huidige problemen op het werk niet relevant is. Voor de diagnostiek, daarentegen, kan het wel relevant zijn.

In het rijtje van blootstellingen is de blootstelling aan fysiek belastend werk toegevoegd. Deze blootstelling is niet genoemd in de aangehaalde artikelen. Ook is het woord 'regelmatig' toegevoegd. Het woord 'regelmatig' filtert de incidentele blootstellingen uit en is een term die ook gebruikt wordt in de vragenlijsten die TNO Arbeid gebruikt naar blootstellingen in het werk in de Arbeid en Handicap Vragenlijst.

Arbodienst/bedrijfsarts

8. Is het bedrijf/instelling waar patiënt werkt, aangesloten bij een arbodienst/ heeft patiënt een bedrijfsarts?
- nee
 - ja, <gegevens>

Toelichting vraag 8

Noodzakelijke gegevens voor arbocuratieve samenwerking of afstemming. Vergelijkbaar met de gegevens die de specialist heeft over de huisarts. De aan- of afwezigheid van de bedrijfsarts bepaalt ook de syntax van de vragen verderop in de arbeidsanamnese.

Ongeveer 11% van de werkende beroepsbevolking werkt als zelfstandige, meewerkende familielid, freelancer etc. Bij werkenden met een chronische ziekte is een vergelijkbaar percentage gevonden (Andries en Wevers, 1996; Kremer e.a., 1997; Kremer en Wevers, 1998; Kremer e.a., 2002; Kremer, 2003a). Dit betekent dat ongeveer 11% van de patiënten geen bedrijfsarts heeft.

Verzuim

9. Bent u op dit moment aan het werk?
- Nee, verzuimt sinds <datum>
 - Ja, volledig, nluren per week
 - Ja, gedeeltelijk nluren per week; volledige werkweek volgens arbeidscontracturen per week

Zo ja,

- 9A Speelt uw huidige klacht/aandoening een rol bij het verzuim?
- nee
 - ja

Toelichting vraag 9/9A

Geeft aan of er nu problemen zijn op het werk waarbij de huidige klacht/aandoening (mogelijk) een rol speelt. In het specifieke deel van de arbeidsanamnese wordt ingegaan op de sociaal medische begeleiding van de patiënt en kan vastgesteld worden of die zorg in overeenstemming is met de curatieve zorg. (Bron vraag 10: stedendriehoekonderzoek)

10. Is uw bedrijfsarts op de hoogte van uw klachten/aandoening?
- nvt (geen bedrijfsarts)
 - nee
 - onbekend bij de patiënt
 - ja
11. Wat is uw huidige dienstverband? (omcirkel het juiste dienstverband)
- werknemer in vast/tijdelijk dienstverband
 - oproepkracht, invalkracht, of uitzendkracht
 - freelancer, zelfstandige, meewerkend familielid in eigen bedrijf
 - anders, namelijk

Toelichting vraag 11

Het type dienstverband geeft indirect informatie over de organisatie van het werk en arbeidsvoorwaarden. Deze aspecten zijn van belang bij contacten met arbopro-

professionals die betrokken kunnen zijn bij de SMB van de patiënt, en bij het realiseren van werk(plek)aanpassingen (Bron vraag: TNO Arbeid)

Werktijden

12. Wat is uw normale werkschema (bij geen verzuim)?
- ploegendienst nee, 2, 3 , 4/5 ploegendienst
 - een vast dienstrooster nee/ja
 - een wisselend dienstrooster nee/ja
 - werkt in nachtdienst nee/ gemiddeld ...maal per maand
 - kantooruren, van maandag t/m vrijdag nee/ ja
 - anders, nl.....

Toelichting vraag 12

Deze vraag is in de arbeidsanamnese opgenomen omdat werktijden van invloed kunnen zijn op het functioneren van mensen met bepaalde aandoeningen: verstoring van dag- en/of nachtritmes door wisselende werktijden of nachtdiensten bij aandoeningen die hiervoor gevoelig voor zijn (bijv. insuline afhankelijke diabetes, astma). Ook kan de diagnostiek/ behandeling het noodzakelijk maken dat onregelmatige/wisselende werktijden tijdelijk omgezet moeten worden in (regelmatige) (dag)diensten.

Specialist

13. Heeft u met de bedrijfsarts contact gehad over de huidige klachten/ aandoening van deze patiënt
- nee
 - ja : toelichting <verwijzen naar correspondentie>

Toelichting bij vraag 13

Deze vraag is een reminder voor de specialist. Het is zeer wel mogelijk dat de bedrijfsarts in het (recente) verleden reeds contact heeft opgenomen met de specialist voor dezelfde klachten/aandoening, bijvoorbeeld in verband met verzuimbegeleiding (zie ook toelichting bij vraag 22 over Wet Poortwachter)

Deel II Vragen over de relatie Arbeid en Gezondheid

Een patiënt die verzuimt heeft redenen om niet te werken. Redenen die mogelijk met zijn klacht/aandoening te maken hebben. Een patiënt die niet verzuimt kan echter ook moeite hebben met zijn werk, of gezien de aandoening in de nabije toekomst moeite verwachten op zijn werk waardoor er een verhoogt risico bestaat op uitval.

Functionele onmogelijkheden

14. Heeft u als gevolg van uw klachten/ aandoening (meer) moeite met uw werk of kan u bepaalde werkzaamheden als gevolg van uw klachten/aandoening niet meer doen?
- nee
 - ja
- zo ja, een beschrijving van de moeite/ beperkingen.....

Toelichting vragen 14/17

In het literatuuronderzoek naar de arbeidsanamnese is weinig gevonden over de gevolgen die de gezondheid kan hebben op het functioneren op het werk. Mohr et al, 1999 bespreekt van enkele aandoeningen de mogelijke gevolgen die de aandoening kan hebben op het werk (beperkingen, onmogelijkheden). Een vraag hierover is dan ook niet gevonden. In de Leidraad voor de huisarts en bedrijfsarts (hierna alleen nog maar aangehaald als de Leidraad) is de vraag als volgt geformuleerd: ‘Invloed van klachten op het functioneren? Zo ja, wat zijn de arbeidsmogelijkheden en beperkingen?’

In het stedendriehoekonderzoek (Evers, 2003) is de vraag als volgt:

Zijn er medisch te duiden beperkingen t.a.v. het verrichten van arbeid in deze functie?

- nee
- onbekend, onvoldoende informatie hiertoe beschikbaar
- zo ja, wat zijn de beperkingen

In het stedendriehoekonderzoek was het commentaar van enkele specialisten, dat deze vraag soms moeilijk te beantwoorden was. Zij konden soms moeilijk inschatten wat precies de inhoud van de werkzaamheden van de patiënt is.

De vraag in de huidige anamnese is dan ook zo gesteld dat *de patiënt* aangeeft welke beperkingen/moeite hij/zij ervaren als gevolg van de klachten/aandoening. Daarnaast kan de specialist de lijst nog aanvullen vanuit zijn deskundigheid, gecombineerd met de informatie die hij heeft over de werksituatie. Of de door de specialist toegevoegde lijst van mogelijke beperkingen relevant zijn voor de werknemer, is ter beoordeling aan de bedrijfsarts en de werknemer.

15. Geven de werkomstandigheden bij u aanleiding tot gezondheidsklachten? (hierbij moet u denken aan werktijden, werktaken, werkplek, werkdruk, woon-werkverkeer)

- nee
- ja

Zo ja, toelichting.....

Toelichting vraag 15

Deze vraag gaat in op meer werkaspecten dan de functionele beperkingen van vraag 14. De vraag is afkomstig uit een verkennende studie onder chronisch zieke werknemers waarbij de werknemers aangaven wat zij nodig achten om aan het werk te blijven (Detaille e.a., 2003)

16. Ik neem aan dat uw bedrijfsarts ook op de hoogte is van de problemen die u in uw werkt ervaart. Klopt dat?(zie vraag 13/14)

- nvt (geen bedrijfsarts)
- nee
- onbekend bij de patiënt
- ja

Toelichting vraag 16

Deze vraag is een basisvraag voor de besluitvorming om een bedrijfsarts te informeren of om contact op te nemen. De vraag is afgeleid van de arbeidsanamnese uit het stedendriehoekonderzoek: “Is de bedrijfsarts op de hoogte van de klachten en de eventuele beperkingen”, waarbij beperkingen slaat op de vraag naar de medisch te duiden beperkingen in het werk (Evers, 2003). In de arbeidsanamnese is de vraag uit de stedendriehoek opgesplitst in twee vragen. In de praktijk komt het

voor dat de bedrijfsarts wel op de hoogte is van de aandoening (vraag 10, maar niet van de ervaren beperkingen in het werk (zie vraag 14).

Overweging specialist

17. Zijn er (nog andere) beperkingen in het functioneren van de patiënt die de uitvoering van werk kunnen belemmeren? (of die t.z.t. kunnen ontstaan)
- nee
 - ja, toelichting

Diagnostiek A -> G

18. Is uw klacht/ aandoening erger geworden door het werk dat u doet?
- nee
 - ja

Toelichting vraag 18

In de literatuur naar de arbeidsanamnese is dit één van de basisvragen van de arbeidsanamnese van de klinisch specialist (Goldman en Peters, 1981; Landrigan en Bakers, 1991; Lax et al, 1998; Newman, 1995; Schwartz et al, 1991). Alleen wordt daar geen onderscheid gemaakt tussen veroorzaakt door het werk en erger worden door het werk. De formulering van de vraag is: 'Denkt u dat uw klachten te maken hebben met uw werk?'. In de Leidraad is de vraag als volgt: 'Worden de klachten (vooral) door het werk veroorzaakt of versterkt?'

In de arbeidsanamnese is bewust onderscheid gemaakt tussen erger worden en veroorzaakt door het werk. Reden hiertoe is, is dat klachten bij werkrelevante aandoeningen ook door het werk versterkt kunnen worden, en de patiënt dit subjectief kan ervaren als verergering van de aandoening.

In onderzoek bij mensen met een chronische ziekte, blijkt er een sterke samenhang te zijn tussen de mening van de mensen dat hun ziekte/aandoening erger was geworden door het werk en stoppen met werken (Andries en Wevers, 1996; Kremer e.a., 1997; Kremer en Wevers, 2000; Kremer, 2003).

19. Is uw klacht/aandoening een gevolg van het werk dat u doet?
- nee, in het geheel niet
 - ja, geheel/ grotendeels
 - ja, in beperkte mate

Zo ja, toelichting?.....

Toelichting vraag 19

De formulering van de vraag is afgeleid van een vraag uit het onderzoek naar WAO-instroom uitgevoerd door Gründemann en Nijboer, (1998) en die later ook gebruikt is in een onderzoek naar beroepsgebonden WAO-instroom van huid- en luchtwegaandoeningen (Kremer e.a., 2002): "Heeft u de indruk dat de ziekte of aandoening een gevolg is van het werk dat u deed" met antwoordmogelijkheden : ja, geheel of grotendeels; ja, voor een belangrijk deel; ja, in beperkte mate; nee, in het geheel niet. De studie van Kremer e.a. (2002) laat zien dat de vragen 17 en 18 niet dezelfde informatie geven. Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat 37% van de deelnemers die vanwege een luchtwegaandoening in aanmerking kwamen voor een WAO-uitkering vond dat de aandoening het gevolg was van het werk dat men deed. Voor de huidaandoening ging het om 44% van de deelnemers. Daarnaast was 21% van de deelnemers met een luchtwegaandoening en 16% van de deelnemers met een huidaandoening van mening dat de aandoening niet een gevolg was

van het werk, maar dat het werk de aandoening wel verergerde (Kremer e.a., 2004a; 2004b).

20. Zijn uw klachten minder erg in de volgende situaties:

- tijdens vrije dagen nee/ja
- tijdens vakanties nee/ja

Toelichting vraag 20

In de literatuur naar de arbeidsanamnese is dit één van de basisvragen van de arbeidsanamnese van de klinisch specialist (Goldman en Peters, 1991; Newman, 1995; Landrigan and Baker, 1991). De formulering is dan: "Zijn uw klachten erger of minder erg wanneer u thuis bent of op het werk?" (Newman, 1995). De formulering in de arbeidsanamnese is afgeleid van de vraag "Hebt u minder klachten van uw ademhaling dan gewoonlijk in de volgende situaties" met de drie antwoordmogelijkheden – tijdens dagen dat u niet werkt (vrije dagen/weekenden) – tijdens vakanties die u thuis doorbrengt – tijdens vakanties die u elders doorbrengt (Kremer en Wevers, 1998; Kremer, 2003).

21. Zijn er op uw werk collega's met vergelijkbare klachten? (*collega's die hetzelfde soort werk doen of in dezelfde ruimte werken*)

- nee
- onbekend bij de patiënt
- ja

Toelichting vraag 21

In de literatuur naar de arbeidsanamnese is dit één van de basisvragen van de arbeidsanamnese van de klinisch specialist (Landrigan and Baker, 1991; Lax et al, 1998 ; Goldman, 2002; Schwartz et al, 1991). De formulering is dan: "Hebben collega's dezelfde klachten". Cursief is een toelichting gegeven op collega's om er voor te zorgen dat het begrip collega niet te ruim wordt opgevat.

Behoud van werk/SMB

Patiënt verzuimt (vragen 22 en 23)

22 Heeft u sinds u verzuimt, contact gehad met uw bedrijfsarts?

- nvt (geen bedrijfsarts)
- nee
- ja

Zo nee. Wanneer een afspraak?

Zo ja. Heeft de bedrijfsarts afspraken met u gemaakt? *Zo ja,* Kunt u mij iets over die afspraken vertellen? (denk aan wanneer werkhervatting, aanvragen van/ gerealiseerd zijn van werk(plek)aanpassingen, op zoek naar ander werk etc..)

Toelichting vraag 22

De vraag is afgeleid van een vraag uit de Leidraad. De huisarts vraagt de patiënt/werknemer naar: 'Contact met bedrijfsarts? Zo ja, wat is diens naam, tel.nr. en begeleiding/advies?'

In de arbeidsanamnese zijn de zakelijke gegevens van de bedrijfsarts in het algemene deel opgenomen, en dienen bij voorkeur altijd genoteerd te worden.

In kader van de Wet Poortwachter heeft de patiënt/werknemer na 6 weken en daarna iedere 6 weken verzuim contact met de bedrijfsarts. De werkgever stelt na 8 weken verzuim in overleg met werknemer een plan van aanpak op.

De ministers van SZW en VWS hebben daarbij het plan gehad voor een verplichting voor de arbodienst om de behandelend arts standaard te informeren over haar beoordeling en advies bij langdurig verzuim (SZW, 2004). Dit werd bij nader inzien echter beschouwd als een niet evenredig middel is voor het doel, verbetering in contact etc van bedrijfs- en andere artsen waar nodig. Daarom werd gekozen voor onderstreping van de coördinerende rol van de bedrijfsarts juist bij evt verschillen van inzicht. Dat is (sinds februari 2005) verwoord in de formulering op het UWV-rapportagehulpmiddel 'medische informatie' van de bedrijfsarts bij een eventuele WAO-aanvraag: "Vermeld of er afstemming is geweest met de curatieve sector en zo ja, of er verschillen van inzicht waren over herstel en werkhervatting en welke actie daar dan op is ondernomen."

- 23 Verwacht u weer (volledig) te gaan werken?
- nee
 - ja, als het werk / de werkplek wordt aangepast,
 - ja, in ander soort werk
 - ja, als de gezondheidstoestand verbeterd is

Toelichting vraag 23

Deze vraag geeft indirect informatie over mogelijkheden die de patiënt ziet om weer aan het werk te zijn, over zijn ziekte-inzicht en coöperativiteit. De eigen voorspelling van verzuimduur in de 1e drie maanden van verzuim heeft een positief voorspellende waarde op langdurig verzuim (Vuuren en Heuvel, 1999).

Patiënt verzuimt niet (vragen 24 en 25)

Vraag 14 positief: U hebt aangegeven dat u als gevolg van uw klachten/aandoening moeite hebt in uw werk

- 24 Zou u beter kunnen functioneren in uw werk als bijvoorbeeld uw huidige werk of werkplek wordt aangepast?
- nee
 - ja
 - ja, maar dan wel in heel ander soort werk

Toelichting vragen:

Toelichting vraag 24

Deze vraag geeft indirect informatie over mogelijkheden die de patiënt ziet om weer beter op het werk te kunnen functioneren, over zijn ziekte-inzicht en coöperativiteit.

Vraag 18 positief: U hebt aangegeven dat uw klachten door het werk erger zijn geworden

25. Zou u uw huidige werk kunnen blijven doen als bijvoorbeeld uw werk of werkplek wordt aangepast?
- nee
 - ja

*Toelichting vragen:**Toelichting vraag 25*

Deze vraag geeft indirect informatie over mogelijkheden die de patiënt ziet om het huidige werk te kunnen blijven doen, over zijn ziekte-inzicht en coöperativiteit.

26. Besteedt uw bedrijfsarts voldoende aandacht aan uw gezondheid in relatie tot uw werk?
- nvt (geen bedrijfsarts/ bedrijfsarts niet op de hoogte)
 - nee
 - ja

Toelichting vragen : wat doet of heeft de bedrijfsarts (niet) gedaan? (denk aan aanvragen van/ gerealiseerd zijn van werk(plek)aanpassingen, op zoek naar ander werk etc..)

Toelichting vraag 26

De vraag is afgeleid van één van de aandachtspunten die genoemd staan in een aandachtspuntenlijst voor zorgverleners bedoeld voor het verkennen van werkgerelateerde problemen van chronisch zieken. De lijst is samengesteld aan de hand van informatie dat verkregen is uit een verkennende studie onder chronisch zieke werknemers waarbij de werknemers aangaven wat zij nodig achten om aan het werk te blijven (Detaille e.a., 2003). Ook uit onderzoeken onder mensen met een chronische ziekte, blijkt dat 19 tot 28% van de werkenden met een chronische ziekte meer behoefte hebben aan professionele hulp als het gaat om de gezondheid in relatie tot het werk, dan de hulp die zij ontvangen (Andries en Wevers, 1996; Kremer e.a, 1997; Kremer en Wevers 2000; Kremer 2003).

De informatie kan relevant zijn voor de besluitvorming van de specialist om wel/geen contact te zoeken met de bedrijfsarts.

27. Heeft de bedrijfsarts in verband met uw huidige gezondheidsklachten/aandoening contact gehad met andere behandelaars?
- nvt (geen bedrijfsarts/ bedrijfsarts niet op de hoogte)
 - nee
 - ja

Zo ja. Weet u met welk type behandelaar?

Toelichting vraag 27

Deze informatie is een aanvulling op vraag 24/27 waarin gevraagd wordt naar de begeleiding door de bedrijfsarts, en kan relevant zijn voor de specialist in verband met de diagnostiek en/of in te stellen behandeling.

Belemmeringen voor werkhervatting, herstel belastbaarheid

Verschillende omstandigheden op het werk, in de thuissituatie of in de privé-sfeer kunnen een vermindering van klachten of werkhervatting vertragen.

28. Zijn er bij u omstandigheden die een vermindering van klachten of uw werkhervatting mogelijk kunnen vertragen?

Zo ja. Welke.....

Toelichting vraag 28

Deze vraag is afgeleid van een vraag uit de Leidraad, waarin de huisarts de patiënt/werknemer vraagt naar:

‘Belemmeringen (op ’t werk, thuis of elders) voor terugkeer naar het werk?’

Deze vraag is opgenomen omdat benoemde omstandigheden het herstel in het functioneren kunnen vertragen. Hoewel deze vraag in de arbeidsanamnese is opgenomen, is de informatie ook in het algemeen relevant. Ervaren belemmeringen voor functioneel herstel of werkhervatting kunnen ook een medisch herstel vertragen.

Overweging specialist (vragen 29 t/m 32)

29. Welke factoren zijn er bij de patiënt die het herstel in de belastbaarheid (functioneel herstel) of de werkhervatting (kunnen) vertragen of belemmeren? (denk aan ziekte- of pijngedrag, acceptatie van de ziekte, coping)

- nee
- ja, toelichting.....

Toelichting vraag 29

Ook patiëntgebonden factoren kunnen de belastbaarheid (functioneel herstel) of de werkhervatting vertragen of belemmeren. Denk aan pijngedrag bij lage rugpijn, waardoor de patiënt onvoldoende in beweging is.

30. Belemmert het ziek doorwerken het herstel.

- nee
- ja

Een in te stellen diagnostiek, behandeling of nazorg kunnen van invloed zijn op het herstel van de belastbaarheid of de werkhervatting.

31. Zijn er met betrekking tot de diagnostiek, behandeling of nazorg in relatie tot herstel of de werksituatie van de patiënt punten die verdere aandacht behoeven?

Diagnostiek:

Behandeling:

Nazorg:

Toelichting vraag 30/31

Door de toegenomen privatisering van de sociale zekerheid, heeft de werkende beroepsbevolking belang bij een goede gezondheid (Dijk en Buijs, 1998). Steeds meer patiënten hebben dus wensen ten aanzien van een advies over kunnen doorwerken tijdens een wachttijd voor diagnostiek/behandeling of van een goede afstemming tussen een in te zetten diagnostiek/ behandeling en het kunnen blijven doorwerken. Een goede gezondheid is immers van belang voor het behoud van werk. Blijven zij te lang ziek, krijgen zij een ‘vlekje’ of hebben zij een chronische ziekte, dan dalen hun kansen op de arbeidsmarkt (Kremer en Wevers, 2003). Een goed samenwerkende gezondheids-

zorg, die snel en adequaat reageert op arbeidsgerelateerde problematiek, is voor hen (en de werkgevers) dan ook van groot belang.

Andersom komt het ook voor dat een patiënt geremd moet worden in zijn gedrevenheid om door te werken. Een (gedeeltelijke) werkstakingadvies kan ook onderdeel uitmaken van de behandeling.

Prognose herstel belastbaarheid

32. Zijn er (functionele) verbeteringen te verwachten?

- nee,
- ja

Toelichting vraag 32

Is er sprake van een acute aandoening waarvan het herstel binnen afzienbare tijd te verwachten is, is er sprake van een chronische aandoening, is sprake van een chronische aandoening die progressief verloopt? Zijn er verbeteringen te verwachten, en op welk termijn? Overwegingen die belang zijn voor de aanpak en oplossing van gesignaleerde werkproblematiek.

Afstemming/ samenwerking met de bedrijfsarts

Met de verzamelde gegevens uit de arbeidsanamnese kan de medisch specialist besluiten of afstemming of samenwerking met de bedrijfsarts nodig is.

5 Literatuur

Amstel, R.J. van, Buijs, P.C. Voor verbetering vatbaar : Deel 2. Medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding. Hoofddorp : TNO Arbeid, 2000. ISBN 90-6365-192-9.

Anema J.R., Buijs P.C., Amstel R.J. van, Putten D.J. van. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts. Bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002 (o.a. gepubliceerd in een gezamenlijke uitgave van De Huisarts in Nederland en het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, maart 2002)

Andries, F., Kremer, A.M. Arbeidsgebonden problematiek van werknemers met een chronische aandoening: secundaire analyses op TNO Arbeidsbestanden en CBS-data. Data op www.chronischziek-werk.nl

Andries F., Wevers C.W.J. Werken met een neuromusculaire aandoening. TNO-PG /NIA. Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, Amsterdam 1996.

American College of Physicians. Occupational and Environmental medicine: the internist's role. *Ann Intern Med* 1990; 113: 997-982.

Buijs P.C. Op weg naar betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij begeleiding van (zieke) werknemers: nadere voorstellen. TNO Arbeid, NVAB en Orde van Medisch Specialisten. (rapport nr. r7610) Februari 2002.

Detaille S., Haafkens J., Dijk F. van. Wat werknemers met reumatoïde artritis, diabetes mellitus en slechthorendheid nodig hebben om aan het werk te blijven. *TBV* 2003; 11: 196-204.

Evers M.C. Arbocuratieve samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen. Medwerk Stedendriehoek. Zutphen, 2003.

Goldman R.H., Peters J.M. The occupational en environmental health history. *JAMA* 1981; 246: 2831-2836.

Goldman R.H. Systematic approach to history taking and diagnosis of occupational or environmental illness. Uptodate, Rose BD ed Uptodate Wellesley MA 2002.

Gründemann R.W.M., Nijboer I.D. WAO-intrede en werkhervatting. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: NIA TNO, 1998.

Kremer A.M. COPD and Work. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2003a.

Kremer A.M. COPD in relatie tot werk. *TBV* 2003b; 11: 331-338.

Kremer A.M., Wevers C.W.J., Andries F. Werken met multiple sclerose. NIA TNO Amsterdam, 1997.

Kremer A.M., Wevers C.W.J. Werken met astma. Amsterdam: NIA TNO, 1998. ISBN 90-6365-163-5.

Kremer A.M. en Wevers C.W.J. Astma in relatie tot werk. TBV 2000;8:130-136.

Kremer A.M. en C.W.J. Wevers. Kanker in relatie tot werk. TBV 2003; 11: 231-237.

Kremer A.M., Chorus A.M.J., Wevers C.W.J. Kanker en werk. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002

Kremer A.M., Heuvel, S.G. van den, Jettinghoff, K., Putten, D.J. van. WAO-instroom door beroepsgebonden aandoeningen van de huid, longen en luchtwegen. Doetinchem, Elsevier bedrijfsinformatie, 2002. Arboconvenant reeks.

Kremer A.M., Heuvel, S.G. van den, Jettinghoff, K., Putten, D.J. van. WAO-instroom door werkgebonden aandoeningen van de huid en de luchtwegen. Deel I, de huidaandoeningen. Aangeboden ter publicatie aan het TBV, 2004a;12:259-266

Kremer A.M., Heuvel, S.G. van den, Jettinghoff, K., Putten, D.J. van. WAO-instroom door werkgebonden aandoeningen van de huid en de luchtwegen. Deel II, de luchtwegaandoeningen. Aangeboden ter publicatie aan het TBV, 2004b;12:325-333

Landrigan P.J., Baker D.B. The recognition and control of occupational disease. JAMA 1991; 266:676-80

Lax M.B., Grant W.D., Manetti F.A., Klein R. Recognizing occupational disease – taking an effective occupational history. Am Fam Physician 1998; 58: 935-944.

Mohr S., Gochfeld M., Pransky G. Genetically and medically susceptible workers. J Occup Environ Med 2002; 44: 39-47.

Newman L.S. Occupational illness. N Engl J Med 1995; 333: 1128-1134.

Rutstein D.D., Mullan R.J., Frazier T.M., Halperin W.E., Melius J.M., Sestito J.P. Sentinel Health Events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. Am J Public Health 1983; 73: 1054-1062.

Schwartz D.A., Wakefield D.S., Fiesemann J.F., Berger-Wesley M., Zeitler R. The occupational history in primary care setting. Am J Med 1991; 90: 315-319.

SZW. Aanbevelingen bij het rapport 'Tussen werk en WAO. Ministerie van SZW, brief AVB/VDB/04 2073, 2004

Vuuren C.V. van, Heuvel S.G. van de. Kan dreigend langdurig verzuim vroegtijdig worden opgespoord? TBV 1999; 7: 56-61.

Wet Poortwachter. www.boaplein.nl/algemeen

A Bouwstenen voor een arbeidsanamnese

Deel I Algemene vragen over werk:

Huidige werksituatie

1. Verricht u loonvormende arbeid / betaald werk?

- nee
- ja

Zo nee, wanneer bent u gestopt met werken<jaartal>

2. Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering ?

- nee
- ja

zo ja, sinds wanneer.....<jaartal>

Beroep/functie

3. Wat is uw huidige beroep of functie? (vraag naar een zo concreet en nauwkeurig mogelijke omschrijving).....

4. Hoeveel jaren doet u dit werk al?

5. Bij welk type bedrijf werkt u?

6. Hoeveel jaren werkt u al bij dit (type) bedrijf/ instelling?jaren

7. Wordt u in uw werk regelmatig blootgesteld aan dampen, oliën, chemische stoffen, irriterende stoffen, stof, hard lawaai, straling of fysiek belastend werk.

Arbodienst/bedrijfsarts

8. Is het bedrijf/instelling waar patiënt werkt, aangesloten bij een arbodienst/ heeft patiënt een bedrijfsarts?

- nee
- ja, <gegevens>

Verzuim

9. Bent u op dit moment aan het werk?

- Nee, verzuimt sinds <datum>
- Ja, volledig, nl uren per week
- Ja, gedeeltelijk nl uren per week; volledige werkweek volgens arbeidscontract uren per week

Zo ja,

9A Speelt uw huidige klacht/aandoening een rol bij het verzuim?

- nee, helemaal niet
- ja, huidige klacht/aandoening is gedeeltelijk/mede de reden van verzuim
- ja, huidige klacht/aandoening is de voornaamste reden van verzuim

of

- nee
- ja

10. Is uw bedrijfsarts op de hoogte van uw klachten/aandoening?

- nvt (geen bedrijfsarts)
- nee
- onbekend bij de patiënt
- ja

11. Wat is uw huidige dienstverband? (omcirkel het juiste dienstverband)

- werknemer in vast/tijdelijk dienstverband
- oproepkracht, invalkracht, of uitzendkracht
- freelancer, zelfstandige, meewerkend familielid in eigen bedrijf
- anders, namelijk

Werktijden

12. Wat is uw normale werkschema (bij geen verzuim)?

- ploegendienst nee, 2, 3, 4/5 ploegendienst
- een vast dienstrooster nee/ja
- een wisselend dienstrooster nee/ja
- werkt in nachtdienst nee/ gemiddeldmaal per maand
- kantooruren, van maandag t/m vrijdag nee/ ja
- anders, nl.....

Overweging specialist

13. Heeft u met de bedrijfsarts contact gehad over de huidige klachten/ aandoening van deze patiënt

- nee
- ja : toelichting <verwijzen naar correspondentie>

Deel II Vragen over de relatie Arbeid en Gezondheid

Functionele onmogelijkheden

14. Heeft u als gevolg van uw klachten/ aandoening (meer) moeite met uw werk of kan u bepaalde werkzaamheden als gevolg van uw klachten/aandoening niet meer doen?

- nee
- ja

zo ja, een beschrijving van de moeite/ beperkingen.....

15. Geven de werkomstandigheden bij u aanleiding tot gezondheidsklachten? (hierbij moet u denken aan werktijden, werktaken, werkplek, werkdruk, woon-werkverkeer)

- nee
- ja

Zo ja, toelichting.....

16. Ik neem aan dat uw bedrijfsarts ook op de hoogte is van de problemen die u in uw werk ervaart. Klopt dat?(zie vraag 13/14)

- nvt (geen bedrijfsarts)
- nee
- onbekend bij de patiënt
- ja

Overweging specialist:

17. Zijn er (nog andere) beperkingen in het functioneren van de patiënt die de uitvoering van werk kunnen belemmeren? (of die t.z.t. kunnen ontstaan)

- nee
- ja, toelichting

Diagnostiek A -> G

18. Is uw klacht/ aandoening erger geworden door het werk dat u doet?

- nee
- ja

19. Is uw klacht/aandoening een gevolg van het werk dat u doet?

- nee, in het geheel niet
- ja, geheel/ grotendeels
- ja, in beperkte mate

Zo ja, toelichting?.....

20. Zijn uw klachten minder erg in de volgende situaties:

- tijdens vrije dagen nee/ja
- tijdens vakanties nee/ja

21. Zijn er op uw werk collega's met vergelijkbare klachten? (*collega's die hetzelfde soort werk doen of in dezelfde ruimte werken*)
- nee
 - onbekend bij de patiënt
 - ja

Behoud van werk/SMB

Patiënt verzuimt (vragen 22 en 23 24)

- 22 Heeft u sinds u verzuimt, contact gehad met uw bedrijfsarts?

- nvt (geen bedrijfsarts)
- nee
- ja

Zo nee. Wanneer een afspraak?

Zo ja. Heeft de bedrijfsarts afspraken met u gemaakt? *Zo ja,* Kunt u mij iets over die afspraken vertellen? (denk aan wanneer werkhervatting, aanvragen van/ gerealiseerd zijn van werk(plek)aanpassing -en, op zoek naar ander werk etc..)

- 23 Verwacht u weer (volledig) te gaan werken?

- nee
- ja, als het werk / de werkplek wordt aangepast,
- ja, in ander soort werk
- ja, als de gezondheidstoestand verbeterd is

Patiënt verzuimt niet (vragen 24 en 25)

Vraag 14 positief: U hebt aangegeven dat u als gevolg van uw klachten/aandoening moeite hebt in uw werk

- 24 Zou u beter kunnen functioneren in uw werk als bijvoorbeeld uw huidige werk of werkplek wordt aangepast?

- nee
- ja
- ja, maar dan wel in heel ander soort werk

Toelichting vragen:

Vraag 18 positief: U hebt aangegeven dat uw klachten door het werk erger zijn geworden

25. Zou u uw huidige werk kunnen blijven doen als bijvoorbeeld uw werk of werkplek wordt aangepast?

- nee
- ja

Toelichting vragen:

26. Besteedt uw bedrijfsarts voldoende aandacht aan uw gezondheid in relatie tot uw werk?
- nvt (geen bedrijfsarts/ bedrijfsarts niet op de hoogte)
 - nee
 - ja

Toelichting vragen : wat doet of heeft de bedrijfsarts (niet) gedaan? (denk aan aanvragen van/ gerealiseerd zijn van werk(plek)aanpassingen, op zoek naar ander werk etc..)

27. Heeft de bedrijfsarts in verband met uw huidige gezondheidsklachten/aandoening contact gehad met andere behandelaars?
- nvt (geen bedrijfsarts/ bedrijfsarts niet op de hoogte)
 - nee
 - ja

Zo ja. Weet u met welk type behandelaar?

Belemmeringen voor werkhervatting, herstel belastbaarheid

Verschillende omstandigheden op het werk, in de thuissituatie of in de privé-sfeer kunnen een vermindering van klachten of werkhervatting vertragen.

28. Zijn er bij u omstandigheden die een vermindering van klachten of uw werkhervatting mogelijk kunnen vertragen?

Zo ja. Welke.....

Overwegingen bij de specialist (vragen 29 t/m 32)

29. Welke factoren zijn er bij de patiënt die het herstel in de belastbaarheid (functioneel herstel) of de werkhervatting (kunnen) vertragen of belemmeren? (denk aan ziekte- of pijngedrag, acceptatie van de ziekte, coping)
- nee
 - ja, toelichting.....

30. Belemmert het ziek doorwerken het herstel?
- nee
 - ja

Een in te stellen diagnostiek, behandeling of nazorg kunnen van invloed zijn op het herstel van de belastbaarheid of de werkhervatting.

31. Zijn er met betrekking tot de diagnostiek, behandeling of nazorg in relatie tot herstel of de werksituatie van de patiënt punten die verdere aandacht behoeven?

Diagnostiek:

Behandeling:

Nazorg:

Prognose herstel belastbaarheid

32. Zijn er (functionele) verbeteringen te verwachten?

- nee,
- ja

Bijlage 2: Deelnemers aan de workshop

Deelnemerslijst Workshop “Ontwikkeling Generieke Arbeidsanamnese voor Medisch Specialisten”

Genodigden:

| | | |
|--|----------------------|--|
| drs. D. Wever (Daan) (consulent) | revalidatiearts | Revalidatiecentrum Het Roessingh, Enschede |
| dr J.C. van Hemert-van der Poel (Hanna) (consulent) | neuroloog | Epilepsiekliniek Heemstaete Zwolle |
| drs. A.J.P. Joosten (Peter) | orthopedisch chirurg | Amphia ziekenhuis, locatie Molengracht, Breda |
| drs. A. Boonen (Annelies) | reumatoloog | Academisch Ziekenhuis Maastricht |
| dr. J. Brügemann (Johan) | cardioloog | Academisch Ziekenhuis Groningen |
| drs. E. Lammers (Ernst) | longarts | Gelre ziekenhuizen, locatie Het Spitaal, Zutphen |
| drs A.C.M. Kunkeler (Lia) | dermatoloog | Reinier de Graaf Groep Lokatie Diaconessenhuis Voorburg |
| dr. B. Sorgdrager (Bas) | bedrijfsarts | voorzitter NVAB |
| drs. G. van Rooy (Frits) | bedrijfsarts | Ned. Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen |
| drs. A Huson (Anneke) (afwezig) | | Stichting Pandora |
| drs. G. van der Veer (Gerard) | | Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV&W) |
| Projectteam arbeidsanamnese dr. B.J. Heesen (Bart-Jeroen) | arts, MBA | de Orde |
| dr. P.C. Buijs (Peter) | bedrijfsarts | TNO Arbeid |
| dr. J.R. Anema (Han) | bedrijfsarts | TNO Arbeid |
| dr. A.M. Kremer (Anja) | arts-epidemioloog | TNO Arbeid |
| prof. dr. F.J. van Dijk (Frank) (adviseur) | bedrijfsarts | Coronel, AMC |

- Bijlage 3:**
- a: Evaluatieformulier voor medisch specialisten
 - b: Evaluatieformulier voor bedrijfsartsen
 - c: Evaluatie vanuit patiëntenperspectief

EVALUATIE FORMULIER ARBEIDSANAMNESE

Naam specialist

Specialisme:

I Vragen over het gebruik van de arbeidsanamnese

1

Hoeveel (extra) tijd per patiënt kostte het u om de arbeidsanamnese af te nemen?
(u moet nu uitgaan van de laatste praktijktoetsweek)

2

Heeft u knelpunten ervaren bij het gebruik van de arbeidsanamnese?

 nee ja

Zo ja, welke knelpunten?

Zo ja, op welke wijze kunnen deze knelpunten worden opgelost?

3

Mist u vragen in de arbeidsanamnese?

 nee ja

Zo ja, welke zou u willen toevoegen?

4

Zijn er vragen in de arbeidsanamnese die u voor uw vakgebied/specialisme overbodig vindt?

 nee ja

Zo ja welke? (nummer van de vraag aankruisen)

| | |
|--------------|--|
| 1 | |
| Betaald werk | |
| 2 | |
| 2.1 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 4.1 | |
| 4.2 | |
| 5 | |
| 5.1 | |

| Geen betaald werk | |
|-------------------|--|
| 1.1 | |
| 1.1.1 | |
| 1.1.2 | |
| 1.2 | |

| Optionele vragen | |
|------------------|--|
| 1.3 | |
| 1.4 | |
| 1.5 | |
| 1.6 | |
| 1.6.1 | |
| 1.7 | |

5

In de voorbereiding van het ontwerp van het arbeidsanamneseformulier is besloten om alleen antwoordcategorieën bij een vraag op te nemen als ze relevant zijn. Dit zou tijdswinst opleveren. In de meeste gevallen betekende dit dat u maar één antwoordcategorie kon aankruisen, namelijk ja. Achteraf vragen wij ons af of dit verstandig is geweest.

Wat vindt u?

- alleen het relevante antwoord aankruisen
- bij beide type antwoorden ('ja' of een 'nee') het antwoord moeten aankruisen

6

Is tijdens de praktijktoets de aandacht die u tijdens de anamnese aan arbeid & gezondheid besteedt veranderd?

6A Wat betreft tijd?

- nee
 - ja
- Zo ja, hoe?

6B Wat betreft inhoud?

- nee
 - ja
- Zo ja, wat/hoe?

7

Heeft het gebruik van de arbeidsanamnese u iets opgeleverd?

- nee
 - ja
- Zo ja, wat?

8

Heeft het stellen van vragen over het werk een toegevoegde waarde *in uw vakgebied/specialisme* voor de diagnostiek/behandeling van gepresenteerde klachten? (extra tijd dat het kost niet meegerekend)

- nee
- ja

9

Verbeterd het stellen van vragen over het werk naar uw mening de kwaliteit van de zorg (diagnostiek, behandeling) *voor de patiënt*?

- nee
- ja

10

Hebben één of meer van de patiënten bij wie u de arbeidsanamnese hebt afgenomen, opmerkingen gemaakt over de inhoud van de arbeidsanamnesevragen of over het feit dat u vragen over het werk stelde.

10A Inhoud

nee

ja

Zo ja, wat voor opmerkingen?

10B Het stellen van vragen

nee

ja

Zo ja, wat voor opmerkingen?

II Vragen over de toelichting op de arbeidsanamnese

(=bijlage 4 van de projectklapper: korte toelichting op de arbeidsanamnesevragen)

11

Heeft u deze toelichting nuttig gevonden?

niet gelezen

nee

ja

12

Wat is uw oordeel over de inhoud van deze toelichting?

nvt

Niet voldoende

Niet voldoende/voldoende

Voldoende

Indien niet voldoende(/voldoende).

Hebt u suggesties om deze te verbeteren?

III Vragen over de checklist beslismomenten voor contact met de bedrijfsarts

Ter ondersteuning bij de besluitvorming om wel/geen contact op te nemen met de bedrijfsarts, kon u de checklist beslismomenten raadplegen. Deze lijst is *afgeleid* van een lijst met indicaties voor afstemming huisarts – bedrijfsarts die tijdens de ontwikkeling van de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts d.m.v. consensusvorming binnen een groep, bestaande uit bedrijfsartsen en huisartsen, tot stand is gekomen.

13

Hebt u deze checklist nuttig gevonden?

nee

ja

Zo ja/nee, wat/waarom

14

Wat is uw oordeel over de inhoud van deze checklist?

- Niet voldoende
- Niet voldoende/voldoende
- Voldoende

Indien niet voldoende(/voldoende).

Hebt u suggesties om deze te verbeteren?

Tot slot:

Voor bedrijfsartsen en *huisartsen* heeft TNO samen met NVAB en LHV een Leidraad ontwikkeld met criteria om te bepalen wanneer het zinvol is om onderling af te stemmen. Belangrijk onderdeel is een communicatieformulier, alleen bedoeld voor beide artsen én hun gezamenlijke patiënt, die daarbij fungeert als actieve 'go-between'.

Vindt u het wenselijk dat er ook een dergelijke Leidraad en communicatieformulier voor medisch specialisten komt?

- nee
- ja
- geen mening

Wilt u op de hoogte gebracht worden van de eindrapportage van de arbeidsanamnese die aangeboden wordt aan onze opdrachtgever de Orde (eind mei)?

- nee
- ja

Ruimte voor andere opmerkingen over de arbeidsanamnese

EVALUATIE FORMULIER ARBEIDSANAMNESE

Naam bedrijfsarts:

Werkzaam als (functie):

Bedrijf/type instelling

Vooraf:

De evaluatie heeft betrekking op de inhoud van de arbeidsanamnese, niet op de lay-out. Het instrument dat de medische specialisten gebruikt hebben tijdens de praktijktoets was wat betreft de lay-out aangepast en de vragen waren niet volledig uitgeschreven.

De arbeidsanamnese

1

Mist u vragen in de arbeidsanamnese?

nee

ja

Zo ja, welke zou u willen toevoegen?

2

Zijn er vragen in de arbeidsanamnese die u overbodig vindt?

nee

ja

Zo ja welke? (nummer van de vraag aankruisen)

| | |
|--------------|--|
| 1 | |
| Betaald werk | |
| 2 | |
| 2.1 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 4.1 | |
| 4.2 | |
| 5 | |
| 5.1 | |

| | |
|-------------------|--|
| Geen betaald werk | |
| 1.1* | |
| 1.1.1* | |
| 1.1.2* | |
| 1.2 | |

| | |
|----------------------------|--|
| Optionele vragen over werk | |
| 1.3 | |
| 1.4 | |
| 1.5 | |
| 1.6 | |
| 1.6.1 | |
| 1.7 | |

* Worden als optionele vragen opgenomen in de generieke arbeidsanamnese

3

Vind u het als bedrijfsarts positief als medisch specialisten als standaardonderdeel van hun anamnese vragen stellen over het werk?

nee

ja

Zo ja, waarom?

Ziet u ook risico's/bezwaren?

- nee
 - ja
- Zo ja, welke?

4

Verbetert het stellen van vragen over het werk naar uw mening de kwaliteit van de curatieve zorg (diagnostiek, behandeling) voor de patiënt?

- nee
- ja

Checklist beslismomenten voor contact met de bedrijfsarts

De verkregen informatie kan aanleiding zijn voor de medisch specialist om contact op te nemen met de bedrijfsarts van de patiënt (verwijzen, informatie uitwisselen, afstemming van inzicht en/of advies). Ter ondersteuning bij deze besluitvorming, kon de medisch specialist tijdens de praktijktoets een checklist beslismomenten raadplegen. Deze lijst is *afgeleid* van een lijst met indicaties voor afstemming huisarts – bedrijfsarts die tijdens de ontwikkeling van de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts d.m.v. consensusvorming binnen een groep, bestaande uit bedrijfsartsen en huisartsen, tot stand is gekomen

5

Wat is uw oordeel over de inhoud van deze checklist?

- Niet voldoende
- Niet voldoende/voldoende
- Voldoende

Indien niet voldoende of niet voldoende/voldoende:
Hebt u suggesties om deze te verbeteren?

Tot slot:

Voor bedrijfsartsen en *huisartsen* heeft TNO samen met NVAB en LHV een Leidraad ontwikkeld met criteria om te bepalen wanneer het zinvol is om onderling af te stemmen. Belangrijk onderdeel is een communicatieformulier, alleen bedoeld voor beide artsen én hun gezamenlijke patiënt, die daarbij fungeert als actieve 'go-between'.

6

Vindt u het wenselijk dat er ook een dergelijke Leidraad en communicatieformulier voor medisch specialisten komt?

- nee
- ja
- geen mening

7

Wilt u op de hoogte gebracht worden van de eindrapportage van de arbeidsanamnese die aangeboden wordt aan onze opdrachtgever de Orde?

- nee
- ja

Ruimte voor andere opmerkingen over de arbeidsanamnese

EVALUATIE ARBEIDSANAMNESE VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF

Vooraf:

De evaluatie heeft betrekking op de inhoud van de arbeidsanamnese, niet op de lay-out. Het instrument dat de medische specialisten gebruikt hebben tijdens de praktijktoets was wat betreft de lay-out aangepast en de vragen waren niet volledig uitgeschreven.

De arbeidsanamnese

1

Mist u vragen in de arbeidsanamnese?

nee

ja

Zo ja, welke zou u willen toevoegen?

2

Zijn er vragen in de arbeidsanamnese die u overbodig vindt?

nee

ja

Zo ja welke? (nummer van de vraag aankruisen)

| | |
|--------------|--|
| 1 | |
| Betaald werk | |
| 2 | |
| 2.1 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 4.1 | |
| 4.2 | |
| 5 | |
| 5.1 | |

| Geen betaald werk | |
|-------------------|--|
| 1.1* | |
| 1.1.1* | |
| 1.1.2* | |
| 1.2 | |

| Optionele vragen over werk | |
|----------------------------|--|
| 1.3 | |
| 1.4 | |
| 1.5 | |
| 1.6 | |
| 1.6.1 | |
| 1.7 | |

* Worden als optionele vragen opgenomen in de generieke arbeidsanamnese

3

Verbeter het stellen van vragen over het werk naar uw mening de kwaliteit van de curatieve zorg (diagnostiek, behandeling) voor de patiënt?

nee

ja

Checklist beslismomenten voor contact met de bedrijfsarts

Ter ondersteuning bij de besluitvorming van de medisch specialist om contact op te nemen met de bedrijfsarts, is een checklist beslismomenten ontworpen. Deze lijst is *afgeleid* van een lijst met indicaties voor afstemming huisarts – bedrijfsarts die tijdens de ontwikkeling van de Leidraad huisarts-bedrijfsarts tot stand is gekomen d.m.v. consensusvorming binnen een speciaal samengestelde groep bestaande uit bedrijfsartsen en huisartsen. Een dergelijke consensusvorming tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen ontbreekt vooralsnog.

4

Lijkt het u zinvol dat een dergelijk consensusvorming tussen bedrijfsarts en medisch specialist alsnog plaats gaat vinden?

- nee
- ja

Zo ja,

Hoe ziet u de rol van de patiënt/werknemer bij de definitieve ontwikkeling van een checklist aandachtspunten voor medisch specialisten bij contact met de bedrijfsarts?

Toelichting:

Op dit moment is er geen communicatieformulier medisch specialist-bedrijfsarts die een medisch specialist kan invullen als hij contact wil met de bedrijfsarts, zoals het er wel is voor een huisarts als die contact wil opnemen met een bedrijfsarts.

5

Vindt u het wenselijk dat er een dergelijk communicatieformulier voor medisch specialisten komt?

- nee
- ja
- geen mening

6

Denkt u dat het zinvol is om patiënten/werknemers te betrekken bij de ontwikkeling van een dergelijk communicatieformulier?

- nee
- ja

Eventueel een toelichting:

7

Het ontwikkelen van deze arbeidsanamnese is bedoeld om medisch specialisten er toe te brengen om arbeid te betrekken bij hun diagnostiek/therapie. Hoe ziet u de rol van de patiënt/werknemer in dit verband?

Tot slot

Wilt u op de hoogte gebracht worden van de eindrapportage van de arbeidsanamnese die aangeboden wordt aan onze opdrachtgever de Orde?

- nee
- ja

Ruimte voor andere opmerkingen over de arbeidsanamnese

Bijlage 4: Resultaat artikelen internationale literatuursearch

Relatie Werk op de Gezondheid

American College of Physicians. Occupational and Environmental medicine: the internist's role. *Ann Intern Med* 1990; 113: 997-982.

Goldman RH, Peters JM. The occupational en environmental health history. *JAMA* 1981; 246: 2831-2836.

Goldman RH, Systematic approach to history taking and diagnosis of occupational or environmental illness. Uptodate, Rose BD ed Uptodate Wellesley MA 2002.

Landrigan PJ, baker DB. The recognition and control of occupational disease. *JAMA* 1991; 266:676-80.

Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Recognizing occupational disease –taking an effective occupational history. *Am Fam Physician* 1998; 58: 935-944.

Lewis RJ, Friedlander BR, Bhojani FA, Schorr WP, Salatich PG, Lawhorn EG. Reliability and validity of an occupational health history questionnaire. *J Occup Med* 2002; 14: 595-611.

Newman LS. Occupational illness. *N Engl J Med* 1995; 333: 1128-1134.

Rosenstock L, Logerfo J, Heyer NJ, Carter WB. Development and validation of a self-administered occupational health questionnaire. *J Occup Med* 1984; 26: 50-54.

Rutstein DD, Mullan RJ, Frazier TM, Halperin WE, Melius JM, Sestito JP. Sentinel Health Events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance. *Am J Public Health* 1983; 73: 1054-1062.

Schwartz DA, Wakefield DS Fieselmann JF, Berger-Wesley M, Zeitler R. The occupational history in primary care setting. *Am J Med* 1991; 90: 315-319.

Relatie Gezondheid op Werk

Colledge AI, Johns RE, Jr., Thomas MH. Functional ability assessment: guidelines for the workplace. *J Occup Med* 1999; 41: 172-180.

Cowell JW. Guidelines for fitness-to-work examinations. *CMAJ* 1986; 135: 985-988.

Mohr S, Gochfeld M, Pransky G. Genetically and medically susceptible workers. *J Occup Environ Med* 2002; 44: 39-47.

Robbins DB. Psychiatric conditions in workers fitness and risk evaluation. *Occup Med* 1988; 3: 309-321.

Bijlage 5: De 8 ZonMw-projecten

Arbocuratieve samenwerking van medisch specialisten (behandelaars): de acht ZonMw-projecten nader bekeken

Methode van aanpak

Om na te gaan wat de rol van medisch specialisten is geweest in de projecten, zijn de volgende documenten doorgenomen:

- Eindverslagen projecten ZonMw;
- Eindverslagen procesevaluaties;
- Eindverslagen projecten;
- Producten uit projecten zelf (toegestuurd door ZonMw).

De volgende vragen zijn telkens als uitgangspunt gebruikt bij het doornemen van de documenten:

- Waren er knelpunten tijdens het project als het gaat om de betrokkenheid van de medisch specialisten?
- Zo ja, welke en hoe zijn ze opgelost?
- Zijn de knelpunten projectgebonden of zijn het knelpunten die opgaan voor alle arbocuratieve samenwerkingsverbanden?

Resultaten

In vier van de acht projecten zijn **geen** medisch specialisten betrokken geweest:

1. Van tijdige begeleiding naar preventie bij jonge werknemers met atopisch eczeem (huisartsen, bedrijfsartsen, verpleegkundig consultant)
2. Verbetering van de regionale arbocuratieve samenwerking bij (re)activering van patiënten met pijnklachten aan het bewegingsapparaat (huisartsen, bedrijfsartsen)
3. Implementatie van een samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts...Groningen (huisartsen, bedrijfsartsen)
4. Implementatie van een samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts...Drenthe (huisartsen, bedrijfsartsen)

In vier van de acht ZonMw projecten zijn **wel** medisch specialisten betrokken geweest:

1. *Het bevorderen van herintredingskansen na het doorlopen van een behandelprogramma in Beatrixoord.*

Doel was om gezamenlijke bijeenkomsten te organiseren voor huisartsen, bedrijfsartsen en revalidatieartsen waarin ze samen een casus bespreken, gevolgd door een lezing over een arbeidsrelevant onderwerp. In totaal zijn zes van deze bijeenkomsten georganiseerd.

Uit de beschikbare documenten komen knelpunten naar voren van de bijeenkomsten die genoemd zijn door huisartsen en bedrijfsartsen, echter *niet* door revalidatieartsen:

- in eerste bijeenkomsten gebrek aan overkoepelende arbocuratieve samenwerkingsvraagstukken;
- in de bijeenkomsten komt de samenwerking onvoldoende uit de verf;
- er zijn geen concrete afspraken gemaakt;
- er bestaan grote verschillen tussen het benoemen en daadwerkelijk oplossen van problemen;
- er is geen dialoog met de andere discipline;
- er zijn geen bruikbare handvatten aangereikt om de samenwerking daadwerkelijk te verbeteren.

Ook komen knelpunten rondom arbocuratieve samenwerking in het algemeen naar voren, genoemd door huisartsen en bedrijfsartsen (maar weer *niet* door revalidatieartsen):

- facilitering (elkaar kunnen vinden, bereikbaarheid, tijd, geld)
- beeldvorming (argwaan curatieve sector, imago bedrijfsartsen)

2. *Het inventariseren, faciliteren en vastleggen van samenwerkingsafspraken en het beschrijven van het proces van samenwerking tussen reguliere zorgverlenende instanties die betrokken zijn bij een 2^{de} lijns arbozorgproject*

Doel: beschrijving van het proces van de samenwerking, een inventarisatie van de knelpunten en van mogelijke oplossingen in die samenwerking, en samenwerkingsafspraken cq protocollen die tussen alle

partners binnen arbocuratieve zorgketen tot stand zijn gekomen (het betreft samenwerkingsverband tussen AUF, DHV, CAG (MCL), GGZ-AH, SRF, Tigra).

Orthopedisch chirurg heeft een summier, indirecte plaats in het project: indien verwijzing naar Centrum voor Arbeid en Gezondheid plaatsvindt, komt een orthopedisch chirurg in beeld (zie Handboek).

Knelpunten binnen het samenwerkingsverband als het gaat om de betrokkenheid van medisch specialisten (uit interviews, conferentie; zie 'Arbocuratief Samenwerkingsverband Friesland: een Handboek'):

- samenwerkingsverband voor arbeidsgerelateerde klachten werkt voorrangszorg in de hand (met name huisartsen uiten hun zorg hierover; zij hebben geen gefinancierde toegang tot de meeste bij het samenwerkingsverband betrokken instellingen waardoor het er in feite op neerkomt dat het nieuwe zorgaanbod alleen ter beschikking staat voor mensen met betaald werk). Friese Zorgverzekeraar heeft in overleg met CAG besloten om Bedrijfszekerpolis op de markt te brengen, waarmee werkgevers zich kunnen indekken tegen kosten die verwijzing naar de tweedelijns instanties op het terrein van arbeidsgerelateerde zorg (zoals CAG) met zich meebrengt. Voorwaarde was dat het om extra zorg zou gaan, te realiseren door het inkopen van extra uren van medisch specialisten, zodat het initiatief niet ten koste gaat van het reguliere circuit. Er is veel kritiek op dit initiatief gekomen, die er in essentie op neerkomt dat er wel degelijk sprake is van een wachtlijstomzeilend initiatief dat voorrangszorg in de hand werkt. Betrokken pareren deze kritiek als volgt: CAG is voornamelijk een diagnosticerend en geen behandelcentrum, tweedeling in zorg alleen op terrein van een iets snellere diagnostiek bij mensen met betaald werk ten opzicht van niet werkenden. Professionals bij CAG geven aan dat ook reguliere circuit profiteert van arbeidsgerelateerde kennis die door CAG wordt gegenereerd, immers, de orthopedisch chirurg die bij CAG in dienst is, is dezelfde die ook cliënten uit reguliere circuit behandelt. Daar staat tegenover dat indien deze chirurg met een 'reguliere' wachtlijst te maken heeft, de tijd die hij aan werkzaamheden binnen het CAG kwijt is, in ieder geval niet kan gebruiken ter reductie van deze reguliere wachtlijst.
- Binnen het samenwerkingsverband bestaat een spanningsveld tussen commerciële wensen en beroepsinhoudelijke professionele wensen over de wijze waarop samenwerking gestalte moet krijgen. Een goede samenwerking tussen partners kan onder druk komen te staan als het zorgaanbod zich onder invloed van de marktwerking telkens blijkt te wijzigen of uit te breiden, zeker indien die wijziging of uitbreiding een grotere onderlinge concurrentie met zich meebrengt omdat hetzelfde segment van de markt wordt bestreken (zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling binnen CAG richting uitbreiding van behandelingsmogelijkheden).

Aanbevelingen die gedaan worden in 'Arbocuratief Samenwerkingsverband Friesland: een Handboek':

- Marktgericht denken kan samenwerking in de weg staan, vooral indien de partners die dienen samen te werken hetzelfde segment op de markt bestrijken;
- Arbocuratieve samenwerking kan alleen ontstaan indien de daarbij betrokken partners met elkaar in contact blijven, ondanks alle reserves die er bij sommigen blijken te bestaan ten aanzien van veranderingen binnen het zorgaanbod.

3. *Geïntegreerde arbocuratieve zorgverlening aan de slechthorende in de arbeidssituatie*

Doel was om vanuit een multidisciplinaire werkgroep een protocol op te stellen waarin taken en verantwoordelijkheden in grote lijnen zijn vastgelegd. Tevens was het doel om dit protocol te implementeren, met als doel om de arbocuratieve zorg ten behoeve van slechthorendheid in de werksituatie te structureren. Een audioloog maakte deel uit van bovengenoemde werkgroep (als projectuitvoerder). Werkgroepleden (o.a. audioloog, bedrijfsarts, huisarts) noemen de volgende verbeterpunten voor het project:

- 'concurrentie' tussen de Amsterdamse Audiologische Centra
- eerder beginnen met het uitwerken van het protocol

4. *Regionaal zorgnetwerk voor vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg met psychische klachten, regio Breda*

Doel: bevorderen van communicatie, afstemming en samenwerking tussen betrokken beroepsbeoefenaren en instanties in het algemeen en huisartsen en bedrijfsartsen in het bijzonder; ontwikkelen en invoeren van een regionaal interventieprogramma voor de doelgroep gericht op preventie, snelle interventie, behandeling en reïntegratie.

Betrokken medisch specialisten: Vereniging van vrijgevestigde psychiaters in West-Brabant

Knelpunten tijdens het project:

- Wie stelt zich in de regio op als probleemeigenaar? Op onderdelen van de pilot was er beslist enthousiasme van partijen om activiteiten te ontplooiën maar qua voortgang en initiëring werd echter sterk geleund op de initiatiefnemer van de pilot (PRVMZ) (uit eindrapportage Stuurgroep en evaluatie STOEL)
- Personen in de stuurgroep – vertegenwoordigers van deelnemende organisaties - hadden onvoldoende tijd, mandaat en terugkoppelingsmogelijkheden in de eigen organisatie (evaluatie STOEL)
- Te brede samenstelling van stuurgroep waardoor de aandacht te veel werd versnipperd en een zekere vrijblijvendheid kon ontstaan (bij aanvang bestaande uit AU, DHV, GGZ Breda, PAAZ en afdeling Medische Psychologie (Ignatiusziekenhuis), Instelling voor verpleging en verzorging Oranjarahave (werkgever), KruiswerkGezinszorg Breda (werkgever), ROEP, Vereniging van vrijgevestigde psychiaters in West-Brabant) Wordt door meerderheid van stuurgroep echter als sterke kant genoemd (evaluatie STOEL)

Aanbeveling uit eindrapportage Stuurgroep: kennelijk zijn sterke(re) incentives nodig om een partij in de regio tot een voortrekkersrol te verleiden.

Aanbeveling uit evaluatie STOEL: vooraf met directies van deelnemende organisaties afspraken maken over de kwaliteit, het mandaat en de beschikbare tijd van hun vertegenwoordiger in het project.

Samenvatting en conclusie

In slechts vier van de acht ZonMw-projecten zijn medisch specialisten betrokken geweest, zij het direct of indirect. Het betreft de volgende specialisten: revalidatiearts, orthopedisch chirurg, audioloog en psychiaters. Als het gaat om de specifieke betrokkenheid van deze medisch specialisten in de projecten, zijn geen specifieke knelpunten naar voren gekomen. De knelpunten betreffen deels algemene knelpunten/verbeterpunten die opgaan voor arbocuratieve samenwerkingsverbanden en deels projectgebonden knelpunten.

Algemene knelpunten/verbeterpunten voor arbocuratieve samenwerking zijn: onvoldoende facilitering om samen te werken; negatieve beeldvorming; samenwerkingsverband voor arbeidsgerelateerde klachten zou voorrangszorg in de hand kunnen werken; er bestaat een spanningsveld tussen commerciële wensen en beroepsinhoudelijke professionele wensen over de wijze waarop samenwerking gestalte moet krijgen.

Projectgebonden knelpunten/verbeterpunten betreffen: aanwezigheid van ‘concurrentie’ tussen de Amsterdamse Audiologische Centra; eerder beginnen met het uitwerken van het protocol; wie stelt zich in de regio op als probleemeigenaar; personen in de stuurgroep hadden onvoldoende tijd, mandaat en terugkoppelingsmogelijkheden in de eigen organisatie; te brede samenstelling van stuurgroep waardoor de aandacht te veel werd versnipperd en een zekere vrijblijvendheid kon ontstaan.

Bijlage 6: Resultaten vragenlijstonderzoek

Tabel 1 :

De mediane waarde van de relevantie van de vraag en het percentage medisch specialisten en bedrijfsartsen dat aangeeft dat een vraag een kernvraag is, een verdiepende vraag is of geen vraag is voor een medisch specialist.

Percentage vetX betekent dat de meerderheid van de deelnemers het eens is met de plaatsing van de vraag.

| | Relevantie | | | mediaan < 5 | kernvraag | | | verdiepende vraag | | | geen vraag | | |
|----|------------|------------|------------|----------------|-----------|----|----------------|-------------------|----|------------|------------|----|-------------------|
| | 1,00 ms | 2,00 ba | 9,00 21 | | ms | ba | resultaat = | ms | ba | resultaat | ms | ba | resultaat = ja |
| 1 | 8,00 | 10,00 | 9,00 | | 36 | 67 | 50X | 45 | 11 | 30 | | | |
| 2 | 3,50 | 7,00 | 5,50 | | | | | 36 | 25 | 32 | 55 | 50 | 53X |
| 3 | 9,00 | 10,00 | 9,00 | | 64 | 63 | 63X | 55 | 25 | 42 | | | |
| 4 | 5,00 | 8,00 | 7,00 | | | | | 67 | 89 | 76X | | | |
| 5 | 6,50 | 7,00 | 7,00 | | | | | 64 | 89 | 75X | | | |
| 6 | 4,50 | 6,00 | 6,00 | | | | | 64 | 63 | 63X | | | |
| 7 | 7,50 | 8,00 | 8,00 | | | | | 82 | 67 | 75X | | | |
| 8 | 2,00 | 8,00 | 5,00 | | 09 | 50 | 26 | 27 | 25 | 26 | 64 | 25 | 47 |
| 9 | 8,00 | 8,00 | 8,00 | | 55 | 67 | 60X | 45 | 22 | 35 | | | |
| 10 | 4,50 | 7,00 | 6,50 | | | | | 55 | 67 | 60X | | | |
| 11 | 2,50 | 2,00 | 2,00 | X | | | | 36 | 44 | 40 | 73 | 56 | 65X |
| 12 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | | | | | 55 | 67 | 60X | | | |
| 14 | 8,00 | 8,00 | 8,00 | | 45 | 44 | 45 | 45 | 56 | 50 | | | |

| | Relevantie | | | mediaan < 5 | kernvraag | | | verdiepende vraag | | | geen vraag | | |
|----|------------|------------|-------------|----------------|-----------|----|----------------|-------------------|----|------------|------------|----|-------------------|
| | 1,00 ms | 2,00 ba | 3,00 21 | | ms | ba | resultaat = | ms | ba | resultaat | ms | ba | resultaat = ja |
| 15 | 7,00 | 8,00 | 8,00 | | 18 | 67 | 40 | 64 | 22 | 45 | | | |
| 16 | 3,50 | 8,00 | 7,00 | | 18 | 43 | 28 | 36 | 57 | 44 | 45 | | |
| 18 | 8,50 | 9,00 | 9,00 | | 45 | 78 | 60 | 55 | 22 | 40 | | | |
| 19 | 7,50 | 9,00 | 8,00 | | 27 | 67 | 45 | 45 | 33 | 40 | | | |
| 20 | 7,50 | 8,00 | 8,00 | | | | | 64 | 44 | 55X | | | |
| 21 | 5,00 | 7,00 | 6,00 | | | | | 45 | 67 | 55X | 36 | | |
| 22 | 3,00 | 5,50 | 3,00 | X | | 50 | | 36 | 13 | 26 | 55 | 38 | 47 |
| 23 | 3,00 | 6,00 | 4,00 | X | | | | 40 | 63 | 50 | 60 | 25 | 44 |
| 24 | 3,00 | 6,00 | 3,00 | X | | | | 27 | 33 | 30 | 45 | 34 | 45 |
| 25 | 3,50 | 6,00 | 4,00 | X | | | | 36 | 44 | 40 | 55 | 44 | 50 |
| 26 | 2,50 | 2,00 | 2,00 | X | | | | | | | 82 | 88 | 84X |

| | Relevantie | | | mediaan < 5 | kernvraag | | | verdiepende vraag | | | geen vraag | | |
|---|------------|------------|-------------|----------------|-----------|----|----------------|-------------------|----|------------|------------|----|-------------------|
| | 1,00 ms | 2,00 ba | | | ms | ba | resultaat = | ms | ba | resultaat | ms | ba | resultaat = ja |
| | 12 | 9 | 21 | | | | | | | | | | |
| 27 Heeft bedrijfsarts contact gehad met andere behandelaars? | 3,00 | 3,00 | 3,00 | X | | | | | | | 73 | 78 | 75X |
| 28 Zijn er omstandigheden die een gezondheidsherstel of werkhervatting kunnen belemmeren? | 5,50 | 6,00 | 6,00 | | | | 45 | 22 | 35 | | 27 | 44 | 35 |
| Overwegingen | | | | | | | | | | | | | |
| 13 Eerder contact met bedrijfsarts | | | | | | | | 73 | 67 | 70X | | | |
| 17 Andere beperkingen in functioneren | | | | | | | | 20 | 57 | 35 | 40 | 0 | |
| 29 Beperkende factoren in herstel belastbaarheid | | | | | 27 | 33 | 30 | 55 | 44 | 50X | | | |
| 30 Ziek doorwerken | | | | | 18 | 44 | 30 | 45 | 33 | 40 | | | |
| 31 Aandacht afstemming werksituatie | | | | | | | | 73 | 44 | 60X | | | |
| 32 Verwachtingen tav. verbeteringen | | | | | 27 | 33 | 30 | 55 | 44 | 50X | | | |

Tabel 2

Overzicht van de verdeling van arbeidsanamnesevragen in kernvragen en verdiepende vragen op basis van de resultaten van de enquête onder professionals Kolom 3 en 6 zijn discussiepunten voor de workshop (het grijze gebied).

| | Kernvragen (KV) | KV of VV (grijze gebied) | Verdiepende vragen (VV) | VV of geen vraag (grijze gebied) |
|---------------------|--|-----------------------------|--|-------------------------------------|
| Werksituatie | | | | |
| 1 | Wat voor werk doet U (betaald werk [beroep én functie] vrijwilligers werk, thuis, hobby's) <een omschrijving vragen> | | | |
| 1.1 | | | Heeft u in het verleden betaald werk gedaan? Zo ja, tot wanneer? | |
| 1.2 | | | Wat is de reden dat u nu niet werkt? vrijwillig werkloos VUT WAO gezondheid andere reden..... | |
| 1.3 | | | Hoe lang doet u dit werk al? <jaren> | |
| 1.4 | | | Waar werkt u? Kunt u het bedrijf/de instelling beschrijven | |
| 1.5 | | | Hoe lang werkt u al bij dit bedrijf/deze instelling? | |
| 1.6 | | | Is uw werk lichamelijk erg inspannend? | |
| 1.7 | | | Is uw werk geestelijk erg inspannend? | |
| 1.8* | | | Komen in uw werk omstandigheden voor waarvoor beschermingsmiddelen gewenst dan wel verplicht zijn? (bescherming van huid, ademhaling, gehoor) | |
| 1.9 | | | Werkt u fulltime of parttime <uren/week> | |
| 1.10 | | | Wat is de reden dat u parttime werkt? vrijwillig werkloos gezondheid WAO andere reden?..... | |

| | Kernvragen (KV) | KV of VV (grijze gebied) | Verdiepende vragen (VV) | VV of geen vraag (grijze gebied) |
|--------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| 1.11 | | | Kunt u uw gemiddelde werkrooster omschrijven? (denk aan ploegendienst, onregelmatige diensten, nachtdiensten) | |
| 2 | Verzuimt u op dit moment? Zo ja, hoe lang verzuimt u al van uw werk? Wat is de reden dat u uw werk momenteel niet kunt doen? | | | |
| 3 | | Heeft u een bedrijfsarts? - geen bedrijfsarts - ja <gegevens> - weet niet | | |
| 3.1 | | | Zo nee .Bij welke arbodienst is uw bedrijfs/instelling aangesloten? <gegevens> | |
| 3.2 | | | Bent u voor dit verzuim al bij uw bedrijfsarts geweest? Zo nee. Bij de arbodienst geweest? Zo ja. Wat is er met u afgesproken? | |
| Relatie werk-gezondheid | | | | |
| 4 | | Heeft u als gevolg van uw klachten/aandoening (meer) moeite met uw werk of kan u bepaalde werkzaamheden als gevolg van uw klachten/ aandoening niet meer doen? | | |
| 5* | | Vindt u dat uw werkomstandigheden uw klachten op het werk doen verergeren? (hierbij moet u denken aan werktijden, werktaken, werkplek, werkdruk, sfeer op het werk, woon-werkverkeer) | | |

| | Kernvragen (KV) | KV of VV (grijze gebied) | Verdiepende vragen (VV) | VV of geen vraag (grijze gebied) |
|---|-----------------|---|--|--|
| 6 | | Vindt u dat uw huidige klacht/aandoening door het werk veroorzaakt of verergerd is? | | |
| 6.1 | | | Wordt uw huidige klacht/aandoening minder als u een tijdje niet werkt? (denk aan vrije dagen, weekenden) - nee - ja, en na hoeveel vrije dagen merkt u dat? | |
| 6.2 | | | Zijn er op uw werk collega's met vergelijkbare klachten? (collega's die hetzelfde soort werk doen of in dezelfde ruimte werken) - nee - onbekend bij de patiënt - ja | |
| 4/5/6.1 | | | Heeft u de problemen die u in uw werk ervaart, besproken met uw bedrijfsarts? - nvt (geen bedrijfsarts) - nee - onbekend bij de patiënt - ja Zo ja, wat is er met u afgesproken | |
| Blijven werken/ werkhervatting | | | | |
| ? | | | | Wat moet er volgens u gebeuren om uw gezondheidsklachten op het werk te verminderen. of (keuze) Wat moet er volgens u gebeuren om het werken (weer) mogelijk te maken. |
| ? | | | | Heeft u de indruk dat er omstandigheden zijn in uw huidige werk die een vermindering van uw klachten kunnen belemmeren? |
| Aandachtspunten voor de specialist | | | | |
| | | | Eerder contact met bedrijfsarts over deze patiënt | |

| | Kernvragen (KV) | KV of VV (grijze gebied) | Verdiepende vragen (VV) | VV of geen vraag (grijze gebied) |
|----|-----------------|--|--|-------------------------------------|
| | | | Andere niet genoemde beperkingen a.g.v. de aandoening die voor het werk van de patiënt relevant kunnen zijn | |
| | | | Factoren bij de patiënt die het herstel in de belastbaarheid (functioneel herstel) of de werkhervatting (kunnen) vertragen of belemmeren? (denk aan ziekte- of pijngedrag, acceptatie van de ziekte, coping) | |
| 7? | | Is het verantwoord dat de patiënt doorwerkt? Zo nee, wat moet er veranderen? (randvoorwaarden) | | |
| | | | Afstemming van de diagnostiek, behandeling en/of nazorg met de werksituatie | |
| | | | Zijn er (functionele) verbeteringen te verwachten | |

* Is de formulering van de vraag duidelijk (mogelijk discussiepunt voor de workshop)

Tabel 3

Antwoorden op de open vraag: Wat vindt u van het idee om een deel van de arbeidsanamnese geschikt te maken voor patiënten zodat zij deze zelf kunnen invullen? Graag uw mening (waarom wel / niet).

| | |
|-----------------------|---|
| ms, perifeer | |
| 1 | Heel goed!! Bespaart tijd en geeft veel informatie over ziektebeleving |
| 2 | Prima, bespaart tijd, patiënt kan zijn eigen mening geven, wordt niet "gestuurd" door de manier van vragen door de specialist. |
| 3 | Als het maar strak gestructureerd is |
| 4 | Noodzakelijk, het is tijdverspilling dat medisch specialisten zich hiermee bezig houden |
| 5 | Uitstekend idee. Kunnen ze dan ruim over nadenken, levert altijd meer op dan informatie. |
| 6 | ja |
| 7 | Meestal wel, soms door ziekte, taalbarrière of andere factoren beter begeleid invullen. Anamneselijst goed en nuttig; echter te uitgebreid om deze als specialist zelf af te nemen: ergo: |
| 8 | - of door betrokkene zelf in te vullen; - of door tussenkomst / met hulp van gespecialiseerde poliassistente bij eerste polibezoek. |
| ms, academisch | |
| 9 | Ja. Is m.i. makkelijk mogelijk en enkele vragen kunnen aanvullend gesteld worden door de specialist. Deze laatste toevoeging dwingt hem aandacht te geven aan het aspect arbeid. Ervaring met landelijke enquêtes leren dat patiënten dit soort vragenlijsten makkelijk kunnen invullen. |
| 10 | - |
| 11 (+ KC) | Alleen bij vermoeden op relatie werk-aandoening (of relevante beïnvloeding). De arbeidsanamneselijst is vrij lang, interpretatie kost tijd (navragen); beste is geoefende handen. |
| 12 | Goed idee. In een gesprek (interview wordt ook de subjectieve situatie geschetst, dus dat kan ook in een zelfingevulde arbeidsanamnese. Kan ook belangrijke voorbereiding op het gesprek zijn. |
| ba | |
| 1 (KC) | ik vind het idee goed, maar dan moet het een heel kort vragenlijstje zijn, waar de specialist ook echt iets mee kan doen en dat niet bedreigend is voor de patiënt. Bovendien moet worden onderzocht of het ook wat oplevert. |
| 2 (KC) | Leuk idee, maar zal in huidige werkwijze van specialisten niet gaan functioneren en enkel een ineffectieve papierwinkel opleveren. |
| 3 (KC) | Op zich is onze ervaring dat dit goed werkbaar mits de arbeidsanamnese dan in het consult nog besproken wordt om hier en daar wat zaken nader uit te vragen. |
| 4 (KC) | reactie: het grootste deel van de arbeidsanamnese zal geschikt gemaakt moeten worden voor invulling door de patiënt zelf. Het is een illusie om te denken dat de tijd die de specialist tijdens het consult heeft voldoende is voor het opnemen van een fatsoenlijke arbeidsanamnese. De kunst zal zijn om een aantal kernvragen te kiezen waarvan het antwoord voor de specialist beslissend is om de patiënt een arbeidsanamnese te laten invullen. |
| 5 (KC) | Lijkt mij uitstekend. De nu voorliggende anamnese is te uitvoerig voor de specialist. |
| 6 | Maakt intake gemakkelijker, gebeurt al op ruime schaal bij expertisecentra. Persoonlijke anamnese blijft uiteraard essentieel. |
| 7 | Uitstekend. Moet wel goed gevalideerd worden. |
| 8 | - |
| 9 | meeste patiënten zullen goed in staat zijn te omschrijven wat voor werk ze verrichten met welke belastingen, mijns inziens dus een goed idee. |

ms = medisch specialist

ba = bedrijfsarts

KC = Kennis Centrum

Tabel 4:

Antwoorden op de vraag:

De opdrachtgever onderscheidt vier groepen patiënten die met betrekking tot werk elk hun specifieke problemen kunnen hebben.

- werknemers met acute klachten/aandoeningen
- werknemers met een chronische aandoening
- werknemers met een beroepsziekte of arbeidsgebonden aandoening
- werknemers met een werkrelevante aandoening.

Vraag 1 Bent U het met dit onderscheid eens?

Vraag 2 Vindt u dat de aangeboden “bouwstenen” voor een generieke arbeidsanamnese voldoende vragen bevatten om deze groepen patiënten te onderscheiden?

| ms, perifeer | Vraag 1 | Vraag 2 |
|-----------------------|---|---|
| 1 | ja | ja |
| 2 | Ja, maar er is wel overlap mogelijk tussen de groepen werknemers met acute klachten of chronische aandoeningen: zij kunnen dit hebben gekregen door hun werk. | ja |
| 3 | ja | ja |
| 4 | - | m.i. wel |
| 5 | ja | nee |
| 6 | ja | neen, met een anamnese alleen is het onderscheid niet te maken. |
| 7 | Neen, kunstmatig onderscheid, punt 2, 3 en 4 kunnen tegelijkertijd voorkomen. | |
| 8 | Geforceerde indeling, loopt erg in elkaar over. | |
| ms, academisch | zeker | Op zich wel. Alleen dat bij acute aandoening het overgrote deel van de vragen niet relevant zijn. Toch opmerking: - het terrein van de onmiskenbare beroepsgebonden aandoening is anders maar zeldzaam. Deze patiënten worden meestal als zodanig verwezen en vormen echt een heel ander groep.; - Het onderscheid werkrelevante aandoening en arbeidsgebonden aandoening is ten zeerste relevant bij het benoemen van de aandoening, maar naar arbeidsanamnese lijkt mij het onderscheid te subtiel om verder onderscheid te maken. Prima dus. |
| 9 | Ja, ik kan me zoiets voorstellen | Een vraag over sportbeoefening vind ik ook relevant, het zegt me wat over fysieke belastbaarheid bv (en ook over prognose van de cardiale aandoening!) |
| 10 | Wat is de bedoeling? Groepen tonen overlap, geen link naar oorzaak, geen link naar oplossing. | Nee, niet voor een medisch specialist. Dat is ook niet nodig. Het gaat er om of de medisch specialist moet verwijzen naar een bedrijfsarts voor het verder uitdiepen van de arbeidsanamnese. “Consult bedrijfsarts” |
| 11 (+ KC) | | ja |
| 12 | Ja, mits het mogelijk is iemand in meerdere categorieën in te delen. | |

| ms, perifeer ba | Vraag 1 | Vraag 2 |
|--------------------|---|--|
| 1 (KC) | Groepen lopen door elkaar heen. Ik zie niet echt veel onderscheid. | - |
| 2 (KC) | Ook acute klachten kunnen werkrelevant zijn etc. ja | ik mis het tekenen van een tijdas, passend bij acuut of chronische aandoening Niet tussen acuut of chronisch; dat is een medisch inhoudelijke beslissing. En ook niet tussen beroepsziekte en werkrelevante aandoening, ervan uitgaand dat men, alvorens tot de uitspraak beroepsziekte te komen, meer onderzoek moet doen of het 5 stappenplan van het NCvB. En ervan uitgaand dat er, op het moment dat er verzuim optreedt, sowieso sprake is van een werkrelevante aandoening, los van de aard of ernst van de aandoening. |
| 3 (KC) | | ja |
| 4 (KC) | ik vraag mij af of dit onderscheid zinvol is. In de praktijk lopen de problemen in de 4 categorieën door elkaar heen. Acute en chronische aandoeningen kunnen arbeidsrelevant cq arbeidsgebonden zijn. Een beroepsziekte is altijd arbeidsrelevant. Wat verwacht men eigenlijk van dit onderscheid? | ja |
| 5 (KC) | Niet echt. 1 en 2 en 3 en 4 vertonen overlap. Een chronische aandoening kan arbeidsrelevant of een beroepsziekte zijn, etc. | ja |
| 6 | OK | Onderscheid m.i. niet zinvol |
| 7 | ja | ja |
| | Neen. Dwz; de specialist en patiënt weten zelf of het een acute of chronische aandoening betreft. | ja |
| 8 | Onderscheid acuut/chronisch kan relevant zijn, waar acute klachten weer kunnen verdwijnen en dan geen beperkingen meer hoeven te geven. Eventuele maatregelen bij acute klachten zijn dan ook van korte duur of niet nodig. Dat ligt anders bij chronische aandoeningen. | |
| 9 | onderscheid is wellicht wat kunstmatig met veel overlap. Acuut beroepsseczeem? | - |

ms = medisch specialist

ba = bedrijfsarts

KC = Kennis Centrum

Bijlage 7: Concept Patiëntenvragenlijst ‘Gezondheid in relatie tot werk’

Vragenlijst voor patiënt/werknemer over de relatie Arbeid en Gezondheid.
(versie 1 november 2004)

De introductietekst van de vragenlijst kan de volgende onderwerpen bespreken

- De vragenlijst bevat een toelichting op het waarom van de vragenlijst
- Wat gebeurt er met de gegevens (onderdeel medisch dossier).
- Gebruik van gegevens in overleg met andere artsen (waaronder bedrijfsarts) (na toestemming van de patiënt)
- Inhoud van de vragenlijst
De vragenlijst bevat vragen die gaan over werkzaamheden die iemand het grootste deel van de tijd doet (betaald/onbetaald werk). Voor patiënten die werken worden aanvullende vragen gesteld over
 - huidige werk (zoals soort werk, arbeidsomstandigheden);
 - huidig ziekteverzuim (indien van toepassing);
 - invloed van huidige klachten op het werk;
 - invloed van het werk op huidige klachten.

Werkzaamheden die u het grootste deel van de tijd doet

1. Heeft u momenteel betaald werk?
 - nee -> verder gaan met vraag 2
 - ja

Zo ja,

1A Wat is uw beroep ...

1B Wat is uw functie....

1C Hoe lang doet u dit werk al. jaren

2. Heeft u in het verleden betaald werk verricht?
 - ja
 - nee ->

zo ja,

2A Wanneer bent u gestopt met werken? 19../ 20..

2B Wat was uw laatste beroep

2C Wat was uw laatste functie

3. Wat is de reden dat u nu niet werkt?
 - vrijwillig
 - werkloos
 - VUT/prepensioen
 - gezondheidsredenen
 - WAO
 - andere reden.....

4. Heeft u momenteel onbetaald werk (*denk bijvoorbeeld aan vrijwilligers werk*)?
 - nee
 - ja

Zo ja,

zou u een omschrijving willen geven van het soort werk dat u doet?

5. Heeft u momenteel hobby's?
 - nee
 - ja, welke?

Als u geen betaald werk verricht (vraag 1), dan bent u nu klaar met het invullen van deze vragenlijst.

<...meer tekst...?>

Als u wel betaald werk verricht (vraag 1), dan kunt u verder gaan met vraag 6

Meer vragen over uw werk

6. Wat is de aard van uw dienstverband?
 - werknemer in vast/tijdelijk dienstverband
 - oproepkracht of invalkracht
 - uitzendkracht
 - freelancer
 - zelfstandig ondernemer
 - meewerkend in familiebedrijf
 - anders, namelijk
7. Kunt u een beschrijving geven van het bedrijf of de instelling waar u werkt?

8. Werkt u fulltime of parttime?
 - fulltime
 - parttime ... uren/week
 - sterk wisselend aantal uren per week
9. Wat is de reden dat u parttime werkt?
 - vrijwillig
 - WAO
 - gezondheidsreden
 - andere reden.....
10. Kunt u uw gemiddelde werkrooster omschrijven?
(denk aan ploegendienst, onregelmatige diensten, nachtdiensten)
 - werk alleen tijdens kantooruren tussen 7.00 en 18.00
 - anders, namelijk

Arbeidsomstandigheden

11. Is uw werk geestelijk erg inspannend?
 - nee
 - ja
12. Is uw werk lichamelijk erg inspannend?
 - nee
 - ja
13. Hebt u in uw werk te maken met de volgende situaties, stoffen of middelen?

of formulering anders?

Komt u in uw werk in aanraking met de volgende situaties, stoffen of middelen?

(ja/nee vragen)

- repeterende bewegingen met armen en of handen
- hard lawaai
- bestrijdingsmiddelen (tegen onkruid, insecten, schimmels of ongedierte)

- oplosmiddelen (als in verf, lijm of brandstof)
- schoonmaak- of desinfecterende middelen
- gassen, dampen of vloeistoffen van chemische stoffen
- rook of uitlaatgassen
- stof van meel, dieren of planten
- stof van steen, beton of cement
- stof van ander materiaal
- water of waterige oplossingen
- straling

zo ja wat voor soort straling:

EM

radioactief

warmte

13A. Zijn er in uw werk nog andere niet genoemde werkomstandigheden of blootstellingen die lichamelijk belastend kunnen zijn, of die u als hinderlijk ervaart (denk aan ogen, oren, longen en luchtwegen, huid, ledematen)

- nee
- niet dat ik weet
- ja, welke ...

Ziekteverzuim

14. Verzuimt u op dit moment van uw werk?

- nee

- ja

Zo ja

Hoe lang verzuimt u al van uw werk?

Verzuimt u om gezondheidsredenen?

- nee

- ja

Zo ja, spelen de huidige klachten waarvoor u nu hier bent een rol bij dit verzuim?

- nee

- ja

15. Heeft u een bedrijfsarts?

- nee / niet van toepassing

- ja

- weet niet

Zo nee,

Bij welke arbodienst is uw bedrijf of instelling aangesloten

- geen arbodienst

Graag naam bedrijfsarts en/of arbodienst met adres/tel in onderstaande kader invullen.

| |
|-------------------|
| Naam bedrijfsarts |
| Naam arbodienst |
| Adres |
| tel: |
| enz.. |

Indien u verzuimt van uw werk (vraag 14 =ja)

16 Bent u voor dit verzuim al bij uw bedrijfsarts geweest?

- nee
- ja

Zo nee

Bent u voor dit verzuim al bij de arbodienst geweest?

- nee
- ja

Zo ja

Wat heeft de bedrijfsarts of de arbodienst met u afgesproken?

De volgende vragen hebben te maken met mogelijke effecten of gevolgen van uw huidige klachten op uw werk, en omgekeerd, met mogelijke effecten van uw werk op uw huidige klachten.

De klachten die genoemd worden in de vragen hebben betrekking op de klachten waarvoor u bij de <naam type medisch specialist noemen> bent (geweest).

NB: toelichting geven hoe mensen de vragen moeten beantwoorden als ze verzuimen?

17. Heeft u als gevolg van uw klachten of aandoening (meer) moeite met uw werk of kan u als gevolg van uw klachten of aandoening bepaalde werkzaamheden niet meer doen?

- nee
- ja

Zo ja,

Kunt u een beschrijving geven van de werkzaamheden waar u nu meer moeite mee heeft, of de werkzaamheden die u nu niet meer kunt doen.

18. Hebt u op uw werk te maken met omstandigheden waardoor u tijdens uw werk meer klachten krijgt? (*hierbij moet u denken aan de invloed van werktijden, werktaken, werkplek, werkdruk, sfeer op het werk, woon-werkverkeer*)

- nee
- ja

Zo ja, kunt u dit toelichten?

19. Vindt u dat uw huidige klacht/aandoening door het werk veroorzaakt of verergerd is?
- nee → doorgaan met vraag 22
- ja

20. Zijn er op uw werk collega's met vergelijkbare klachten?
(collega's die hetzelfde soort werk doen of in dezelfde ruimte werken)
- nee
- weet niet
- ja

21. Wordt uw huidige klacht/aandoening minder als u een tijdje niet werkt?
(denk aan vrije dagen, weekenden)
- nee
- ja,

Zo ja, na hoeveel vrije dagen merkt u dat?

22. Heeft u de problemen die u in uw werk ervaart, besproken met uw bedrijfsarts?
- nvt (geen bedrijfsarts, geen problemen)
- nee
- weet niet
- ja

Zo ja,

Wat heeft u met uw bedrijfsarts afgesproken

**Bijlage 8: Verantwoording aanpassingen testversie arbeidsa-
namnese t.b.v. de praktijktoets**

Een verantwoording van de aanpassingen in de lay-out en de tekst van de testversie arbeidsanamnese (bijlage 9) en de checklist beslismomenten (bijlage 11) n.a.v. van het commentaar van de deelnemers van de workshop en Peter Buijs.

Misschien ten overvloede wil ik nog vermelden dat de medisch specialist die de module arbeidsanamnese straks gaat gebruiken er zich van bewust moet zijn dat deze module een hulpmiddel is om aan bepaalde zaken te denken, met speciale aandacht voor arbeid. Uiteindelijk zal de medisch specialist zelf moeten bepalen hoeveel hij moet weten om vast te kunnen stellen of het werk (of andere activiteiten) de gezondheid van de patiënt nadelig beïnvloedt.

I instrument arbeidsanamnese

(1) Toegevoegde kernvraag

“Vindt u dat uw huidige klacht/aandoening door het werk veroorzaakt of verergerd is?”

Deze vraag blijkt voor de éne specialist een verdiepende vraag te zijn, terwijl een ander deze vraag als een kernvraag beoordeelt.

Deze vraag die eerst als verdiepende vraag werd aangemerkt is nu als kernvraag opgenomen om zo aan een randvoorwaarde van onze opdracht te kunnen voldoen, namelijk het maken van een generieke vragenlijst.

(2) Verdiepende vragen 3.1 en 3.2 nu nummering 4 en 5

Eén van jullie stelde een doornummering voor. Dit voorstel heb ik overgenomen en doet niet af aan het feit dat vraag 4 en vraag 5 eigenlijk verdiepende vragen zijn die pas beantwoord worden als vraag 2 of vraag 3 positief zijn. Doornummeren heeft als voordeel dat het “beeld” van de module iets rustiger is.

(3) Open ruimte voor beschrijving betaald werk, verplaatst

De ruimte voor de beschrijving van betaald werk heb ik verplaatst, en wel na de vragen 2 en 3. De reden hiertoe is, is dat beschrijving van wat de patiënt doet op het werk pas relevant wordt als hij/zij vragen 2 en/of 3 met ja beantwoordt. De achterliggende gedachte hierbij is, is dat de vorige lay-out voor sommige artsen misschien aanleiding kan zien om de arbeidsanamnese niet toe te passen omdat van hen verwacht wordt dat zij van iedere werkende patiënt een beschrijving moeten geven van zijn/haar werk.

(4) Wanneer moeten we aanvullende vragen over werk stellen?

Deze vragen worden mogelijk relevant als vraag 2 en/of 3 positief beantwoord zijn, en dan nog zal het afhangen van de aandoening/ type klacht. Om dit te ondervangen, heb ik “onder” vraag 2/3 hierover een opmerking gemaakt.

Opgemerkt moet worden dat die aanvullende vragen *ook* relevant kunnen zijn als vraag 2 en 3 negatief zijn. Ik denk dan aan aandoening die progressief zijn en waarvan bekend is dat zij functioneringsproblemen op het werk kunnen geven (bijv. afhankelijk van werktijden, of arbeidsomstandigheden etc.) Het is dan aan de arts om te bepalen of hij wil weten of dit mogelijk op kan treden (stelt aanvullende vragen over werk), of dat hij patiënt sowieso doorstuurt naar bedrijfsarts / informatie aan bedrijfsarts verstrekt.

(5) anamnese kan nog korter door niet te vragen naar verzuim

Beide bedrijfsartsen zijn van mening dat de arbeidsanamnese geen vraag hoeft te bevatten over verzuim, omdat de essentie van die vraag eigenlijk al in vraag 3 zit (= functioneren op het werk). Hier zit wel wat in. Bij het opstellen van beslismomenten voor de medisch specialist om contact op te nemen, liep ik er zelf ook al tegen aan wat de vraag naar verzuim inhoudelijk toevoegt aan de beslissing om contact met een bedrijfsarts op te nemen. Toch is deze vraag gehandhaafd omdat:

1. de medisch specialist met deze vraag de vraag kan beantwoorden of doorwerken medisch gezien verantwoord is. Bij afwezigheid van verzuim is het mogelijk dat de medisch specialist de eerste arts is die “te weten” komt dat een werknemer doorwerkt bij aanwezigheid van klachten, terwijl medisch gezien aanpassing van werk (=werk(plek)aanpassing tot en met tijdelijk stoppen met werk) geïndiceerd is.
2. er een ontwikkeling gaande is dat bedrijven verzuimbegeleiding in eerste instantie zelf afhandelen en pas in een later stadium (bijvoorbeeld na enkele weken) een bedrijfsarts er bij betrekken. De medisch specialist is dus in de nabije toekomst mogelijk de eerste arts die te weten komt dat een werknemer met een gezondheidsprobleem functioneringsproblemen heeft op het werk en (daardoor) verzuimt. Hij kan dan een verwijzing adviseren naar de bedrijfsarts. Het handhaven van deze verzuimvraag voldoet bovendien ook aan een randvoorwaarde van de subsidiënt van het project, namelijk dat bij de ontwikkeling (en dus het ontwerp) van de arbeidsanamnese de relevante wet- en regelgeving betrokken moet worden.

Bij de evaluatie van de pilot kan gevraagd worden naar de mening van de deelnemende artsen over deze verzuimvraag.

(6) de vraag “Wat heeft de bedrijfsarts met u afgesproken” kan weg.

Volgens beide bedrijfsartsen hoeft deze vraag niet gesteld te worden. Deze vraag is echter gehandhaafd. Wil een medisch specialist zijn behandeling/advies kunnen afstemmen met de bedrijfsarts, dan is enig zicht nodig wat de begeleiding van de bedrijfsarts inhoudt. De praktijk zal echter zo zijn dat voor de één deze vraag essentieel is, terwijl voor de ander deze vraag minder relevant is. Eén van de niet-bedrijfsartsen wenste daarentegen een toevoeging bij deze vraag.

(7) Antwoorditems bij vraag 1 en verdiepende vraag 1.2 kunnen weg

Deze antwoorditems zijn gehandhaafd omdat de gebruikers (=medisch specialisten) aangeven dat zij zoveel mogelijk alleen maar willen aanvinken. Verder zijn deze antwoord items ook aandachtspunten voor de medisch specialist en dienen zij als reminder voor dat ook op deze terreinen (vraag 1) zaken kunnen spelen die relevant zijn voor diagnostiek/behandeling. De items bij vraag 1.2 kunnen context geven van gepresenteerde klachten.

(8) De aanvullende vragen betaald werk kunnen vervallen (= vragen 1.3 t/m 1.7)

Deze vragen zijn gehandhaafd. Ze zijn in principe optioneel. Tijdens de workshop van 16 november j.l. werd al duidelijk dat voor de één deze vragen relevante aanvullende informatie verschaft, terwijl dit niet geldt voor een ander. Het is straks aan de wetenschappelijke verenigingen om te besluiten om deze vragen wel/niet (allen, enkelen) op te nemen in de arbeidsanamnese voor hun specialisten. Ook in de praktijktoets zijn deze vragen optioneel. De vragen hoeven ook niet bij het eerste consult gesteld worden, maar kunnen ook in de loop van het diagnostiektraject ter sprake komen als blijkt dat diagnostiek kan interfereren met werktijden.

In de evaluatie vragen wij straks wel of de vragen gesteld zijn, en zo ja welke.

(9) vraag 1.1 op de binnenflap zetten

De huidige lay-out laat het toe om deze vraag (die eigenlijk optioneel is) op de 1^e bladzijde te zetten. Het voordeel is dat er bij een deel van de patiënten de arts zich kan beperken tot 1 bladzijde. Dus huidige lay-out gehandhaafd.

(10) Bij vraag (1) een verduidelijking weergeven

Op de arbeidsanameselijst waar de vragen volledig zijn uitgeschreven, is op enkele plaatsen een toevoeging gemaakt als aandachtspunt waar een arts aan kan denken (zie bij vraag 1 en vraag 5). Deze toevoeging staat niet op het instrument waarmee gewerkt wordt (te veel tekst).

Ook het uitdiepen van andere aspecten dan betaald werk in relatie tot de gezondheid, is volgens mij onderdeel van een gangbare anamnese, waarbij sommige aspecten voor de één meer relevant zijn dan voor de ander (afhankelijk van specialisme en/of type aandoening). De arbeidsanamnese is een hulpmiddel om aan bepaalde zaken te denken, met speciale aandacht voor arbeid. Uiteindelijk zal de medisch specialist zelf moeten bepalen hoeveel hij moet weten om vast te kunnen stellen of het werk (of andere activiteiten) de gezondheid van de patiënt nadelig beïnvloedt.

NB: De instructie aan de pilootdeelnemers zal onder meer inhouden dat zij de volledig uitgeschreven arbeidsanamnese in het begin kunnen raadplegen voor het formuleren van vragen en om toelichtingen bij de vragen eigen te maken.

(11)

Eén van jullie commentaren: opvallend is dat we dit echt arbeidsanameses noemen en ik vraag me af of het niet een arbeidsevaluatie kaart moet zijn met een stuk anamnese en stuk oordeel specialist. Er zijn immers tal van omstandigheden waar de kernvragen negatief zijn en toch een advies kan bestaan om met de bedrijfsarts contact op te nemen. Het is te overwegen om een laatste kernvraag toe te voegen waarbij de specialist dient te reflecteren of hij voorziet dat er problemen kunnen ontstaan in de zeer nabije toekomst waardoor hij de patiënt adviseert om reeds vroeg contact op te nemen met de ba. Voorbeelden genoeg (geplande spataderoperatie, korte opnames voor evaluatie hypertensie etc....)

Wij hebben er voor gekozen om de anamnese los te koppelen van evaluatiemomenten. Het toevoegen van evaluatiemomenten in een arbeidsevaluatie kaart, maakt de kaart lang. De hoop is dat de artsen die de arbeidsanamnese gaan toepassen, reflecties m.b.t. arbeid zich eigen gaan maken.

Het voorbeeld dat nu genoemd wordt is een terechte reflectie, alleen niet de enige. Ik heb gepoogd om evaluatiemomenten weer te geven in de checklist beslismomenten. Deze lijst is mogelijk niet compleet. Zoals ik bij **II (zie hierna)** al aangeef, is het opstellen van evaluatiemomenten al een proces op zich.

II Checklist beslismomenten :

Lay-out aangepast. Hopelijk verbeterd?

Deze lijst is een hulpmiddel, een ondersteuning voor de medisch specialist bij de besluitvorming om contact op te nemen met de bedrijfsarts. De lijst is afgeleid van een lijst met indicaties voor afstemming huisarts – bedrijfsarts die tijdens de ontwikkeling van de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts d.m.v. consensusvorming binnen een groep bestaande uit bedrijfsartsen en huisartsen, tot stand is gekomen. Van zo'n consensus van deze checklist is dus bij dit arbeidsanamnese project geen sprake.

Bijlage 9: Testversie arbeidsanamnese (zoals gebruikt tijdens de praktijktoets)

ruimte voor naamplaatje

Datum consult :

Naam specialist :

1 Soort werk

- betaald werk (beroep én functie)
 vrijwilligers werk
 thuis
 hobby's

↓ GEEN BETAALD WERK (1.1 en 1.2)**1.1** In het verleden betaald werk ja

1.1.1 Tot wanneer (jaartal)

1.1.2 Beroep én functie:

↓ BETAALD WERK (2 e.v.)**2** Werk veroorzaakt of verergert

klacht/aandoening

 ja

2.1. Klachten verbeteren bij niet werken

 ja, merkbaar na . . . vrije dagen**1.2** Reden geen betaald werk vrijwillig werkloos VUT arbeidsongeschikt (WAO) gezondheid andere reden.....**3** (Meer) moeite met werk/ kan bepaalde werkzaamheden niet meer doen ja**→ STOP****VRAAG 2 en 3 NEE → CHECKLIST BESLISMOMENT****↓ VRAAG 2 of 3 JA**

Meer weten over betaald werk? → zie pagina 2

↓ Ruimte beschrijving betaald werk:**4** Verzuimt van werk ja

4.1 Duur verzuim

4.1 Huidige klachten spelen een rol

 ja**5** Problemen op werk besproken met bedrijfsarts ja nvt (geen bedrijfsarts)

Afspraken met ba:

Check: Arbeidsanamnese volledig gedaan jaAanvullende vragen betaald werk gevraagd jaGegevens bedrijfsarts/arbodienst nodig ja → naam/adres vragen

Ruimte opmerkingen over werk:

Aanvullende vragen BETAALD WERK

1.3 Aantal jaren huidig type werk jaar
(evt vragen naar eerder werk)

1.4 Waar werkt patiënt? (*Beschrijving bedrijf/de instelling*)

1.5 Vóórkomen van omstandigheden in het werk waarvoor beschermingsmiddelen gewenst dan wel verplicht zijn
(*bescherming van huid, ademhaling, gehoor, ogen*)
 ja

Toelichting:

1.6 Werkt
 fulltime part-time uren/week

1.6.1 Reden(en) parttime

vrijwillig werkloos gezondheid
 WAO andere reden?.....

1.7 Werkt (ook) in het weekend, 's avonds en/of 's nachts.

ja, in het weekend ja, 's avonds ja, 's nachts

Bijlage 10: Testversie arbeidsanamnese voor medisch specialisten: toelichting op vragen

1 Wat voor werk doet U?

- betaald werk (*beroep én functie beschrijven*)
 vrijwilligers werk
 thuis (*huishoudelijk, zorg voor kinderen of familie etc.*)
 hobby's (*sporten, tuinieren, houden van dieren etc.*)

Omschrijving van dagelijkse en regelmatig terugkerende bezigheden en activiteiten.

Hoewel de arbeidsanamnese zich vooral richt op betaald werk, kunnen omstandigheden in de privé-sfeer ook van invloed zijn op het ontstaan en/of het onderhouden van klachten/ aandoeningen. Verder geven activiteiten die in vrije tijd plaatsvinden informatie over de ervaren ernst van klachten/aandoeningen waarvoor de specialist geraadpleegd wordt. Afhankelijk van de relevantie van activiteiten naast betaald werk, zal u meer of minder aandacht besteden aan die activiteiten. In de arbeidsanamnese zijn deze activiteiten benoemt om ze zo onder uw aandacht te brengen.

U kunt besluiten om alléén naar beroep en functie te vragen en deze te beschrijven als patiënt positief antwoord op vraag 2 en/of 3.

➔ GEEN BETAALD WERK (vraag 1.1 en 1.2)

1.1 Heeft u in het verleden betaald werk gedaan? nee ja

1.2.1 Tot wanneer? (jaartal)

1.2.2 Wat voor werk deed u?
Omschrijving werk (beroep én functie)

1.2 Wat is/zijn de reden(en) dat u nu niet werkt? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- vrijwillig werkloos VUT arbeidsongeschikt (WAO)
 gezondheid andere reden.....

➔ STOP ARBEIDSANAMNESE

Werk dat in het (recente) verleden heeft plaatsgevonden kan van invloed zijn geweest op het ontstaan van de huidige/klacht aandoening. Afhankelijk van type klacht/aandoening, kan het werkverleden onderdeel uitmaken van de diagnostiek van de gepresenteerde klachten. Het kan voorkomen dat een op handen zijnde herkeuring voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering de achterliggende reden is voor de patiënt om zich te melden bij de specialist.

➔ BETAALD WERK (vraag 2 e.v.)

2 Vindt u dat uw huidige klacht/aandoening door het werk veroorzaakt of verergerd is?
 nee ja

Zo ja, **2.1** Verbeterd uw huidige klacht als u een tijdje niet werkt?
(denk aan vrije dagen, weekenden)
 nee ja, en na hoeveel vrije dagen merkt u dat? . . . dg

Dit is een vraag waarmee u probeert te achterhalen of het werk een nadelige invloed heeft op de gezondheid van de patiënt (Arbeid ➔ Gezondheid). De vraag omvat eigenlijk drie aspecten, namelijk (1) werk veroorzaakt klacht/aandoening, (2) werk versterkt/luxeert bestaande klachten en (3) werk verergerd de aandoening. De patiënt zal het onderscheid tussen (2) en (3) in de praktijk niet (kunnen) maken, en i.h.a. ook niet het onderscheid tussen ontstaan en verergering. Dit is de reden waarom beide vragen in één vraag zijn opgenomen.

- 3 Heeft u als gevolg van uw klachten/ aandoening (meer) moeite met uw werk of kan u bepaalde werkzaamheden als gevolg van uw klachten/ aandoening niet meer doen?
 nee ja

➔ vraag 2 én 3 nee ➔ NAAR CHECKLIST BESLISMOMENTEN

In de checklist wordt u bovenaan verwezen naar de rechter kolom. Hier komt u de volgende twee vragen tegen:

- Kan de huidige klacht/aandoening op termijn gevolgen hebben voor het functioneren in het werk? (ja)*
 Kan de diagnostiek de uitvoering van het werk belemmeren? (ja)*

Ook al zijn er geen functioneringsproblemen op het werk, geen verergering van klachten door het werk, toch kan het werk in de nabije toekomst relevant worden voor de patiënt (en de behandelende arts).

Te denken valt dan aan (chronisch progressieve) aandoeningen waarvan bekend is dat zij de uitvoering van het werk kunnen beïnvloeden, dan wel dat het werk (ondermeer werktijden, mentale belasting, fysieke belasting, blootstellingen) klachten kan luxeren. Door te vragen naar beroep/functie, eventueel aangevuld met aanvullende vragen over betaald werk kunt u een indruk krijgen van of er werkproblemen te verwachten zijn. U kunt dan besluiten om, na overleg met de patiënt, de bedrijfsarts van de patiënt in te lichten/ of de patiënt door te wijzen naar de bedrijfsarts.

Van de checklist kunnen ook de aandachtspunten beschreven bij II (Behandeling), relevant zijn. Hoewel de aandoening zelf geen functioneringsproblemen op het werk veroorzaakt, kunnen diagnostiek en/of behandeling wel (tijdelijk) van invloed zijn op het werk (voorbeeld: diagnostiek maakt het noodzakelijk dat de patiënt/werknemer dagdiensten draait, of enkele dagen wordt opgenomen).

➔ Vraag 2 of vraag 3 ja (dan door naar vraag 4 e.v.)

Het werk beïnvloedt nadelig de (ervaren) gezondheid en/of de gezondheid beïnvloedt nadelig het werk.

Het gegeven dat iemand betaald werk doet is niet voldoende. Wat doet iemand op het werk is in deze context belangrijk. U kunt besluiten om *nu* naar het beroep en functie te vragen en deze te beschrijven. Zo is bijvoorbeeld bij hartpatiënten met coronair lijden, hartfalen en/of (inspanningsgebonden) hartritme stoornissen de fysieke (en mentale) belasting van het werk van belang. Afhankelijk van de gepresenteerde klachten, kunt u ook overwegen om (enkele) aanvullende vragen over betaald werk te stellen (vraag 1.3 e.v.).

- 4 Verzuimt u op dit moment?
 nee ja
- 4.1 Hoe lang verzuimt u al van uw werk? . . .
 4.2 Spelen de huidige klachten waarvoor u nu hier bent een rol bij dit verzuim? nee ja

Deze vraag geeft aan of er nu problemen zijn op het werk waarbij de gepresenteerde klacht/aandoening (mogelijk) een rol speelt.

Functioneringsproblemen en niet verzuimen.

Het is mogelijk dat medisch gezien doorwerken niet verantwoord is. Een (gedeeltelijke) werkstakingadvies kan dan onderdeel uitmaken van een behandeling. Dit advies kan reden zijn om contact op te nemen met de bedrijfsarts (afstemming van advies met de bedrijfsarts).

Met vraag 5 wordt ingegaan op de sociaal medische begeleiding van de patiënt en kan vastgesteld worden of die zorg in overeenstemming is met (in te stellen) de curatieve zorg.

5 Heeft u de problemen die u in uw werk ervaart, besproken met uw bedrijfsarts?

nvt (geen bedrijfsarts) nee ja

5.1 Wat heeft de bedrijfsarts met u afgesproken?
(denk aan wanneer werkhervatting in geval van verzuim, aanvragen van/
gerealiseerd zijn van werk(plek)aanpassingen, of werk(plek)aanpassingen
tijdelijk/permanent zijn, op zoek naar ander werk etc.)

Is de sociaal medische begeleiding, zijn de afspraken met de bedrijfsarts in overeenstemming met uw behandeling?

Ongeveer 11% van de werkende beroepsbevolking werkt als zelfstandige, meewerkende familielid, freelancer etc. Deze groep is niet aangesloten bij een arbodienst en heeft geen eigen bedrijfsarts

Contact medisch specialist met de bedrijfsarts?

De checklist beslismomenten kunt u gebruiken als ondersteuning bij de besluitvorming om zelf wel/geen contact op te nemen met de bedrijfsarts. Het besluit daartoe zal mogelijk niet genomen (kunnen) worden tijdens het 1^e consult met de patiënt. De checklist heeft dan ook betrekking op het hele diagnostiek en behandeltraject traject. Het is niet de bedoeling dat deze checklist ingevuld wordt voor elke patiënt.

Onderaan de 1^e bladzijde van de arbeidsanamnese staan 3 controle vragen. U wordt verzocht deze in te vullen. Ze hebben het volgende doel:

Check 1: nee antwoorden worden niet aangevinkt, en later is bijvoorbeeld door een andere arts die het patiëntendossier leest niet te zien of niet afgevinkte ja-antwoorden betekent dat het dus nee is, of dat de vragen niet gesteld zijn. Met het aanvinken van controle vraag 1 geeft de arts die de arbeidsanamnese heeft afgenomen aan dat alle relevante vragen zijn gesteld.

Check 2: op de 1^e pagina is te zien dat er aanvullende vragen gesteld zijn over betaald werk

Check 3: dit is een controle voor de behandelende arts dat hij/zij zich er van gewist om naam-/ adresgegevens op te vragen (via de patiënt) als contact wordt gelegd met de bedrijfsarts/arbodienst.

Aanvullende vragen BETAALD WERK : deze vragen spreken voor zich

1.3 Hoe lang doet u dit werk al? (jaren)
(eventueel vragen naar eerder werk)

1.4 Waar werkt u?
Kunt u het bedrijf/de instelling beschrijven.....

1.5 Komen in uw werk omstandigheden voor waarvoor
beschermingsmiddelen gewenst dan wel verplicht zijn?
(*bescherming van huid, ademhaling, gehoor, ogen*)

- nee,
 ja

Toelichting vragen:

1.6 Werkt u fulltime of parttime
 fulltime
 part-time uren/week

1.6.1_O Wat is/zijn de reden(en) dat u parttime werkt?

- vrijwillig
 werkloos
 gezondheid
 WAO
 andere reden?.....

1.7 Werkt u (ook) in het weekend, 's avonds en/of 's nachts?
 nee
 ja

Zo ja, (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- ja, in het weekend
 ja, 's avonds
 ja, 's nachts

**Bijlage 11: Checklist beslismomenten voor contact met bedrijfs-
arts (uitwisseling van informatie of verwijzing, af-
stemming van inzicht en/of advies)**

I Probleemherkenning én -verheldering: (arbeids)anamnese, diagnostiek

Worden de klachten (mede) door het werk veroorzaakt / verergerd? (vraag 2)
en/of

Hebben de klachten gevolgen voor het functioneren in het werk? (vraag 3)

↓ Zo ja

- Verzuimt de patiënt?
- Is de bedrijfsarts op de hoogte? **(nee)** *
- Heeft de patiënt afspraken gemaakt met de bedrijfsarts?

↓ Zo nee

- Kan de huidige klacht/aandoening op termijn gevolgen hebben voor het functioneren in het werk? **(ja)** *
- Kan de diagnostiek de uitvoering van het werk belemmeren? **(ja)** *

↓

➔ naar II (Behandeling)

Zijn de gezondheidsproblemen in relatie tot het werk van belang voor uw diagnostiek en/of uw behandeling?

↓ Zo ja

- Ontbreekt er nog (feitelijke) informatie over het werk? **(ja)** *
- Is doorwerken verantwoord? **(nee)** *
- Belemmeren gemaakte afspraken van de bedrijfsarts met de patiënt uw behandeling? **(ja)** *
- Kan uw diagnostiek de uitvoering van het werk van de patiënt/werkhervatting belemmeren? **(ja)** *

↓ Zo nee

- Is verwijzing naar de bedrijfsarts nodig?
- Kan uw diagnostiek de uitvoering van het werk van de patiënt/werkhervatting belemmeren? **(ja)** *

↓

↓

II Behandeling

- Is uw behandeling of advies tegenstrijdig aan het advies van de bedrijfsarts? **(ja)** *
- Kan uw behandeling of advies (tijdelijk) de uitvoering van het werk of werkhervatting van de patiënt belemmeren? **(ja)** *
- Wilt u aan de patiënt een (gedeeltelijke) werkstaking of een werkhervatting advies geven? **(ja)** *

III Contact met de bedrijfsarts

- Bent u van plan om contact te leggen met de bedrijfsarts?

↓ Zo ja

- Naam, adres bekend?

Check communicatie richtlijnen volgens de KNMG-code

- Is het doel van het contact met de bedrijfsarts besproken met de patiënt?
- Zijn eigen bevindingen & vraagstelling besproken met de patiënt?
- Is er informed consent voor informatie-uitwisseling?
- Is er informed consent voor overleg & afstemming?

V Resultaat contact (evaluatie)

* Antwoorden **(x)** kunnen indicaties zijn om contact op te nemen met de bedrijfsarts. Deze indicaties voor afstemming zijn ontleend aan de indicaties voor huisartsen om contact op te nemen met de bedrijfsarts (zie Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts. Anema H e.a. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002)

Bijlage 12: Resultaten van de evaluatie van de praktijktoets en arbeidsanamnese

Vijftien specialisten vulden het evaluatieformulier in. Twee van de drie aangeschreven personen die de arbeidsanamnese vanuit het patiëntenperspectief beoordeelden, stuurden het evaluatieformulier terug. Van de zeven aangeschreven bedrijfsartsen, stuurden drie artsen het formulier terug.

De volgende onderwerpen worden hierna besproken.

- De tijd die de medisch specialist nodig heeft om de arbeidsanamnese af te nemen;
- Ervaren knelpunten in het gebruik van de arbeidsanamnese;
- Te weinig/ te veel vragen in de arbeidsanamnese;
- Verandering in de aandacht die de medisch specialist tijdens de anamnese aan arbeid & gezondheid wordt besteed;
- Wat levert het de medisch specialist op;
- Toegevoegde waarde voor het vakgebied van de medisch specialist / de kwaliteit van de zorg voor de patiënt;
- Reacties van de patiënt op het afnemen van een arbeidsanamnese door de medisch specialist;
- Mening over de toelichting op de arbeidsanamnese;
- Mening over de checklist beslismomenten;
- Een leidraad voor de medisch specialist voor afstemming met de bedrijfsarts.

Benodigde tijd

De tijd die de medisch specialisten nodig hadden voor het invullen van de arbeidsanamnese varieerde tussen de 2 tot 10 min: de drie longartsen 2-10 min, de drie dermatologen 4-10 min, de drie reumatologen 4-5 min, de neuroloog 5 min, de twee orthopeden 2-5 min, de twee cardiologen 5-10 min, en de revalidatiearts 2 min. Eén van de cardiologen gaf als gemiddelde 10 min op, maar dit hoge gemiddelde werd gehaald doordat hij standaard bij elke nieuwe werkende patiënt alle optionele vragen over het werk, stelde.

Knelpunten in gebruik arbeidsanamnese

Twaalf van de 15 specialisten ervoeren knelpunten bij het gebruik van de arbeidsanamnese. Genoemde knelpunten zijn:

- kost te veel tijd, spreekuur loopt uit (2x);
- optie om nee antwoorden aan te kruisen ontbreekt (4x);
- te weinig ruimte op het formulier om informatie op te schrijven (1x);
- vastlopen in het formulier als patiënt niet voldoet aan “flow”criteria (3x);
- moeilijk stroomdiagram/ in te vullen formulier niet zo overzichtelijk (2x);
- standaardformulier werkt niet bij complexe aandoeningen en complexe relatie met werk (1x);
- zinnen niet duidelijk geformuleerd (1x)
- meerder antwoordmogelijkheden worden niet benoemd (1x).

Genoemde oplossingen:

- duidelijke flowdiagram (2x);
- genoeg ruimte om te schrijven (2x);
- vermelden dat meerder antwoorden mogelijk zijn;
- meer tijd nemen (dus ook vergoeding!);
- logischer volgorde van de vragen (2x);
- ook nee antwoorden moeten aangevinkt kunnen worden;

Gemiste vragen

Zes artsen misten vragen in de arbeidsanamnese.

- meer vragen over blootstellingen (2x longartsen);
- pensioen als antwoordoptie voor niet werken;
- geef een beschrijving van uw werkzaamheden;
- opvattingen van de patiënt, bijv. visie op terugkeer in werk (revalidatie); wat wil de patiënt er zelf mee als er sprake is van een arbeidsgerelateerde aandoening (longarts);
- ruimte voor opmerkingen voor een conclusie: wel/niet gerelateerd aan arbeid, volgende onderzoeken nodig etc...

Eén van de drie bedrijfsartsen zou een vraag over blootstellingen in het huidige werk en in het vroegere werk willen toevoegen. Alleen zou deze informatie niet tijdens een consult moeten worden gevraagd, maar aanvullend via een vragenlijst die de patiënt zelf later invult. De ingevulde lijst opsturen of meenemen naar volgend consult.

Vanuit patiëntenperspectief gezien zou de arbeidsanamnese aangevuld moeten worden, met vragen als

- Kan ik iets voor u betekenen op het gebied van werk?
- Wat ziet u zelf als oplossingen voor problemen met de uitvoering van uw werk?
- Hoe kunnen we bij de behandeling zo goed mogelijk rekening houden met uw werk?

Verder wordt opgemerkt dat de arbeidsanamnese te beperkt is, omdat vanuit de patiënt bekeken het niet uit maakt of klachten veroorzaakt/verergerd zijn door betaald werk of vrijwilligerswerk. Het is net zo erg als huishoudelijk werk de klachten verergert als wanneer betaalde werkzaamheden dat doen. Vanuit zorgperspectief kan de “arbeidsanamnese” aangevuld worden, met bijbehorende trefwoorden als *integrale benadering* en *kwaliteit van leven*. Uitgewerkt betekent dit dat er, conform de arbeidsanamnese, een kernvraag 2 en kernvraag 3 zou moeten komen voor huishoudelijk werk/hobby's/ vrijwilligerswerk.

Te veel vragen

Voor de neuroloog zijn de vragen die gesteld worden aan een patiënt die geen betaald werk doet en de optionele aanvullende vragen over werk, overbodig. Ook vanuit het patiëntenperspectief, werd door één van de twee deelnemers de verdiepende vragen voor patiënten die geen betaald werk doen, als overbodig gezien.

De bedrijfsarts die vragen over blootstellingen in het werk zou willen toevoegen, vindt dat de optionele vragen over het huidige werk niet nodig zijn, en vervangen kunnen worden door een invulformulier met vragen over blootstellingen. Ook vindt hij de kernvraag over verzuim overbodig, daar de essentie van de verzuimvraag al in kernvraag 2 en 3 zit.

Vanuit patiëntenperspectief wordt opgemerkt dat de splitsing in kernvraag 1 wat vreemd is - eerst ook vragen naar vrijwilligerswerk, thuis, hobby's en daar dan vervolgens niets meer mee doen. Houdt het bij de vraag 'Heeft u betaald werk?' Zo niet, dan ook andere levensgebieden er in betrekken .

De nee antwoorden ontbreken

In de voorbereiding van het ontwerp van het arbeidsanamneseformulier is besloten om alleen antwoordcategorieën bij een vraag op te nemen als ze relevant zijn voor het doorlopen van de arbeidsanamnese. Dit zou tijdswinst opleveren. In de meeste gevallen betekende dit dat u maar één antwoordcategorie kon aankruisen, namelijk ja. Achteraf vroegen wij ons af of dit verstandig was geweest en deze vraag hebben wij de deelnemers voorgelegd. Op één na bleken allen het eens te zijn in hun oordeel dat het onverstandig was om niet beide antwoordcategorieën op te nemen.

Veranderde aandacht voor arbeid in de anamnese

Zes artsen geven aan dat door de praktijktoets hun aandacht voor (iets) arbeid veranderd is.

Genoemde veranderingen zijn:

- Dieper ingaan op de arbeidsomstandigheden en explicieter naar contacten met bedrijfsarts vragen
- Sta iets uitgebreider bij het onderwerp stil; je let er meer op
- Ik denk eerder om soort arbeid uit te vragen
- Eigenlijk besteedde ik al aandacht aan de arbeidsanamnese, met de pilot ben ik dat wat meer gericht gaan doen.
- Ik vroeg altijd wel naar verzuim, maar niet naar de rol van werk bij klacht en wat iemand in zijn werk niet meer kan doen. Dat levert relevante informatie op. B.v. Iemand met rugklachten die werkt in de psychiatrie en best werk zou kunnen doen, maar niet kan werken omdat onverwachte fysieke agressie door rugklachten niet kan worden opgevangen.

Aan de personen die vanuit het patiëntenperspectief de arbeidsanamnese hebben beoordeeld, is gevraagd hoe zij de rol zien van de patiënt/werknemer om gedaan te krijgen dat de medisch specialist

arbeid betreft bij de diagnostiek/behandeling. Hierop geven zij aan dat de patiënt gestimuleerd kan worden om dit onderwerp onder de aandacht te brengen bij de behandelaar, om zo het belang voor dit aspect te onderstrepen. Wel maken zij de kanttekening dat veel mensen echter niet weerbaar zijn en in geval van ziekte vaak nog weer iets minder weerbaar dan doorgaans.

Wat levert de arbeidsanamnese op voor de medisch specialist

Voor negen artsen heeft het gebruik van de arbeidsanamnese iets opgeleverd. Punten die zij noemen zijn:

- Nog wat consequenter aandacht besteden aan arbeid;
- Toch iets meer interesse;
- Probeer de aspecten die met arbeid en gezondheid te maken hebben wat beter in kaart te brengen;
- Eigenlijk is het me opgevallen hoe vaak mensen toch door willen gaan met hun werk en niet vinden dat werk klacht veroorzaakt. Verder is mijn aandacht voor werk en problematiek daaromtrent vergroot;
- Bij patiënt waarbij je het niet verwacht heeft de aandoening gevolgen voor werk;
- Navraag bij de patiënt of hij/zij contact heeft gehad met de bedrijfsarts;
- Weer herinnerd aan het feit dat werk een belangrijk deel is;
- Leidraad voor vragen naar arbeid/verzuim/contact bedrijfsarts.

Voor één arts leverde de praktijktoets alleen maar ergernis op.

Arbeidsanamnese een toegevoegde waarde?

De meerderheid van de groep vindt dat stellen van vragen over het werk een toegevoegde waarde heeft in hun vakgebied/specialisme voor de diagnostiek/behandeling van gepresenteerde klachten (extra tijd dat het kost niet meegerekend). Twee artsen vinden dat niet (longarts en een cardioloog). Een ander relativeert door de stellen dat het niet voor elke patiënt een toegevoegde waarde heeft. Eén van de artsen geeft als antwoord:

- Door de systematische vragen over werk en werkinhoud komen soms (ook onjuiste) ideeën die een patiënt heeft over wat goed en slecht is voor hem/haar naar voren en daar kun je dan adequaat een antwoord op geven.

Aan de bedrijfsartsen is gevraagd of zij het als bedrijfsarts positief vinden als medisch specialisten als standaardonderdeel van hun anamnese vragen over het werk stellen, en zo ja waarom, en of zij bezwaren en risico's zien. Al de drie bedrijfsartsen zijn positief over het stellen van vragen over het werk en zien geen risico' of bezwaren dat de medisch specialist dit doet:

- Het is niet zozeer positief als wel een *must* dat specialisten in hun anamnese bij werkenden standaard aandacht schenken aan de factor arbeid. Het is wezenlijk in zowel het diagnostisch als behandelingstraject dat moet leiden tot functioneel herstel;
- De factor arbeid speelt vaak een rol bij ziekte en aandoeningen in causale en/of conditionele zin. De zorg voor de werkende mens kan daardoor verbeteren mits de medisch specialist beter en vaker gaat communiceren met de bedrijfsarts;
- De medisch specialisten zijn zich dan bewust van de eventuele relatie klachten-werk en kunnen ook hun advisering daarop afstemmen.

De medisch specialisten die vinden dat het stellen van vragen over het werk een toegevoegde waarde heeft in hun vakgebied/specialisme, vinden ook allen dat het stellen van vragen over het werk de kwaliteit van de zorg (diagnostiek, behandeling) voor de patiënt, verbetert? Eén van de twee cardiologen merkt op dat in een perifere setting het stellen van vragen over werk de zorg voor de patiënt niet verbetert: "je moet de patiënt in 10 min zien".

Van patiëntzijde wordt nog een voorwaarde genoemd wil de kwaliteit van de zorg verbeteren, en dat is dat de arts de tijd moet nemen om de vragen te stellen.

Al de drie bedrijfsartsen vinden dat het stellen van vragen over het werk, de kwaliteit van de curatieve zorg (diagnostiek, behandeling) voor de patiënt verbetert: "het zal leiden tot meer integrale geneeskunde".

Reacties van de patiënt

Op een enkele arts na, hebben patiënten bij de artsen geen opmerkingen gemaakt over de inhoud van de arbeidsanamnesevragen of over het feit dat de arts vragen over het werk stelde. De enkele opmerkingen die gemaakt zijn, zijn:

- Begrepen in eerste instantie niet de relevantie, bij uitleg wel;
- Hoezo is dat van belang bij een moedervlek?;
- Sommigen snapten de vragen niet en vonden ze vreemd;
- Wat ik met de informatie ging doen/ Waarom wilt u dit weten?

De toelichting op de arbeidsanamnese

De meerderheid van de groep vond de toelichting op de arbeidsanamnese zinvol. Beide cardiologen vonden de toelichting echter niet zinvol. Enkele artsen gaven een suggestie voor verbetering:

- Meer to the point en op vakgebied toespitsen;
- Instructies moet helder en beknopt zijn. Geldt ook voor de formulieren, die moeten je a.h.w. vanzelf door de procedure heen voeren. Dat was nu absoluut niet het geval;
- Ik had liever even een mondelinge toelichting gehad naast de schriftelijke;
- Het is handiger om sommige toevoegingen direct op het vragenformulier erbij te zetten.

Checklist beslismomenten voor contact met de bedrijfsarts

Deze checklist is door de groep zeer wisselend beoordeeld. Zes vonden het een nuttig hulpmiddel, zeven vonden het geen nuttig hulpmiddel en één had het niet gelezen.

Opmerkingen die gemaakt zijn door artsen die het een nuttig hulpmiddel vonden, zijn:

- Gewoon als een positieve feedback beschouwd
- Op zich ja, echter weinig gebruikt, omdat er geen aanleiding voor was.
- Ik had geen behoefte aan contacten met bedrijfsarts bij deze patiënten
- Even nalopen of alles aan bod is geweest
- "Handig overzichtje"

Opmerkingen die gemaakt zijn door artsen die het geen nuttig hulpmiddel vonden, zijn:

- Veel te uitgebreid en complex. Dat lees je niet als je een patiënt tegenover je hebt. Essentie is: is het van belang om contact te hebben met de bedrijfsarts. Zo ja, dan bespreek je met hem/haar de diagnose, behandeling en/of aanpassingen op het werk.
- Voor mij een onduidelijke, onoverzichtelijk, niet bruikbare checklist
- Bij alleen verzuim en de vraag of er contact is opgenomen met de bedrijfsarts komen veel vragen al vanzelf aan de orde. Verder is de lay-out van de checklist onoverzichtelijk. Toevoeging over KNMG code is wel nuttig.
- Het is mij al min of meer bekend
- "beslismomenten": dit woord vind ik vreemd, kan er niets mee.
- Ik heb tot nu toe nooit contact opgenomen met bedrijfsarts. Mede omdat de patiënt bijna nooit weet wie dit precies is met adres en telefoon.

Twee van de drie bedrijfsartsen vinden de inhoud van de checklist voldoende, en één vindt het niet voldoende/voldoende. Deze laatste meldt dat het aandachtspunt met betrekking tot verzuim weg kan. Verder merkt hij op dat, als de verkregen informatie van de patiënt in de richting gaan van dat contact met de bedrijfsarts noodzakelijk is, de formulering van de richtlijn niet vrijblijvend moet zijn voor wel/geen contact met de bedrijfsarts.

Leidraad voor medisch specialisten

Voor bedrijfsartsen en huisartsen heeft TNO samen met NVAB en LHV een Leidraad ontwikkeld met criteria om te bepalen wanneer het zinvol is om onderling af te stemmen. Belangrijk onderdeel is een communicatieformulier, alleen bedoeld voor beide artsen én hun gezamenlijke patiënt, die daarbij fungeert als actieve 'go-between'.

Negen van de 15 medisch specialisten en de drie bedrijfsartsen vinden het wenselijk dat er ook een dergelijke Leidraad en communicatieformulier voor medisch specialisten komt. Twee medisch specialisten hebben er geen mening over en vier vinden het niet zinvol.

Redenen die hiervoor genoemd zijn, zijn:

- Liever niet nog een apart formulier. 1 arbeidsanamnese formulier en dan liefst elektronisch;
- Voor huisartsen lijkt me wel zinvol;
- Kom al echt tijd tekort, met nog meer formulieren.

Vanuit patiëntenperspectief wordt een consensusvorming tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten voor het opstellen van een checklist of een lijst met indicaties voor afstemming alleen zinvol geacht als dat bevorderlijk is voor de draagvlak om zo'n lijst ook daadwerkelijk te gebruiken.

Ook een communicatieformulier voor medisch specialisten vinden zij wenselijk, mits het maar gebruikt wordt. Maar, zo signaleren zij - het probleem is echter dat specialisten niet afstemmen, ondanks het onderstrepen/erkennen van de noodzaak ervan en ondanks facilitering. Adequate afstemming zou binnen de gevoelde beroepsopvatting, 'beroepseer', een plek moeten krijgen - .

Op de vraag of het zinvol is om patiënten te betrekken bij de ontwikkeling van een checklist en een communicatieformulier, zijn beiden positief. Voorgesteld wordt om via een focusgroep of een workshop met patiënt-/ werknemervertegenwoordigers inzicht te krijgen hoe patiënt/werknemers de praktijk ervaren, welke knelpunten in de afstemming zij zien, en welke mogelijke oplossingen/aanpassingen er volgens hen zijn voor een effectieve afstemming. Deze informatie is dan te gebruiken voor de ontwikkeling van een leidraad.

Tot slot

Bij de algemene opmerkingen maakte één van de drie bedrijfsartsen, die ook aan het vragenlijstonderzoek van fase 3 heeft meegedaan, nog de volgende opmerking:

- Compliment voor deze omwerking naar een compacte en mijns inziens goed hanteerbare arbeidsanamnese voor de specialist. Ik blijf er overigens bij dat het daarnaast voor sommige specialismen toch serieus overwogen moet worden of er daarnaast geen versie voor de patiënt zelf komt waarin meer gedetailleerde informatie aan bod kan komen.

Bijlage 13: Arbeidsanamnese voor medisch specialisten : uitgeschreven vragen, met XX_O zijn optionele vragen

1 Heeft u betaald werk?
(in loondienst, uitzend/-oproepkracht, zelfstandige, meewerkend familielid etc..)

- nee betaald werk (beroep én functie beschrijven)
 ja

Omschrijving van dagelijkse en regelmatig terugkerende activiteiten in het werk.

➔ **GEEN BETAALD WERK** (vraag 1.1 en 1.2)

1.1_O Heeft u in het verleden betaald werk gedaan? nee ja

1.2.1_O Tot wanneer? (jaartal)

1.2.2_O Wat voor werk deed u?
Omschrijving werk (beroep én functie)

1.2 Wat is/zijn de reden(en) dat u nu niet werkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- vrijwillig werkloos VUT/pensioen
 arbeidsongeschikt (WAO) gezondheid
 andere reden.....

➔ **EINDE ARBEIDSANAMNESE**

➔ **BETAALD WERK** (vraag 2 e.v.)

2 Vindt u dat uw huidige klacht/aandoening door het werk veroorzaakt of verergerd is?

- nee ja

2.1_O Verbeterd uw huidige klacht als u een tijdje niet werkt?
(denk aan vrije dagen, weekenden)

- nee ja, en na hoeveel vrije dagen merkt u dat? . . . dg

3 Heeft u als gevolg van uw klachten/ aandoening (meer) moeite met uw werk of kan u bepaalde werkzaamheden als gevolg van uw klachten/ aandoening niet meer doen?

- nee ja

vraag 2 én 3 nee ➔ **CHECKLIST Afstemming b a**

➔ **Vraag 2 of vraag 3 ja**

4 Verzuimt u op dit moment?

Meer weten over inhoud betaald werk?
➔ zie vragen op pagina 2

- nee ja

4.1 Hoe lang verzuimt u al van uw werk? . . .

4.2 Spelen de huidige klachten waarvoor u nu hier bent een rol bij dit verzuim?
 nee ja

5 Heeft u de problemen die u in uw werk ervaart, besproken met uw bedrijfsarts?

- nvt (geen bedrijfsarts) nee ja

5.1 Wat heeft de bedrijfsarts met u afgesproken?
(denk aan wanneer werkhervatting in geval van verzuim, aanvragen van/ gerealiseerd zijn van werk(plek)aanpassingen, of werk(plek)aanpassingen tijdelijk/permanent zijn, op zoek naar ander werk etc..)

Aanvullende optionele vragen BETAALD WERK

1.3_O Hoe lang doet u dit werk al? (jaren)
(eventueel vragen naar eerder werk)

1.4_O Waar werkt u?
Kunt u het bedrijf/de instelling beschrijven.....

1.5_O Komen in uw werk omstandigheden voor waarvoor
beschermingsmiddelen gewenst dan wel verplicht zijn?
(bescherming van huid, ademhaling, gehoor, ogen, ledematen)
 nee
 ja

Toelichting vragen:

1.6_O Werkt u fulltime of parttime
 fulltime
 parttime uren/week

1.6.1_O Wat is/zijn de reden(en) dat u parttime werkt? *(meerder antwoorden mogelijk)*
 vrijwillig
 werkloos
 gezondheid
 WAO
 andere reden?.....

1.7_O Werkt u (ook) in het weekend, 's avonds en/of 's nachts?
 nee
 ja

Zo ja, *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 ja, in het weekend
 ja, 's avonds
 ja, 's nachts

Bijlage 14: Voorbeeld werkmodule arbeidsanamnese voor medisch specialisten

ruimte voor naamplaatje

Datum consult :

Naam specialist :

1 Patiënt verricht betaald werk

- nee
 ja (beroep en functie)

↓ GEEN BETAALD WERK (1.1 en 1.2)**1.1 In het verleden betaald werk**

- nee ja

1.1.1 Tot wanneer (jaartal)

1.1.2 Beroep én functie:

↓ BETAALD WERK (2 e.v.)**2 Werk veroorzaakt of verergert klacht/aandoening**

- nee ja

2.1. Klachten verbeteren bij niet werken

- nee
 ja, merkbaar na. . . vrije dagen

1.2 Reden geen betaald werk

- vrijwillig arbeidsongeschikt (WAO)
 gezondheid
 werkloos VUT/pensioen
 andere reden.....

**Einde anamnese****3 (Meer) moeite met werk/ kan bepaalde werkzaamheden niet meer doen**

- nee ja

VRAAG 2 en 3 NEE → CHECKLIST Afstemming ba**↓ VRAAG 2 of 3 JA**Meer weten over betaald werk? → **zie pagina 2**

↓ Ruimte beschrijving betaald werk:

4 Verzuimt van werk

- nee ja

4.1 Duur verzuim . . .

4.1 Huidige klachten spelen een rol

- nee ja

5 Problemen op werk besproken met bedrijfsarts

- nee ja nvt (geen bedrijfsarts)

Afspraken met ba:

Check: Gegevens bedrijfsarts/arbodienst nodig?

 nee ja → naam/adres vragen

Ruimte opmerkingen over werk:

Aanvullende optionele vragen BETAALD WERK

1.3 Aantal jaren huidig type werk jaar
(evt vragen naar eerder werk)

1.4 Waar werkt patiënt? (*Beschrijving bedrijf/de instelling*)

1.5 Vóórkomen van omstandigheden in het werk waarvoor
beschermingsmiddelen gewenst dan wel verplicht zijn
(*bescherming van huid, ademhaling, gehoor, ogen, ledematen*)
 nee ja

Toelichting:

1.6 Werkt
 fulltime part-time uren/week

1.6.1 Reden(en) parttime
 vrijwillig werkloos gezondheid
 WAO andere reden?.....

1.7 Werkt (ook) in het weekend, 's avonds en/of 's nachts (*meerdere antwoorden mogelijk*)

nee ja, in het weekend ja, 's avonds ja, 's nachts

Bijlage 15: Toelichting op vragen van een arbeidsanamnese voor medisch specialisten

1 Heeft u betaald werk?
(in loondienst, uitzend-/oproepkracht, zelfstandige, meewerkend familielid etc..)

- nee
 ja (beroep én functie beschrijven)

Omschrijving van dagelijkse en regelmatig terugkerende activiteiten op het werk.

De arbeidsanamnese richt zich alleen op betaald/ loonvormende arbeid. Omstandigheden in de privé-sfeer kunnen echter ook van invloed zijn op het ontstaan en/of het onderhouden van klachten/aandoeningen. Denk aan vrijwilligers werk, hobby's (tuinieren, sport e.d.), activiteiten thuis (zorgtaken, huishoudelijk werk). Deze activiteiten geven aanvullende informatie over de ervaren ernst van klachten/aandoeningen waarvoor de specialist geraadpleegd wordt. Afhankelijk van de relevantie van activiteiten naast betaald werk, zal u ook aandacht besteden aan die activiteiten.

Tip:

U kunt besluiten om alléén naar beroep en functie te vragen en deze te beschrijven als patiënt positief antwoord op vraag 2 en/of 3.

➔ **GEEN BETAALD WERK** (vraag 1.1 en 1.2)

1.1_O Heeft u in het verleden betaald werk gedaan? nee ja

1.2.1_O Tot wanneer? (jaartal)

1.2.2_O Wat voor werk deed u?
Omschrijving werk (beroep én functie)

1.2 Wat is/zijn de reden(en) dat u nu niet werkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- vrijwillig werkloos VUT/pensioen
 arbeidsongeschikt (WAO) gezondheid
 andere reden.....

➔ **EINDE ARBEIDSANAMNESE**

Werk dat in het (recente) verleden heeft plaatsgevonden kan van invloed zijn geweest op het ontstaan van de huidige/klacht aandoening. Afhankelijk van type klacht/aandoening, kan het werkverleden onderdeel uitmaken van de diagnostiek van de gepresenteerde klachten.

Opgemerkt:

Het komt voor dat een ophanden zijnde herkeuring voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering de achterliggende reden is voor de patiënt/werknemer om zich te melden bij de specialist.

➔ **BETAALD WERK** (vraag 2 e.v.)

2 Vindt u dat uw huidige klacht/aandoening door het werk veroorzaakt of verergerd is?
 nee ja

Zo ja, **2.1** Verbeterd uw huidige klacht als u een tijdje niet werkt?
(denk aan vrije dagen, weekenden)
 nee ja, en na hoeveel vrije dagen merkt u dat? . . . dg

Dit is een vraag waarmee u probeert te achterhalen of het werk een nadelige invloed heeft op de gezondheid van de patiënt (Arbeid ➔ Gezondheid). De vraag omvat eigenlijk drie aspecten, namelijk (1) werk veroorzaakt klacht/aandoening, (2) werk verergerd de aandoening en (3) werk versterkt/

luxteert bestaande klachten. De patiënt zal meestal het onderscheid tussen het ontstaan van de aandoening en een verergering van klachten/aandoening in de praktijk niet (kunnen) maken. Dit is de reden waarom het ontstaan van en verergering van in één vraag zijn opgenomen.

- 3 Heeft u als gevolg van uw klachten/ aandoening (meer) moeite met uw werk of kan u bepaalde werkzaamheden als gevolg van uw klachten/ aandoening niet meer doen?
 nee ja

Dit is een vraag waarmee u probeert te achterhalen of de klachten/aandoening van de patiënt een nadelige invloed heeft op (de uitvoering van) het werk van patiënt (Gezondheid → Werk).

Opgemerkt:

Geen functioneringsproblemen op het werk, geen verergering van klachten door het werk en toch kan het werk in de nabije toekomst relevant worden voor de patiënt (en de behandelende arts).

Te denken valt dan aan (chronisch progressieve) aandoeningen waarvan bekend is dat zij de uitvoering van het werk kunnen beïnvloeden, dan wel dat het werk (ondermeer werktijden, mentale belasting, fysieke belasting, blootstellingen) klachten kan uitlokken. Door te vragen naar beroep/functie, eventueel aangevuld met aanvullende vragen over betaald werk kunt u een indruk krijgen van of er werkproblemen te verwachten zijn. U kunt dan besluiten om, na overleg met de patiënt, de bedrijfsarts van de patiënt in te lichten/ of de patiënt door te wijzen naar de bedrijfsarts.

vraag 2 én 3 nee → CHECKLIST Afstemming bedrijfsarts

In de checklist wordt u bovenaan verwezen naar de rechter kolom.

Opgemerkt:

Van de checklist kunnen ook de aandachtspunten beschreven bij II (Behandeling), relevant zijn. Hoewel de aandoening zelf geen functioneringsproblemen op het werk veroorzaakt, kunnen diagnostiek en/of behandeling wel (tijdelijk) van invloed zijn op het werk. Bijvoorbeeld: diagnostiek maakt het noodzakelijk dat de patiënt/werknemer dagdiensten draait, of enkele dagen wordt opgenomen.

→ Vraag 2 of vraag 3 ja (dan door naar vraag 4 e.v.)

Het werk beïnvloedt nadelig de (ervaren) gezondheid en/of de gezondheid beïnvloedt nadelig het werk.

Het gegeven dat iemand betaald werk doet is niet voldoende. Wat iemand op het werk doet, is in deze context belangrijk. U kunt besluiten om nu naar het beroep en functie te vragen en deze te beschrijven. Zo is bijvoorbeeld bij hartpatiënten met coronair lijden, hartfalen en/of (inspanningsgebonden) hartritmestoornissen de fysieke (en mentale) belasting van het werk van belang. Afhankelijk van de gepresenteerde klachten, kunt u ook overwegen om (enkele) aanvullende vragen over betaald werk te stellen (vraag 1.3 e.v.).

- 4 Verzuimt u op dit moment?

nee ja

4.1 Hoe lang verzuimt u al van uw werk? . . .

4.2 Spelen de huidige klachten waarvoor u nu hier bent een rol bij dit verzuim? nee ja

Deze vraag geeft aan of er nu problemen zijn op het werk waarbij de gepresenteerde klacht/aandoening (mogelijk) een rol speelt. Met vraag 5 wordt ingegaan op de sociaal medische begeleiding van de patiënt en kan vastgesteld worden of die zorg in overeenstemming is met de (in te stellen) curatieve zorg.

Opgemerkt:

Wel functioneringsproblemen op het werk, maar geen verzuim. Doorwerken verantwoord?

Het is mogelijk dat medisch gezien doorwerken niet verantwoord is. Een (gedeeltelijk) werkstakingadvies kan dan onderdeel uitmaken van uw behandeling. Dit advies kan reden zijn om contact op te nemen met de bedrijfsarts (=afstemming van advies met de bedrijfsarts).

5 Heeft u de problemen die u in uw werk ervaart, besproken met uw bedrijfsarts?

nvt (geen bedrijfsarts) nee ja

5.1 Wat heeft de bedrijfsarts met u afgesproken?

(denk aan wanneer werkhervatting in geval van verzuim, aanvragen van/gerealiseerd zijn van werk(plek)aanpassingen, of werk(plek)aanpassingen tijdelijk/permanent zijn, op zoek naar ander werk etc..)

Uw afweging:

Is de sociaal medische begeleiding en/of zijn de afspraken met de bedrijfsarts in overeenstemming met uw behandeling?

Opgemerkt:

Ongeveer 11% van de werkende beroepsbevolking werkt als zelfstandige, meewerkende familielid, freelancer etc. Deze groep is niet aangesloten bij een arbodienst en heeft geen eigen bedrijfsarts. U kunt de patiënt eventueel verwijzen voor informatie naar zijn haar beroepsgroep/branche organisatie of werknemersorganisatie (zoals het UWV).

Einde arbeidsanamnese:

Is contact met de bedrijfsarts nodig? → **CHECKLIST Afstemming bedrijfsarts**

De checklist aandachtspunten voor contact met de bedrijfsarts kunt u gebruiken als ondersteuning bij de besluitvorming om wel/geen contact op te nemen met de bedrijfsarts. Het besluit om contact op te nemen met de bedrijfsarts zal regelmatig niet genomen (kunnen) worden tijdens het 1^o consult met de patiënt. De checklist heeft dan ook betrekking op het hele diagnostiek- en behandeltraject.

Onderaan de 1^o bladzijde van de arbeidsanamnese staat als herinnering een controle vraag

Check: dit is een controle voor de behandelende arts dat hij/zij zich er van gewist om naam-/ adresgegevens op te vragen (via de patiënt) als contact wordt gelegd met de bedrijfsarts/arbodienst.

Aanvullende vragen BETAALD WERK (deze vragen spreken voor zich)

1.3_O Hoe lang doet u dit werk al? (jaren)
(eventueel vragen naar eerder werk)

1.4_O Waar werkt u?
Kunt u het bedrijf/de instelling beschrijven.....

1.5_O Komen in uw werk omstandigheden voor waarvoor
beschermingsmiddelen gewenst dan wel verplicht zijn?
(*bescherming van huid, ademhaling, gehoor, ogen, ledematen*)
 nee,
 ja

Toelichting vragen:

1.6_O Werkt u fulltime of parttime
 fulltime
 parttime uren/week

1.6.1_O Wat is/zijn de reden(en) dat u parttime werkt?
 vrijwillig
 werkloos
 gezondheid
 WAO
 andere reden?.....

1.7_O Werkt u (ook) in het weekend, 's avonds en/of 's nachts?
 nee
 ja

Zo ja, (*meerdere antwoorden mogelijk*)
 ja, in het weekend
 ja, 's avonds
 ja, 's nachts

Bijlage 16: Checklist aandachtspunten voor contact met bedrijfsarts (uitwisseling van informatie of verwijzing, afstemming van inzicht en/of advies)

I Probleemherkenning én -verheldering: (arbeids)anamnese, diagnostiek

Worden de klachten (mede) door het werk veroorzaakt / verergerd? (vraag 2)
en/of

Hebben de klachten gevolgen voor het functioneren in het werk? (vraag 3)

↓ *Zo ja*

- Verzuimt de patiënt?
- Is de bedrijfsarts op de hoogte? **(nee)** *
- Heeft de patiënt afspraken gemaakt met de bedrijfsarts?

↓ *Zo nee*

- Kan de huidige klacht/aandoening *op termijn* gevolgen hebben voor het functioneren in het werk? **(ja)** *
- Kan de diagnostiek de uitvoering van het werk belemmeren? **(ja)** *

↓

➔ naar II (Behandeling)

Zijn de gezondheidsproblemen in relatie tot het werk van belang voor uw diagnostiek en/of uw behandeling?

↓ *Zo ja*

- Ontbreekt er nog (feitelijke) informatie over het werk? **(ja)** *
- Is doorwerken verantwoord? **(nee)** *
- Belemmeren gemaakte afspraken van de bedrijfsarts met de patiënt uw behandeling? **(ja)** *
- Kan uw diagnostiek de uitvoering van het werk van de patiënt/werkhervatting belemmeren? **(ja)** *

↓ *Zo nee*

- Is verwijzing naar de bedrijfsarts nodig?
- Kan uw diagnostiek de uitvoering van het werk van de patiënt/werkhervatting belemmeren? **(ja)** *

↓

↓

II Behandeling

- Is uw behandeling of advies tegenstrijdig aan het advies van de bedrijfsarts? **(ja)** *
- Kan uw behandeling of advies (tijdelijk) de uitvoering van het werk of werkhervatting van de patiënt belemmeren? **(ja)** *
- Wilt u aan de patiënt een (gedeeltelijke) werkstaking of een werkhervatting advies geven? **(ja)** *

III Contact met de bedrijfsarts

Indien u u van plan om contact te leggen met de bedrijfsarts

- Naam, adres bekend?

Check communicatie richtlijnen volgens de KNMG-code

- Is het doel van het contact met de bedrijfsarts besproken met de patiënt?
- Zijn eigen bevindingen & vraagstelling besproken met de patiënt?
- Is er informed consent voor informatie-uitwisseling?
- Is er informed consent voor overleg & afstemming?

IV Resultaat contact (evaluatie)

* Antwoorden **(x)** kunnen indicaties zijn om contact op te nemen met de bedrijfsarts. Deze indicaties voor afstemming zijn ontleend aan de indicaties voor huisartsen om contact op te nemen met de bedrijfsarts (zie Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts. Anema H e.a. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002)