

TNO-rapport
1070110

Voor verbetering vatbaar (deel 2)

medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding

TNO Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

Telefoon 023 554 93 93
Fax 023 554 93 94

Datum
maart 2000

Auteur(s)
R.J. van Amstel
P.C. Buijs

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 Onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2000 TNO Arbeid

TNO Arbeid (voorheen NIA TNO) is een kennisintensieve dienstverlener voor bedrijfsleven en overheid op het gebied van strategische arbeidsvraagstukken. Met als uitgangspunt een optimale inzet van mensen, houdt TNO Arbeid zich bezig met de innovatie van arbeid, organisatie en technologie, bevordering van arbeidsparticipatie en versterking van arbeidsomstandighedenbeleid.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

Uitgave van TNO Arbeid
ISBN 90-6365-192-9

Deze publicatie is tot stand gekomen in het kader van een onderzoek dat in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door TNO Arbeid is verricht naar de samenwerking in de praktijk tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers.

Inhoud

Woord vooraf

Leeswijzer

1	Onderzoeksopzet en uitvoering	1
1.1	Achtergrond en doel van het onderzoek	1
1.2	Onderzoeksopzet	3
1.3	Uitvoering van het onderzoek	4
1.4	Generaliseerbaarheid van de gegevens	6
2	De onderzoeksgroepen	9
2.1	Inleiding	9
2.2	De onderzoeksgroepen naar enige achtergrondgegevens	9
2.3	Opvattingen over het geven van een werkadvis	13
3	Contact over een patiënt met een bedrijfsarts	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Gemiddeld aantal contacten	17
3.3	Redenen waarom contact wordt opgenomen	20
3.4	Toestemming van de patiënt	24
4	De ervaringen met het uitwisselen van informatie	27
4.1	Inleiding	27
4.2	Typering van de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld	27
4.3	Oordeel over de contacten	30
4.4	Wensen voor verbeteringen en concrete praktijkvoorbeelden	31
5	De samenwerking: hoe te verbeteren?	37
5.1	Inleiding	37
5.2	Wil men een betere samenwerking?	37
5.3	Knelpunten in de huidige samenwerking	38
5.4	Meningen over rechtstreeks verwijzen door de bedrijfsarts en over voorrangsbehandeling	42
5.5	Voorwaarden om de samenwerking beter te laten verlopen	45
6	Samenvatting van het onderzoek	49
6.1	Inleiding	49
6.2	Samenvatting van de onderzoeksresultaten	51
7	Conclusies en aanbevelingen	55
7.1	Inleiding	55
7.2	Conclusies	57
7.3	Aanbevelingen	60

Bijlagen

- Bijlage 1 Vragenlijst en introductiebrieven
- Bijlage 2 KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens:
Code voor beheer en verkeer sociaal-medische gegevens (1995)
Code samenwerking bij arbeidsverzuim (1998)
- Bijlage 3 Tabellenbijlage Orthopeden
- Bijlage 4 Tabellenbijlage Neurologen
- Bijlage 5 Tabellenbijlage Revalidatieartsen
- Bijlage 6 Tabellenbijlage Psychiaters
- Bijlage 7 Het Visiestuk van de LHV en NVAB:
Gezamenlijke visie op de plaats en taak van beide disciplines bij SMB
- Bijlage 8 Het onderzoek onder huisartsen en bedrijfsartsen:
Samenvatting van de onderzoeksresultaten

Woord vooraf

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek onder 622 praktiserend medisch specialisten naar hun samenwerking met de bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in hoe volgens de medisch specialisten die samenwerking thans verloopt, welke eventuele belemmeringen hierbij worden ondervonden en welke ideeën er bij hen leven over hoe die samenwerking zou kunnen worden verbeterd. Om dit inzicht te verkrijgen is een schriftelijke enquête gehouden onder de vier groepen medisch specialisten met wie, naar uit eerder onderzoek bleek, bedrijfsartsen het meest contact hebben ¹: orthopeden, neurologen, psychiaters en revalidatieartsen.

Het onderzoek is uitgevoerd door ondergetekenden van TNO Arbeid.

Dankzij de ondersteuning van de besturen van de betrokken Wetenschappelijke Verenigingen aan dit onderzoek, kon voor de selectie van de onderzoeksgroepen dankbaar een beroep worden gedaan op de secretariaten van deze Verenigingen ².

Alle personen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, in het bijzonder de praktiserende medisch specialisten die de tijd en moeite namen om de uitgebreide schriftelijke vragenlijst in te vullen, willen wij op deze plaats nogmaals bedanken voor hun medewerking.

Renée van Amstel

Peter Buijs

¹ Zie: R.J. van Amstel en P.C. Buijs, *Voor verbetering vatbaar* (deel 1), *de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal medische begeleiding*, TNO Arbeid (voorheen NIA TNO), Hoofddorp, 1997, p.79, tabel 8.3.

² De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde (VRA) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Leeswijzer

In deze leeswijzer wordt aangegeven hoe deze rapportage is opgebouwd:

- In **hoofdstuk 1** wordt achtergrondinformatie gegeven over het doel van het onderzoek, de opzet en de wijze van uitvoering.
- **Hoofdstuk 2** geeft enige achtergrondgegevens van de respondenten.
- In **hoofdstuk 3** wordt een beeld geschetst van hoe in de praktijk de informatie-uitwisseling tussen de respondenten en bedrijfsartsen thans plaatsvindt. Hoe vaak neemt men met elkaar contact op over een patiënt en hoé, om welke redenen wordt contact gezocht en heeft men daarvoor altijd de toestemming van de betrokken patiënt.
- **Hoofdstuk 4** geeft vervolgens de ervaringen weer die daarbij zijn opgedaan. Hoe typeren de respondenten de wijze waarop zij met een bedrijfsarts informatie uitwisselen over een patiënt, hoe worden de contacten met bedrijfsartsen in het algemeen beoordeeld en op welke punten zouden die contacten volgens de betrokken medisch specialisten beter kunnen.
- In **hoofdstuk 5** wordt daarna een overzicht gegeven van wat volgens de respondenten nu al met al de belangrijkste knelpunten zijn in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen en wat er volgens de betrokken medisch specialisten vooral zal moeten veranderen om die samenwerking te verbeteren.
- **Hoofdstuk 6** betreft een samenvatting van de belangrijkste onderzoeksresultaten.
- In het afsluitende hoofdstuk, **hoofdstuk 7**, worden vervolgens de conclusies die hieraan kunnen worden verbonden op een rij gezet en aanbevelingen gedaan voor het bevorderen van de samenwerking van medisch specialisten met bedrijfsartsen bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers.

1. Onderzoeksopzet en uitvoering

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft TNO Arbeid twee onderzoeken uitgevoerd naar de samenwerking in de praktijk tussen behandelend arts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers. Het eerste onderzoek is gehouden onder huisartsen en bedrijfsartsen. Hiervan zijn in februari 1997 de resultaten gepubliceerd³. Dit onderzoek is vervolgd met een onderzoek onder medisch specialisten, waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan. Voordat in deze inleiding zal worden ingegaan op de opzet en uitvoering van het onderzoek onder de medisch specialisten, wordt onderstaand de achtergrond en het doel van het onderzoek nader toegelicht.

1.1 Achtergrond en doel van het onderzoek

Al vele jaren vormt de gebrekkige samenwerking tussen behandelend artsen en sociaal-geneeskundigen (bedrijfs- en verzekeringsartsen) bij sociaal-medische begeleiding (SMB) één van de oorzaken van onnodig ziekteverzuim en langerdurende arbeidsongeschiktheid. Zo constateerden Merens-Riedstra en Van Ende (1973) in hun onderzoek bij 23 hartinfarctpatiënten, dat de communicatie tussen de betrokken huisartsen, specialisten, bedrijfs- en verzekeringsartsen veel te wensen overliet, evenals de afstemming van hun taakopvattingen. Dit grondpatroon werd in de daarop volgende jaren in tal van variaties zo vaak door ander onderzoek bevestigd (zie onder andere de overzichten van Buijs, 1985, en van Klein Hesselink e.a., 1993) dat Schröer (1993) in zijn dissertatie sprak van een '*déjà-lu*' bij het beschrijven van de (non-)samenwerking tussen de curatieve en de sociaal-geneeskundige sector bij de SMB van overspannen werknemers.

Vanaf het begin jaren negentig vormt het verbeteren van die samenwerking een belangrijke doelstelling van het ministerie van VWS. Conform het derde uitgangspunt van het kabinetsstandpunt inzake SMB (juni 1992), gezamenlijk voorbereid door de ministeries van VWS en SZW (Sociale Zaken en Werkgelegenheid), werd daartoe als één van de wegen gezien het bevorderen van een 'open communicatie' tussen de curatieve sector en de verzuimbegeleider i.c. de bedrijfsarts; onder respectering van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts en de verschillende taken van respectievelijk de behandelend arts en de begeleidend arts. Een nadere omschrijving van 'open' werd daarbij echter niet gegeven, evenmin van het begrip SMB. Mede daarom heeft de overkoepelende artsorganisatie - de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot

³ Zie noot 1 bij het Woord vooraf.

bevordering der Geneeskunde (KNMG) - in haar code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens die zij begin 1995 uitbracht, een eigen invulling gegeven van het begrip 'open communicatie', te weten: vrije gegevensuitwisseling tussen de artsen met veronderstelde toestemming van de patiënt.

Tegen deze achtergrond ondersteunde het ministerie tal van conferenties en projecten waarbij zowel behandelaars als sociaal-geneeskundigen nadrukkelijk werden geconfronteerd met de samenwerkingsproblematiek rond arbeid en gezondheid⁴. Dit miste z'n doorwerking niet. Op landelijk bestuurlijk niveau ontstond steeds meer draagvlak voor de beoogde samenwerking. Het betekende echter nog niet automatisch een verbetering van de concrete samenwerking in de praktijk van alledag. Dit deed bij het ministerie van VWS de vraag rijzen in hoeverre de overtuiging van nut en noodzaak van een betere samenwerking ook gedeeld werd door degenen die dit in de praktijk gestalte moeten geven. Om hierin inzicht te krijgen alsmede praktische aanwijzingen hoe de beoogde samenwerking verder gestimuleerd kon worden, werd eind 1994 aan het toenmalige NIA TNO (thans TNO Arbeid) opdracht gegeven voor het uitvoeren van een onderzoek onder huisartsen en bedrijfsartsen en begin 1995 voor eenzelfde onderzoek onder medisch specialisten. Hierbij was het verzoek beide onderzoeken te concentreren op de gang van zaken in de praktijk van de individuele gevalbehandeling, teneinde antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag:

“Hoe verloopt de samenwerking thans, welke knelpunten worden daarbij ervaren en hoe zou volgens de betrokken artsen de samenwerking kunnen worden verbeterd?”

Verder werden nog de volgende randvoorwaarden geformuleerd:

- De onderzoeken zullen de praktijk (inclusief werkafspraken tussen de uitvoerende partijen) in kaart moeten brengen, alsmede de visie van behandelend artsen en bedrijfsartsen op de uitvoeringskansen en -belemmeringen inzake (meer en open) samenwerken. Dit laatste wil zeggen dat niet alleen inzicht moet worden verkregen in de rationele afwegingen maar ook in de voorkeuren en weerstanden bij de artsen met betrekking tot de eigen werkuitvoering en met betrekking tot de rol van de patiënt/werknemer.
- Het onderzoek zal praktische aanwijzingen moeten geven hoe de beoogde samenwerking verder gestimuleerd kan worden c.q. input moeten aanleveren voor vervoliprogramma's van het ministerie ter verbetering van de samenwerking tussen zogenoemde arbo-professionals en behandelaars.
- Om 'het veld' in voldoende mate in het onderzoek vertegenwoordigd te laten zijn, zal bij de te onderzoeken populaties een goede spreiding moeten worden aangehouden naar onder meer regio's en organisatorische setting. (Dit laatste criterium

⁴ Zoals bijvoorbeeld de conferenties van de KNMG over 'Artsen en arbeidsongeschiktheid', 'Wachttijden in de zorg' en van de NVAGG (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) over 'GGZ en Arbeid'.

betekent bij de huisartsen een spreiding naar de praktijkvorm waarbinnen men werkzaam is, bij de bedrijfsartsen een spreiding naar het type arbodienst van waaruit men werkt en bij de medisch specialisten een spreiding naar verschillende, voor dit onderzoek relevante, specialismen.)

De onderzoeken zijn na elkaar uitgevoerd. Gestart is met het onderzoek onder huisartsen en bedrijfsartsen, waarvan de resultaten begin 1997 zijn gepubliceerd. In dit rapport wordt verslag gedaan van het tweede onderzoek; het onderzoek onder medisch specialisten.

1.2 Onderzoeksopzet

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de ervaringen in de praktijk en van de wensen die er 'in het veld' leven voor verbeteringen van de samenwerking bij SMB, is gekozen voor een schriftelijke enquête bij alle drie onderzoeksgroepen. Niet alleen omdat daarmee het veld breder benaderd kon worden dan wanneer zou zijn gekozen voor telefonische of mondelinge interviews. Ook omdat bij een schriftelijke enquête de respondenten in alle rust de materie kunnen overdenken en de vragen kunnen beantwoorden. Daarnaast hebben bij de keuze voor deze methode van onderzoek nog (andere) praktische argumenten een rol gespeeld zoals een duidelijker waarborg van anonimiteit voor de respondenten.

Ter voorbereiding van deze schriftelijke enquête zijn naast een korte literatuurstudie, gesprekken gevoerd met vijftig zogenaemde sleutelfiguren binnen de doelgroepen. Hiervoor zijn zowel beleidsmedewerkers bij de betrokken beroepsorganisaties⁵ benaderd, alsmede praktiserende artsen en personen die een beleidsfunctie combineren met praktijk. Deze gesprekken waren niet alleen bedoeld om de hoofdlijnen uit de literatuurstudie te kunnen checken, maar ook om mogelijke oplossingen die werden voorgestaan nader in beeld te krijgen en inzicht te krijgen in de 'ins en outs' waarmee bij iedere oplossing eventueel nog rekening zal moeten worden gehouden.

Aan de hand van de gegevens die dit opleverde is vervolgens, in nauw overleg met bovengenoemde sleutelfiguren, voor alle drie onderzoeksgroepen (huisartsen, bedrijfsartsen en medisch specialisten) een vragenlijst ontwikkeld die voor een (groot) deel dezelfde vragen bevat en voor een deel is toegesneden op de specifieke onderzoeksgroep.

⁵ De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskundigen (NVAB), de Orde van Medisch Specialisten (voorheen de Landelijke Specialisten Vereniging LSV, de Nederlandse Specialisten Federatie NSF en het Convent van Wetenschappelijke Verenigingen van Medisch Specialismen).

Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was het veldwerk bij alle drie onderzoeksgroepen min of meer in dezelfde periode te laten starten, bleek dit in de praktijk niet mogelijk (zie paragraaf 1.3): tussen het onderzoek onder de huisartsen en bedrijfsartsen en het onderzoek onder de medisch specialisten ligt een periode van ongeveer drie jaar. Voor de vragenlijst voor de medisch specialisten heeft dit tot gevolg gehad dat deze naderhand nog is bijgesteld. Op verzoek van VWS zijn nog enige actuele beleidsvragen (over wachttijden en voorrangsbepaling van werknemers) toegevoegd; op andere punten werd de enquête echter ingekort op grond van de inmiddels opgedane ervaringen qua invulduur.

Voor de selectie van de onderzoeksgroep 'medisch specialisten' is er voor gekozen het onderzoek te houden onder die specialismen waarmee bedrijfsartsen relatief vaak contact hebben, om redenen dat zij vanuit ervaring hun mening kunnen geven over het samenwerken met bedrijfsartsen. Rekening houdend met de respons en het aantal respondenten dat per subgroep beschikbaar zal moeten komen om verantwoorde statistische analyses op het onderzoeksmateriaal te kunnen uitvoeren, is besloten het onderzoek te concentreren op die vier specialismen waarmee bedrijfsartsen het meest te maken hebben.

1.3 Uitvoering van het onderzoek

De uitvoering van het onderzoek onder de medisch specialisten kent een lange voor geschiedenis. In eerste instantie met de Orde van Medisch Specialisten en haar voorgangers (zie noot 5) en vanaf medio 1997 met de vier betrokken Wetenschappelijke Verenigingen afzonderlijk, hebben onderhandelingen plaatsgevonden voor ondersteuning bij het veldwerk middels het beschikbaarstellen van de adressenbestanden voor het trekken van de steekproeven en een aanbevelingsbrief van hun kant bij het verzenden van de vragenlijst. Begin 1998 zegden de besturen van de betrokken Wetenschappelijke Verenigingen hun medewerking hieraan toe, waarbij als planning voor de start van het veldwerk de maand september werd aangehouden. Bij twee (de revalidatieartsen en de neurologen) van de vier bleek dit haalbaar; bij de andere twee groepen (de psychiaters en de orthopeden) kon vanwege een aantal praktische problemen het veldwerk pas begin 1999 worden gestart. Onderstaand wordt per onderzoeksgroep een kort overzicht gegeven van de uitvoering van het veldwerk.

De revalidatieartsen

Voor het onderzoek is uit het ledenbestand van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde (VRA) een steekproef getrokken van alle praktiserende leden. In totaal betroffen dit 259 revalidatieartsen.

Begin september 1998 is naar hen de vragenlijst verzonden met een begeleidende brief van de voorzitter en vice-voorzitter van de VRA. Eind oktober 1998 volgde nog een reminder die eveneens door beiden was ondertekend.

In totaal retourneerden 137 revalidatieartsen de vragenlijst; een responspercentage van 53%.

Hieronder bevonden zich 8 respondenten die niet tot de doelgroep konden worden gerekend, te weten praktiserend en niet voornamelijk voor kinderen werkzaam. De feitelijke onderzoeksgroep 'revalidatieartsen' bestaat derhalve uit 129 respondenten.

De neurologen

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie verstreekte voor het onderzoek een adressenbestand van alle ziekenhuizen met daarbij de vermelding 't.a.v. de maatschap neurologie'. In totaal betroffen dit 162 adressen (waarbij echter achteraf bleek dat bij 4 adressen geen maatschap neurologie in het betrokken ziekenhuis aanwezig was en bij 4 andere adressen het een maatschap betrof die voornamelijk met kinderen te maken had).

In de derde week van september 1998 zijn naar ieder adres drie vragenlijsten verzonden met een begeleidende brief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Deze was namens de Vereniging ondertekend door de contactpersoon die zij hadden aangewezen voor het onderzoek, en namens TNO Arbeid door de projectleider. Eind oktober 1998 volgde nog een reminder die eveneens door beiden was ondertekend.

In totaal retourneerden 143 neurologen de vragenlijst. Hieronder bevonden zich geen respondenten die niet tot de doelgroep konden worden gerekend. De feitelijke onderzoeksgroep 'neurologen' bestaat derhalve uit 143 respondenten.

Het responspercentage is in dit geval niet te geven, aangezien niet bekend is hoeveel potentiële respondenten via het verstrekte adressenbestand al met al voor het onderzoek zijn benaderd (en vanwege de anonimiteit waaronder aan het onderzoek medewerking kon worden verleend eveneens niet te achterhalen is van hoeveel maatschappen één of meer vragenlijsten zijn terugontvangen).

De psychiaters

Voor het onderzoek is uit het ledenbestand van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie a-select een steekproef getrokken van 520 leden. Een selectie vooraf naar 'praktiserend' en 'niet meer praktiserend' bleek hierbij niet mogelijk.

Begin februari 1999 is naar hen de vragenlijst verzonden met een begeleidende brief van de voorzitter van deze Vereniging. Medio maart 1999 volgde nog een reminder die eveneens door de voorzitter van de Vereniging was ondertekend.

In totaal retourneerden 248 psychiaters de vragenlijst; een responspercentage van 48%.

Hieronder bevonden zich 53 respondenten die niet tot de doelgroep konden worden gerekend. De feitelijke onderzoeksgroep 'psychiaters' bestaat derhalve uit 195 respondenten.

De orthopeden

Uit het ledenbestand van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) is een steekproef getrokken van alle praktiserende leden. In totaal betroffen dit 496 orthopeden.

Eind maart 1999 is naar hen de vragenlijst verzonden met een begeleidende brief van de voorzitter en secretaris van de NOV. Eind mei 1999 volgde nog een reminder die eveneens door beiden was ondertekend.

In totaal werd de vragenlijst door 158 orthopeden geretourneerd; een responspercentage van 32%.

Hieronder bevond zich 1 respondent die niet tot de doelgroep kon worden gerekend. Daarnaast kon van 2 respondenten de vragenlijst helaas niet meer worden 'meegenomen' aangezien deze pas begin oktober werd terugontvangen. De feitelijke onderzoeksgroep 'orthopeden' bestaat derhalve uit 155 respondenten.

Samenvattend

Het veldwerk heeft een onderzoeksgroep opgeleverd van in totaal 622 praktiserend medisch specialisten, bestaande uit 129 revalidatieartsen, 143 neurologen, 195 psychiaters en 155 orthopeden. (De vragenlijst en de begeleidende brieven zijn opgenomen in bijlage 1 van dit rapport.)

1.4 Generaliseerbaarheid van de gegevens

De in het onderzoek onderscheiden specialistengroepen bevatten elk ruim voldoende respondenten om onderlinge vergelijkingen tussen deze groepen mogelijk te maken en derhalve na te gaan op welke punten sprake is van gemeenschappelijke ervaringen.

gen en meningen, en op welke punten deze gebonden blijken aan het specialisme van de respondenten.

Of de respondenten mogen worden beschouwd als representatief voor hun eigen beroepsgroep, valt in dit geval niet te zeggen. Hiervoor ontbreken namelijk kerncijfers over de onderscheiden beroepsgroepen aan de hand waarvan kan worden nagegaan of de landelijke verdeling afwijkt van de samenstelling van de betreffende onderzoeksgroep. In het rapport zal daarom steeds gesproken worden over 'de respondenten' respectievelijk *de orthopeden, neurologen, revalidatieartsen en psychiaters die aan het onderzoek hebben meegedaan.*

2. De onderzoeksgroepen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een aantal achtergrondgegevens weergegeven van de medisch specialisten die aan het onderzoek hebben meegedaan.

In hoofdstuk 3 wordt vervolgens een beeld gegeven van hoe volgens de respondenten hun samenwerking met bedrijfsartsen thans feitelijk verloopt. Hoofdstuk 4 gaat verder in op de ervaringen die zij daarbij hebben opgedaan. Hoofdstuk 5 geeft daarna een overzicht van wat volgens de respondenten al met al de belangrijkste knelpunten zijn in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen en hoe volgens hen die samenwerking zou kunnen worden verbeterd.

Bij deze gegevens is standaard steeds door middel van de Chi-kwadraat toets nagegaan of er sprake is van een statistisch significant verschil tussen de vier onderzoeksgroepen. Indien dit het geval is, dan wordt dit in de tabellen met het teken *⁶ aangegeven.

2.2 De onderzoeksgroepen naar enige achtergrondgegevens

Om inzicht te krijgen in de samenstelling van de uiteindelijke onderzoeksgroepen zijn naast algemene vragen naar leeftijd en geslacht de respondenten nog een aantal specifieke vragen voorgelegd over de praktijk waarin men momenteel werkzaam is. Aan de hand hiervan kan het volgende beeld worden geschetst (tabel 2-1) van achtergrondkenmerken van de medisch specialisten die aan het onderzoek hebben meegedaan.

⁶ * = $p < .05$ (het is voor meer dan 95% zeker dat het verschil tussen de groepen niet toevallig is)
** = $p < .01$ (dit is voor meer dan 99% zeker)
*** = $p < .001$ (dit is voor meer dan 99,9% zeker)
De gegevens waarop de toets is uitgevoerd betreffen steeds de gegevens exclusief de categorieën 'geen antwoord' en 'niet van toepassing'.

Tabel 2-1 *Persoonskenmerken en kenmerken van de praktijk*

(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
leeftijd	**				
. jonger dan 40 jaar	20	18	13	31	18
. 40 jaar of ouder	80	82	87	69	81
. geen antwoord	< 0.5	0	0	0	1
geslacht	***				
. man	78	97	85	64	66
. vrouw	22	3	15	36	34
omschrijving v.d. praktijk waarin men werkzaam is	***				
. solopraktijk	9	3	6	8	18
. maatschap	54	85	89	36	16
. combinatie solopraktijk/maatschap	1	0	0	0	1
. anders omschreven, nl.					
. in loondienst	33	12	4	53	60
. combinatie eigen praktijk/in loondienst	1	0	0	0	4
. nog anders omschreven	1	0	0	2	0
. geen antwoord	1	0	1	1	1
binnen een ziekenhuis of revalidatiecentrum?	***				
. binnen	75	91	96	85	39
. buiten	11	3	1	1	32
. binnen én buiten	11	6	3	14	20
. anders	2	0	0	0	8
. geen antwoord	1	0	0	0	1
gebied waarin de praktijk gevestigd is	**				
. platteland	13	10	16	9	15
. verstedelijkt gebied	36	31	47	33	32
. grote stad (100.000 inwoners of meer)	49	57	36	52	52
. geen antwoord	2	2	1	6	1
regio waarin de praktijk gevestigd is					
. Noord (Groningen, Friesland, Drenthe)	12	9	12	17	11
. Oost (Gelderland, Overijssel, Flevoland)	19	20	19	20	16
. West (Z-Holland, N-Holland, Utrecht)	45	46	43	38	52
. Zuid (Limburg, N-Brabant, Zeeland)	23	24	26	24	20
. geen antwoord	1	1	0	1	1
aantal jaar werkzaam in huidige praktijk/functie	***				
. 1 jaar of korter	7	10	1	9	8
. 2-3 jaar	19	12	13	29	22
. 4-5 jaar	10	16	8	12	6
. langer dan 5 jaar	63	61	77	49	62
. geen antwoord	1	1	1	1	2

Tabel 2-1 *Persoonskenmerken en kenmerken van de praktijk*
(vervolg) (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
voor de opleiding tot medisch specialist nog een andere functie als arts uitgeoefend?	genoemd door:				
. nee	*** 40	44	56	19	39
. ja, eerst nog gewerkt als: °					
. AGNIO	*** 42	39	27	60	43
. huisarts	10	8	6	16	12
. verzekeringsgeneeskundige	1	1	1	2	2
. bedrijfsarts	*** 3	8	1	2	1
. militair arts	5	8	6	3	2
. tropenarts	3	7	1	3	1
. verpleeghuisarts	1	1	1	1	2
. wetenschapper/onderzoeker	3	5	2	5	1
. (nog) in een andere functie	4	2	1	5	8

° meer antwoorden mogelijk

Het merendeel van de respondenten is 40 jaar of ouder. Vergelijken met de andere onderzoeksgroepen valt het hierbij echter wel op dat de groep revalidatieartsen relatief meer jongeren (d.w.z. jonger dan 40 jaar) bevat.

Min of meer hetzelfde geldt wanneer wordt gekeken naar de verdeling man/vrouw. Het merendeel van de respondenten is een man. Vrouwen worden voornamelijk aangetroffen onder de revalidatieartsen en de psychiaters.

Vrijwel alle respondenten, op de psychiaters na, zijn verbonden aan een ziekenhuis (of revalidatiecentrum). Of dit in loondienst is of in een maatschap die verbonden is aan een ziekenhuis, is hierbij niet geheel duidelijk ⁷.

Bijna tweederde van de respondenten is in de huidige praktijk of functie al langer dan vijf jaar werkzaam.

Voordat men werd opgeleid tot medisch specialist heeft 60% eerst nog een andere functie als arts uitgeoefend. Zo heeft 42% bijvoorbeeld eerst gewerkt als AGNIO (Assistent Geneeskundige Niet In Opleiding) en is 10% eerst huisarts geweest. Als verzekeringsgeneeskundige blijkt 1% en als bedrijfsarts 3% van de respondenten in het verleden te hebben gewerkt. (Bij het laatste valt hierbij op dat, hoewel de aantallen in dit geval klein zijn, degenen die deze ervaring met de bedrijfsgeneeskunde hebben, met name te vinden zijn binnen de groep orthopeden.)

⁷ De vraag hiernaar kan namelijk enige misverstanden bij de respondenten hebben opgeroepen, aangezien de categorie 'in loondienst' hierbij niet expliciet was opgenomen maar door de respondenten zelf werd opgevoerd via de categorie 'anders'. Het zou echter kunnen zijn dat een deel van de respondenten die eveneens in loondienst werkzaam is, dit niet op deze manier hebben opgegeven maar bijvoorbeeld 'solopraktijk' of 'maatschap' hebben aangekruist.

Omdat in dit onderzoek de samenwerking van de respondenten met bedrijfsartsen centraal staat is, wat betreft achtergrondgegevens, tevens gevraagd of men bekend is met de begin 1995 door de KNMG uitgebrachte code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens die bedoeld is als leidraad voor de samenwerking tussen behandelend arts en bedrijfsarts. Onderstaande tabel 2-2 laat hierover het volgende zien:

Tabel 2-2 Bekendheid met de KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
bekend met de inhoud van de KNMG-code voor beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens					
. niet mee bekend	27	25	35	21	28
. alleen van gehoord	41	39	41	40	41
. is daarvan op de hoogte	31	35	23	37	30
hoe valt er in de praktijk mee te werken? °					
. goed	60	66	44	46	74
. matig	27	21	38	36	20
. slecht	2	4	3	0	1
. geen mening	10	9	15	18	4

° de vraag is alleen gesteld aan degenen die van de inhoud van de code op de hoogte zijn

De inhoud van de richtlijnen van de KNMG bij samenwerking tussen artsen blijkt bij het merendeel van de respondenten niet echt bekend: nog geen éénderde is hiervan op de hoogte waarbij tevens geen opmerkelijke verschillen naar voren komen tussen de vier onderzoeksgroepen. De code die in 1995 werd uitgebracht gaat met name in op de wijze waarop onderling informatie kan worden uitgewisseld over een patiënt. Kort samengevat wordt hierbij als richtlijn voor de behandelend arts gegeven: informatie aan de bedrijfsarts kan pas worden verstrekt als de patiënt/werknemer daarvoor (mondeling of schriftelijk) gerichte toestemming heeft gegeven en als behandelend arts dient men zich daarbij te beperken tot relevante informatie van feitelijke aard en zich te onthouden van een oordeel. Hoewel deze richtlijn niet alom bekend blijkt bij de respondenten, wil dit niet zeggen dat er niet naar gehandeld zou worden. Vooruitlopend op paragraaf 3.4 en 4.2 kan namelijk al worden vermeld dat in de praktijk voornamelijk informatie blijkt te worden uitgewisseld na schriftelijke toestemming van de patiënt.

De richtlijnen uit 1995 zijn overigens medio december 1998 door de KNMG nog aangevuld met de 'Code samenwerking bij arbeidsverzuim'. Deze kon echter vanwege het tijdstip waarop deze code werd uitgebracht (het veldwerk was een paar

maanden daarvoor gestart), niet meer aan de respondenten worden voorgelegd. In deze code worden met name nog richtlijnen gegeven wanneer er aanvullend overleg nodig is tussen de artsen en zijn de zorgvuldigheidseisen rond samenwerking bij arbeidsverzuim nader uitgewerkt. (Voor de precieze inhoud van beide codes wordt verwezen naar bijlage 2 van dit rapport.)

2.3 Opvattingen over het geven van een werkadvis

Wat betreft achtergrondgegevens is bij de respondenten tot slot nog nagegaan of zij in hun adviezen naar hun patiënten ook de werkomstandigheden en de (resterende) werkcapaciteit van betrokkene betrekken. In de enquête zijn hierover de volgende vragen gesteld:

- a. Informeert men bij een patiënt die op het spreekuur komt of hij/zij zich vanwege deze klachten op het werk heeft ziekgemeld?
Hierbij kon worden aangegeven of men dit altijd, vaak, soms of eigenlijk nooit doet.
- b. Vindt men het een taak van een medisch specialist een patiënt/werknemer te adviseren dat hij/zij het werken zou moeten staken?
(En zo ja, doet men dit ook in de praktijk altijd, vaak, soms of slechts zelden wanneer men met zo'n patiënt te maken heeft?)
- c. En een patiënt/werknemer adviseren over het werk weer hervatten;
vindt men dat een taak van een medisch specialist (en zo ja, doet men dit ook in de praktijk)?
- d. En tot slot is de respondenten nog de situatie voorgelegd van wachttijden wanneer er bij een patiënt nader onderzoek moet worden verricht. Adviseert men, wanneer men vermoedt dat er wachttijden zullen optreden, de betrokken patiënt dan wel of niet over werken gedurende deze periode?

Tabel 2-3 geeft de antwoorden op deze vragen.

Tabel 2-3 Informeren naar ziekteverzuim en opvatting over het geven van een werkadvis
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
informer bij een patiënt/ werknemer op het spreekuur of deze zich heeft ziek gemeld?	***				
. doet dat altijd	60	46	45	79	70
. doet dat vaak	31	45	44	16	20
. doet dat soms	6	6	8	2	7
. doet dat nooit	2	2	2	1	2
. geen antwoord	1	1	1	2	1
een <i>werkstakings</i>advies geven: een taak van een medisch specialist?	***				
. nee	25	35	27	20	16
. ja	65	52	63	70	74
. soms	3	4	4	2	2
. geen mening	6	8	5	5	7
. geen antwoord	1	1	1	3	1
<i>wat doet men in de praktijk?</i> °	*				
. geeft dat altijd	30	20	29	35	32
. geeft dat vaak	42	40	50	36	41
. geeft dat soms	22	28	18	21	23
. geeft dat zelden	5	10	2	5	3
. geen antwoord	1	2	1	3	1
een <i>werkhervattings</i>advies geven: een taak van een medisch specialist?	***				
. nee	22	28	31	16	14
. ja	68	63	55	74	77
. soms	3	3	6	1	3
. geen mening	6	5	7	7	6
. geen antwoord	1	1	1	2	< 0.5
<i>wat doet men in de praktijk?</i> °	***				
. geeft dat altijd	25	24	14	41	21
. geeft dat vaak	49	55	55	35	51
. geeft dat soms	20	15	24	18	23
. geeft dat zelden	2	1	1	1	4
. geen antwoord	4	5	6	5	1
adviseren over werken bij een wachttijd voor verder onderzoek/een behandeling?	*				
. doet dat altijd	9	11	8	12	7
. doet dat vaak	29	35	35	25	22
. doet dat soms	35	28	37	40	36
. doet dat zelden	24	24	18	19	30
. geen antwoord	3	2	2	4	5

° de vraag is niet gesteld aan degenen die het geven van een dergelijk advies geen taak van een medisch specialist vinden

Vrijwel alle respondenten (91%) geven aan dat zij in de praktijk altijd of vaak bij een patiënt informeren of deze zich vanwege de klachten waarmee men op het spreekuur komt zich op het werk heeft ziekgemeld. De significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zitten in dit geval bij de vraag of men dit nu altijd doet of vaak. (Zo geven de revalidatieartsen en psychiaters in het onderzoek vaker aan dan de orthopeden en neurologen dat zij dit niet vaak, maar altijd doen.)

Een patiënt adviseren het werk te staken (of omgekeerd, het werk te hervatten) vindt circa tweederde van de respondenten tot hun taak behoren en in de praktijk zegt ruim de helft dit ook altijd of vaak te doen. Tussen de onderzoeksgroepen komen hierbij echter wel enige verschillen naar voren. Met name de revalidatieartsen en psychiaters zien dit zonder meer als hun taak, en de revalidatieartsen geven daarbij opvallend vaker aan dat zij, wanneer naar hun mening een patiënt weer zou kunnen werken, zo'n werkhervattingsadvies in de praktijk ook altijd geven. Wellicht heeft dit laatste mede te maken met hun taak op het gebied van arbeidsrevalidatie.

Het beeld bij adviseren over wel of niet blijven werken gedurende een wachttijd, ziet er daarentegen anders uit. In de praktijk blijkt circa 6 op de 10 dit slechts soms of zelden bij een patiënt aan te kaarten waarbij tevens nauwelijks verschillen tussen de groepen blijken. Hooguit dat de psychiaters nog wat vaker dan de anderen aangeven dat zij dit in de praktijk maar zelden met een patiënt bespreken.

Over eventuele wachttijden is in dit verband tevens nog gevraagd hoe dit bij henzelf ligt. Tabel 2-4 laat hierbij zien dat deze wachttijden voor een eerste consult bij een niet-levensbedreigende aandoening niet gering zijn. Bij de meeste respondenten blijkt men in dit geval zeker niet binnen twee weken terecht te kunnen en met name bij de revalidatieartsen en orthopeden zijn wachttijden van 5 weken of langer eerder regel dan uitzondering. (In beide groepen is bij 9% zelfs sprake van wachttijden van 12 weken of langer.)

Vanuit oogpunt van eventueel onnodig arbeidsverzuim tijdens deze wachttijden omdat men als patiënt geen aanwijzing heeft gekregen of men wel of niet gedurende deze periode zou kunnen blijven werken, kan dit als een aandachtspunt worden aangemerkt waarop in de conclusies nog zal worden teruggekomen. Dit mede omdat tabel 2-4 tevens laat zien dat bij de respondenten zelf, deze wachttijden eerder toedan afnemen.

Tabel 2-4 Gemiddelde wachttijd bij de respondenten voor een eerste consult

(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
huidige wachttijd voor een eerste consult (voor een niet-levensbedreigende aandoening)	***				
. korter dan 1 week	2	0	1	1	6
. ongeveer 1 week	6	6	8	1	9
. ongeveer 2 weken	22	16	29	15	25
. ongeveer 3 weken	17	17	18	17	17
. ongeveer 4 weken	15	17	17	15	11
. 5 weken of langer	36	44	26	50	28
. geen antwoord	2	0	1	1	4
aantal weken gemiddeld		5.2	3.7	5.5	3.8
wachttijd vergeleken met vorig jaar					
. die is nu langer	35	35	43	40	26
. korter	10	14	8	5	11
. gelijk gebleven	52	50	48	48	59
. geen antwoord	3	1	1	7	4

3. Contacten over een patiënt met een bedrijfsarts

3.1 Inleiding

Als eerste stap in de samenwerking tussen een medisch specialist en een bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers kan worden gezien dat er contact met elkaar wordt opgenomen en informatie over een patiënt wordt uitgewisseld. In dit hoofdstuk zal worden beschreven hoe dit thans verloopt: hoe vaak is er in de praktijk daadwerkelijk sprake van contact met elkaar over een patiënt en hoe vindt dan de informatie-uitwisseling plaats. Daarvoor zijn in de enquête onder meer de volgende vragen gesteld:

- Hoe vaak is er gemiddeld genomen in een maand sprake van (telefonisch of schriftelijk) contact met een bedrijfsarts over een patiënt?
- Wie neemt daarvoor meestal het initiatief?
- Hoé wordt er contact met elkaar opgenomen en waarvoor wordt meestal contact gezocht?
- Is voor het uitwisselen van informatie altijd eerst toestemming gevraagd aan de betrokken patiënten?

Onderstaand worden de resultaten weergegeven die deze vragen hebben opgeleverd.

3.2 Gemiddeld aantal contacten

Tabel 3-1 Contacten met een bedrijfsarts

(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
telefonisch of schriftelijk) contact met een bedrijfsarts	***				
. gemiddeld 5x of meer per maand	31	51	46	27	7
. gemiddeld 4x per maand	8	10	6	9	7
. gemiddeld 3x per maand	6	6	6	8	7
. gemiddeld 2x per maand	13	4	5	18	21
. gemiddeld 1x per maand	11	6	11	11	14
. gemiddeld minder dan 1x per maand	27	19	23	25	39
. geen antwoord	1	0	1	1	1
. niet van toepassing; respondent heeft nooit contact met een bedrijfsarts over een patiënt	3	4	2	1	4

Tabel 3-1 Contacten met een bedrijfsarts

(vervolg) (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
aantal contacten na de privatisering van de Ziektewet					
. toegenomen	23	25	20	26	22
. afgenomen	8	10	10	6	6
. gelijk gebleven	62	58	64	61	65
. geen antwoord	3	2	1	5	2
. niet van toepassing; daarvoor had respondent ook al nooit contact met een bedrijfsarts over een patiënt	4	5	5	2	5

Tegen de achtergrond van het feit dat in het onderzoek de vier specialismen betrokken zijn waarmee bedrijfsartsen - zoals uit het onderzoek onder hen bleek - het meest contact hebben, valt allereerst bij tabel 3-1 op dat er op dit moment zeker geen sprake is van een intensieve samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen. Van de 622 respondenten (die dus allemaal tot één van die vier specialismen behoren) blijkt circa de helft (51%) momenteel gemiddeld genomen niet meer dan twee keer per maand contact te hebben met een bedrijfsarts over een patiënt en ruim een kwart (27%) zelfs nog minder dan één keer per maand. Hierbij komen echter wel verschillen naar voren tussen de vier onderzoeksgroepen. Met name de psychiaters hebben het minst contact (74% hoogstens twee keer per maand), de orthopeden en de neurologen het meest (51% respectievelijk 46% heeft gemiddeld vijf keer of meer per maand contact met een bedrijfsarts) en de revalidatieartsen nemen in dit geval een 'middenpositie' in. Over de oorzaak van deze verschillen, waarom heeft het ene specialisme meer contact met bedrijfsartsen dan het andere, kan het onderzoek geen uitsluitsel geven (en evenmin het onderzoek onder de bedrijfsartsen). Overigens wijst het er wel op dat het geven van een werkhervattingsadvies niet wil zeggen dat hierover door de behandelend arts altijd eerst contact met de bedrijfsarts wordt opgenomen. In dat geval zouden immers, gezien hetgeen over het geven van een werkhervattingsadvies in paragraaf 2.3 is geconstateerd, de revalidatieartsen het meest en de neurologen het minst contact met bedrijfsartsen moeten hebben.

Eén van de verwachtingen (en ook één van de doelen) van de privatisering van de Ziektewet ⁸ was onder andere dat het aantal contacten tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen zou toenemen. Anderzijds werd ook geopperd dat het er wel eens door zou kunnen gaan afnemen ⁹. Volgens het merendeel van de respondenten (62%) is van beide bij hen geen sprake: hun contacten met bedrijfsartsen zijn na de privatisering van de Ziektewet niet toe- of afgenomen maar min of meer gelijk gebleven. Circa een kwart (23%) signaleert daarentegen wel een toename, 8% echter een afname en 4% van de respondenten brengt naar voren dat zij niet alleen na de privatisering van de Ziektewet maar ook daarvoor eigenlijk al nooit contact hadden met een bedrijfsarts over een patiënt.

Aan degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts is vervolgens gevraagd wie daarvoor meestal het initiatief neemt. In de praktijk blijkt dit dan meestal de bedrijfsarts te zijn (zie tabel 3-2), hoewel dit bij de revalidatieartsen iets genuanceerder ligt. Bijna de helft (47%) van de revalidatieartsen geeft namelijk aan dat niet de bedrijfsarts maar zichzelf in de praktijk *vaak* het initiatief nemen voor contact en 6% brengt naar voren dat het eigenlijk *altijd* van hun uitgaat.

Tabel 3-2 *Degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts: wie neemt het initiatief voor contact*
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 595) %	orthopedie (n = 147) %	neurologie (n = 136) %	revalidatie (n = 126) %	psychiatrie (n = 186) %
neemt respondent het initiatief voor contact met een bedrijfsarts?	***				
. altijd	2	0	1	6	1
. vaak	14	5	1	47	8
. zelden	52	38	59	40	67
. nooit	31	55	38	6	22
. geen antwoord	1	2	1	1	2

⁸ De privatisering van de Ziektewet houdt in dat werkgevers nu zelf verplicht zijn het loon door te blijven betalen bij ziekte, terwijl voorheen de uitvoeringsinstellingen zoals het GAK e.d. deze gelden verstrekten. Deze privatisering werd in 1994 gestart met de invoering van het wetskoppel TZ/Arbowet (de wet Terugdringing Ziekteverzuim en de sterk gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet) waarmee de werkgever voor de eerste twee of zes weken (afhankelijk van de grootte van de onderneming) bij ziekte verplicht werd het loon door te betalen. In maart 1996 is via de Wulbz (de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte) die periode voor de werkgever van loondoorbetaling uitgebreid naar 52 weken (dus nu het gehele eerste ziektejaar).

⁹ Zie Anema en Van der Giezen (1999). Zij verwachten juist een afname van het aantal contacten als gevolg van de privatisering van de Ziektewet om redenen dat de kosten van informatie nu vergoed moeten worden uit de inkomsten van de contracten die de arbodiensten met bedrijven afsluiten (en er dus bij hen een financiële drempel kan zijn om informatie op te vragen).

3.3 Redenen waarom contact wordt opgenomen

Om inzicht te krijgen in hoé en waarom een medisch specialist vooral contact opneemt met een bedrijfsarts (en omgekeerd, hoe en om welke redenen bedrijfsartsen volgens de medisch specialisten vooral met hen contact zoeken), zijn in de enquête de volgende vragen gesteld.

- a. Aan de respondenten die zelf wel eens contact blijken op te nemen met een bedrijfsarts (dus uitgezonderd degenen die aangeven nooit contact te hebben met een bedrijfsarts of hiertoe nooit zelf het initiatief te nemen) is allereerst gevraagd of zij dit dan schriftelijk of telefonisch doen.

Vervolgens is hen een aantal mogelijke redenen voorgelegd waarom zij als medisch specialist met de bedrijfsarts van een patiënt contact zouden willen opnemen. Bij elk is daarbij steeds gevraagd hoe dat bij henzelf ligt: is dit relatief gezien vaak, minder vaak, zelden of nooit een reden waarom men contact zoekt met een bedrijfsarts.

- b. Daarna is aan degenen met wie de bedrijfsarts wel eens contact blijkt op te nemen hetzelfde gevraagd: hoe en waarvoor neemt een bedrijfsarts contact met hen op.

Aan de hand van de antwoorden op deze vragen is vervolgens een rangorde opgesteld van wat meer en wat minder in de praktijk blijkt voor te komen. Tabel 3-3 geeft dit weer ten aanzien van redenen waarom de respondenten zelf contact zoeken met een bedrijfsarts en tabel 3-4 ten aanzien van redenen waarom bedrijfsartsen contact opnemen met hen. Hieruit komt het volgende beeld naar voren.

Wanneer de respondenten zelf contact zoeken met een bedrijfsarts (hetgeen, zoals in de vorige paragraaf al is weergegeven, in de praktijk niet vaak voorkomt), dan doet tweederde dit voornamelijk telefonisch (32%) of meer telefonisch dan schriftelijk (34%). Door 9% van de respondenten wordt daarentegen aangegeven dat zij uitsluitend schriftelijk contact met een bedrijfsarts opnemen. Over de wijze waarop men zelf contact zoekt komen tussen de onderzoeksgroepen significante verschillen naar voren: orthopeden en neurologen stellen vaker dat zij uitsluitend schriftelijk met een bedrijfsarts contact opnemen, bij de psychiaters wordt vaker naar voren gebracht dat zij meer telefonisch dan schriftelijk het contact leggen.

De reden(en) waarom men zelf met een bedrijfsarts contact opneemt blijkt meestal verband te houden met de begeleiding van hun patiënt door de bedrijfsarts. (Om hem/haar nadere achtergrondinformatie te geven over de patiënt die van belang kan zijn, om gezamenlijk de terugkeermogelijkheden van een patiënt op het werk te verkennen, om de bedrijfsarts te attenderen op de beperkingen van de patiënt voor werkhervatting, voor overleg over een gezamenlijk behandelings/begeleidingsplan, of om de bedrijfsarts kenbaar te maken dat er iets zal moeten gebeuren om de patiënt niet in de Ziektewet of de WAO te laten belanden.) Met name de revalidatieartsen brengen dit aanmerkelijk vaker dan de anderen naar voren als reden waarom men contact met

de bedrijfsarts zoekt, maar gezien hun taak op het gebied van arbeidsrevalidatie is dit wellicht niet zo verwonderlijk.

Minder vaak blijkt er contact te worden opgenomen om bijvoorbeeld een bedrijfsarts op meer preventieve zaken te attenderen, en vrij zelden om de bedrijfsarts door te geven dat men bij de patiënt een beroepsgebonden aandoening vermoedt of om door te geven dat men de patiënt geadviseerd heeft het werk te staken (of andersom, het werk te hervatten).

*Tabel 3-3 Degenen die zelf wel eens contact met een bedrijfsarts opnemen: hoé neemt men dan contact op en waarover (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)*

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 413) %	orthopedie (n = 66) %	neurologie (n = 84) %	revalidatie (n = 118) %	psychiatrie (n = 145) %
hoe neemt men contact op met een bedrijfsarts?	***				
. uitsluitend telefonisch	32	32	33	31	32
. meer telefonisch dan schriftelijk	34	17	22	39	44
. uitsluitend schriftelijk	9	20	18	4	3
. meer schriftelijk dan telefonisch	12	15	14	14	8
. is ongeveer gelijk verdeeld	10	9	11	12	10
. dat doet men via de patiënt	1	3	1	0	0
. geen antwoord	2	4	1	0	2
wanneer respondent contact opneemt met een bedrijfsarts is dat, relatief gezien, 'vaak':	genoemd door:				
1. om de bedrijfsarts nadere achtergrondinformatie te geven over de patiënt die voor hem/haar van belang kan zijn bij de begeleiding van de patiënt	*** 48	26	39	65	49
2. om met de bedrijfsarts de mogelijkheden te verkennen voor terugkeer van de patiënt op het werk	*** 42	18	20	66	46
3. om de bedrijfsarts te attenderen op de beperkingen van de patiënt voor werkhervatting	41	35	36	53	39
4. voor overleg over een gezamenlijk behandelings/begeleidingsplan bij de patiënt	*** 31	14	13	48	36
5. om kenbaar te maken dat er iets moet gebeuren om de patiënt niet in de Ziektewet of de WAO te laten belanden	** 27	32	19	37	20
6. om n.a.v. de klachten van patiënt(en) te attenderen op eventuele preventieve maatregelen die genomen zouden moeten worden op het werk	14	12	12	15	15
7. omdat men dan de patiënt wil verwijzen naar de bedrijfsarts	12	15	13	10	11

Tabel 3-3 *Degenen die zelf wel eens contact met een bedrijfsarts opnemen: hoé neemt men dan contact op en waarover (vervolg)* (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 413) %	orthopedie (n = 66) %	neurologie (n = 84) %	revalidatie (n = 118) %	psychiatrie (n = 145) %
wanneer respondent contact opneemt met een bedrijfsarts is dat, relatief gezien, 'vaak':	genoemd door:				
8. om met de bedrijfsarts te bespreken dat naar zijn/haar mening de patiënt het werk moet staken en dat men dat ook de patiënt heeft geadviseerd	9	5	4	12	12
9. om met de bedrijfsarts te bespreken dat naar zijn/haar mening de patiënt het werk kan hervatten en dat men dat ook de patiënt heeft geadviseerd	* 8	6	1	13	9
10. omdat men bij de patiënt een beroepsgebonden aandoening vermoedt	8	14	7	8	6

Wordt gekeken naar hoe volgens de respondenten de bedrijfsartsen contact met hen opnemen (tabel 3-4) dan valt allereerst op dat dit meer schriftelijk dan telefonisch wordt gedaan. (Dus min of meer andersom dan wanneer zijzelf met een bedrijfsarts contact opnemen.) Tevens valt hierbij op dat met name met de orthopeden voornamelijk schriftelijk wordt gecommuniceerd terwijl het bij de revalidatieartsen wat vaker voorkomt dat er ook wel eens telefonisch contact met hen wordt opgenomen.

De reden waarom bedrijfsartsen contact opnemen is volgens de respondenten meestal om hen nadere informatie te vragen over de aard van de klachten van een patiënt. Eveneens komt het volgens de betrokken medisch specialisten relatief gezien vaak voor dat er om nadere informatie wordt gevraagd over de inhoud van de behandeling of om een prognose van hun kant omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid van een patiënt.

Minder vaak wordt er volgens hen contact met hen opgenomen voor aanvullende informatie in verband met een keuring die er moet worden uitgevoerd bij de patiënt of om bijvoorbeeld te overleggen over een gezamenlijk behandelings/begeleidingsplan bij de patiënt. (Wanneer hiervoor contact wordt opgenomen dan is dit meestal met de revalidatieartsen.)

Tenslotte valt het op dat volgens de betrokken medisch specialisten betrekkelijk zelden door een bedrijfsarts met hen contact wordt opgenomen om te vragen of zij willen proberen de wachttijd voor een patiënt te verkorten (en als dit al gebeurt dan zijn het vooral de orthopeden aan wie dit wordt gevraagd).

Tabel 3-4 *Degenen met wie de bedrijfsarts wel eens contact opneemt: hoé wordt er contact opgenomen en waarover (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)*

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 586) %	orthopedie (n = 146) %	neurologie (n = 135) %	revalidatie (n = 123) %	psychiatrie (n = 182) %
hoe neemt de bedrijfsarts contact op?	***				
. uitsluitend telefonisch	2	2	1	3	1
. meer telefonisch dan schriftelijk	7	1	6	11	9
. uitsluitend schriftelijk	27	43	33	10	23
. meer schriftelijk dan telefonisch	60	51	57	66	65
. is ongeveer gelijk verdeeld	3	3	2	8	1
. geen antwoord	1	0	1	2	1
wanneer een bedrijfsarts contact opneemt met respondent is dat, relatief gezien 'vaak':	genoemd door:				
1. voor nadere informatie over de aard van de klachten van de patiënt	81	82	81	74	86
2. voor nadere informatie over de inhoud van de behan- deling	* 70	72	65	63	75
3. voor een prognose van respondent omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid van de patiënt	* 65	62	60	63	72
4. voor nadere informatie over de beperkingen van de patiënt om zijn/haar werk te kunnen hervatten	** 42	35	36	55	43
5. voor aanvullende informatie in verband met een keuring die hij/zij moet uitvoeren bij de betrokken pa- tiënt/werknemer	*** 13	3	9	18	19
6. voor overleg over een gezamenlijk behande- lings/begeleidingsplan bij de patiënt	*** 12	6	6	21	15
7. een verzoek of respondent de wachttijd voor dia- gnostiek/een behandeling van de patiënt wil proberen te verkorten	*** 4	10	0	4	1
8. voor gegevens om het meldingsformulier voor de Uitvoeringsinstelling verder in te kunnen vullen	2	1	1	3	2
9. voor overleg over doorverwijzing van de patiënt naar een andere behandelaar	1	1	0	1	1
10. om kanttekeningen te plaatsen bij de behandeling van de patiënt	1	0	0	1	1

3.4 Toestemming van de patiënt

In de code die in 1995 - naar aanleiding van de invoering van het wetskoppel TZ/Arbowet - door de KNMG is uitgebracht over de wijze waarop onderling informatie kan worden uitgewisseld over een patiënt, wordt ten aanzien van het punt 'toestemming van de patiënt' opgemerkt dat er tussen de behandelend arts en bedrijfsarts pas informatie over een patiënt mag worden uitgewisseld als de patiënt/werknemer daarvoor (*mondeling of schriftelijk*) *gerichte toestemming* heeft gegeven. Eind 1998 is deze code geactualiseerd met verdere richtlijnen in geval van arbeidsverzuim en het punt 'toestemming van de patiënt' als volgt aangescherpt: 'De toestemming wordt verleend door middel van het afgeven van *een schriftelijke machtiging*. Deze machtiging dient aan te geven welke informatie door welke arts in welke functie, aan welke andere arts wordt gevraagd. De patiënt/werknemer tekent de machtiging, samen met de informatie-vragende arts.'

Om een indruk te krijgen van wat er in de dagelijkse praktijk gebeurt, is bij de respondenten nagegaan in hoeverre er bij hun huidige contacten met bedrijfsartsen sprake is van 'met toestemming van de patiënt'. Tabel 3-5 laat zien wat de respondenten hierover naar voren brengen:

- Wanneer er door een bedrijfsarts *telefonisch* contact met hen wordt opgenomen dan blijkt het meer uitzondering dan regel dat men van de bedrijfsarts een schriftelijke verklaring van de patiënt ontvangt dat hiervoor toestemming is gegeven. Slechts 16% van de respondenten geeft aan dat men in zo'n geval dan altijd van de bedrijfsarts een schriftelijke machtiging van de patiënt krijgt, 31% geeft aan dat men die niet altijd krijgt en 29% meldt dat men die - als er telefonisch contact wordt opgenomen - nooit krijgt. Bij dit laatste valt tevens op dat dit opvallend vaker de ervaring is bij orthopeden, neurologen en revalidatieartsen dan bij psychiaters.
- Wanneer er door de bedrijfsarts *schriftelijk* contact wordt opgenomen, ziet het beeld er echter geheel anders uit. Bij vrijwel allen is dan de ervaring dat hierbij altijd een schriftelijke machtiging van de patiënt wordt meegezonden.

Tegen de achtergrond van het feit dat, zoals in de vorige paragraaf al is aangegeven, volgens de respondenten bedrijfsartsen in de praktijk meer schriftelijk dan telefonisch met hen contact opnemen, lijkt het aannemelijk dat deze contacten in het merendeel van de gevallen met (schriftelijke) toestemming van de patiënt plaatsvinden.

Hoewel in dit verband aan de respondenten niet is gevraagd hoe vaak zij informatie over een patiënt verstrekken zonder toestemming van de patiënt (mede om redenen dat zo'n vraag wellicht grote weerstanden zou oproepen), is hen wel gevraagd of zijzelf wel eens meemaken dat een patiënt hen geen toestemming geeft om contact op te nemen of informatie uit te wisselen met de bedrijfsarts. Dit blijkt in de praktijk zelden of nooit voor te komen. Van de respondenten heeft 82% dit nog nooit meegemaakt, overkomt 8% dit gemiddeld één maal per jaar en 4% hooguit twee keer per jaar.

Het voorgaande geeft derhalve indicatie dat in de praktijk veelal eerst toestemming aan de patiënt wordt gevraagd voordat men contact met elkaar opneemt en dat dit in de praktijk zelden tot nooit op problemen stuit.

*Tabel 3-5 Degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts: toestemming van de patiënt voor gegevensuitwisseling (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)*

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 595) %	orthopedie (n = 147) %	neurologie (n = 136) %	revalidatie (n = 126) %	psychiatrie (n = 186) %
de bedrijfsarts neemt TELEFONISCH contact op: krijgt men dan een schriftelijke verklaring van de patiënt voor toestemming?	***				
. altijd	16	12	13	8	25
. niet altijd	31	18	25	37	40
. nooit	29	29	38	41	15
. geen antwoord	5	5	4	6	4
<i>niet van toepassing:</i>					
. telefonisch wordt er nooit met respondent contact opgenomen over een patiënt	18	35	19	6	13
. het initiatief voor contact gaat nooit van de bedrijfs- artsen uit	1	1	1	2	2
de bedrijfsarts neemt SCHRIFTELIJK contact op: zit daar dan een schriftelijke verklaring bij van de patiënt voor toestemming?					
. altijd	85	89	87	77	85
. niet altijd	11	9	10	17	8
. nooit	1	0	1	1	1
. geen antwoord	1	0	1	1	3
<i>niet van toepassing:</i>					
. schriftelijk wordt er nooit met respondent contact opgenomen over een patiënt	1	1	0	2	1
. het initiatief voor contact gaat nooit van de bedrijfs- artsen uit	1	1	1	2	2
een patiënt geeft respondent GEEN TOESTEMMING om contact op te nemen/informatie uit te wisselen met zijn/haar bedrijfsarts: hoe vaak komt dat voor?	***				
. dat komt nooit voor	82	91	88	79	72
. gemiddeld 1 keer per jaar	8	2	3	12	14
. 2 keer per jaar	4	1	3	5	8
. meer dan 2 keer per jaar	3	1	4	2	4
. geen antwoord	3	5	2	2	2

4. De ervaringen met het uitwisselen van informatie

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geschetst hoe de informatie-uitwisseling tussen de respondenten en bedrijfsartsen in de praktijk feitelijk plaatsvindt. Hoe vaak neemt men met elkaar contact op en hoè, om welke redenen wordt contact gezocht en in hoeverre wordt daarvoor aan de patiënt toestemming gevraagd. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de ervaringen hiermee.

Allereerst zal daarvoor een beeld worden gegeven hoe de respondenten de wijze waarop zij informatie uitwisselen met bedrijfsartsen typeren. Vervolgens wordt nader ingegaan op de vraag hoe zij al met al hun contacten met bedrijfsartsen beoordelen. Daarna wordt weergegeven op welke punten naar hun mening de contacten met bedrijfsartsen beter zouden kunnen en in hoeverre zij hierover al bepaalde afspraken hebben lopen met bedrijfsartsen in hun omgeving.

4.2 Typering van de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld

Bepaalde ervaringen in het verleden, of ervaringen van collega's, kunnen uiteraard van invloed zijn op de wijze waarop men voortaan informatie uitwisselt met bedrijfsartsen. Om allereerst inzicht te krijgen in hoeverre dit inderdaad meespeelt, zijn hierover aan de respondenten de volgende vragen gesteld (tabel 4-1):

Tabel 4-1 *Degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts: ervaringen met het uitwisselen van informatie*
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 595) %	orthopedie (n = 147) %	neurologie (n = 136) %	revalidatie (n = 126) %	psychiatrie (n = 186) %
wel eens overkomen dat een patiënt achteraf ernstig bezwaar maakte tegen de informatie die men had gegeven?					
. ja	15	16	16	19	11
. nee	83	82	82	79	87
. geen antwoord	2	2	2	2	2

Tabel 4-1 *Degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts: ervaringen met het uitwisselen van informatie (vervolg)* (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 595) %	orthopedie (n = 147) %	neurologie (n = 136) %	revalidatie (n = 126) %	psychiatrie (n = 186) %
wel eens overkomen dat de informatie die men aan de bedrijfsarts had gegeven, achteraf voor andere doeleinden bleek te zijn gebruikt?					
. ja	13	7	13	10	18
. nee	46	49	45	50	41
. weet niet	40	42	41	39	40
. geen antwoord	1	2	1	1	1
eigen ervaringen op dit terrein of uitspraken van het Medisch Tuchtcollege tegen collega's, van invloed op de wijze waarop men informatie uitwisselt met bedrijfsartsen?	**				
. heeft <i>veel</i> invloed	16	18	10	10	22
. heeft <i>enige</i> invloed	33	30	33	30	38
. heeft <i>nauwelijks</i> invloed	48	49	55	56	38
. geen antwoord	3	3	2	4	2

Ongeveer 1 op de 7 respondenten is het wel eens overkomen dat een patiënt achteraf ernstig bezwaar maakte tegen de informatie die men over hem/haar had gegeven aan de bedrijfsarts.

Bij de vraag of het hen wel eens is overkomen dat de informatie die men aan een bedrijfsarts had gegeven achteraf voor andere doeleinden bleek te zijn gebruikt dan waarvoor men het had bedoeld, komt min of meer eenzelfde beeld naar voren. Van de respondenten brengt circa 1 op de 8 naar voren dat hen dat wel eens is overkomen, 46% zegt van niet en 40% zegt niet te weten of dat wel eens is gebeurd.

Dergelijke eigen ervaringen of bijvoorbeeld uitspraken van het Medisch Tuchtcollege tegen collega's, blijkt voor bijna de helft van invloed op de wijze waarop zij voortaan informatie over patiënten uitwisselen met bedrijfsartsen. Zo geeft 16% aan dat dit veel invloed hierop heeft (bij de psychiaters vaker dan bij de anderen) en bij 33% heeft het enige invloed.

Om na te gaan welke andere factoren hierbij mogelijk (ook) nog een rol spelen, is hierop verder doorgedaan en gevraagd waarvan hun opstelling in deze nog meer afhankelijk is. Bij 52% van de respondenten blijken dan nog een aantal andere factoren mee te spelen (met name bij de psychiaters en de revalidatieartsen), waarbij in de toelichting vrijwel altijd 'de aard van de informatie waarom het gaat' naar voren wordt gebracht. De bedrijfsarts met wie men contact heeft blijkt hierbij minder van invloed (bij 13% speelt dat mede een rol), en nog minder (bij 5%) blijkt de wijze waarop men informatie uitwisselt mede bepaald te worden door de arbodienst met wie men dan te maken heeft. Tot slot wordt door een aantal nog 'het belang van de patiënt' genoemd,

en een paar respondenten geven aan dat hun opstelling in deze mede afhankelijk is van het bedrijf waar de patiënt werkzaam is.

Wordt de respondenten gevraagd hoe zij de wijze waarop zij informatie uitwisselen in het algemeen genomen zouden typeren, dan kan hierover het volgende beeld worden gegeven (tabel 4-2).

Tabel 4-2 *Degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts: typering van de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen*
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 595) %	orthopedie (n = 147) %	neurologie (n = 136) %	revalidatie (n = 126) %	psychiatrie (n = 186) %
dit is helemaal van toepassing op de wijze waarop respondent informatie uitwisselt over een patiënt met een bedrijfsarts:	genoemd door:				
1. ik geef alleen informatie door wanneer ik daarvoor <i>schriftelijk</i> toestemming heb van de patiënt	*** 70	78	82	46	73
2. ik geef alleen persoonlijke achtergrondinformatie wanneer ik dat eerst met de patiënt heb besproken	*** 45	25	37	45	67
3. ik geef uitsluitend de informatie door waarom wordt gevraagd	*** 43	55	43	23	46
4. ik beperk me tot strikt feitelijke gegevens	*** 42	59	57	25	27
5. ik stel me zeer terughoudend op	* 9	10	9	2	12

De omschrijving 'ik geef alleen informatie door wanneer ik daarvoor *schriftelijk* toestemming heb van de patiënt' vindt 70% van de respondenten (en met name de neurologen en orthopeden) helemaal van toepassing op de wijze waarop zij zelf informatie uitwisselen over een patiënt met een bedrijfsarts.

Daarnaast geeft 45% aan (en in dit geval met name de psychiaters) dat zij alleen persoonlijke achtergrondinformatie doorgeven wanneer men dat eerst met de patiënt heeft besproken.

Tevens stelt 43% (en dan met name de orthopeden) dat men uitsluitend de informatie doorgeeft waarom is gevraagd, en 42% (naast de orthopeden ook de neurologen) dat men zich bij de informatie-uitwisseling strikt beperkt tot feitelijke gegevens.

Verder geeft 9% aan dat zij hun houding tegenover een bedrijfsarts zouden omschrijven als zeer terughoudend. (Nadere analyse laat hierbij zien dat dit niet verband houdt met de zaken die in tabel 4-1 zijn aangestipt zoals eigen negatieve ervaringen op dit terrein of bijvoorbeeld uitspraken van het Medisch Tuchtcollege tegen collega's.)

Circa 1 op de 6 geeft tot slot nog een andere typering van de wijze waarop zij informatie over een patiënt met een bedrijfsarts uitwisselen. Veelal wordt hierbij (nogmaals) benadrukt dat uitgangspunt bij hen met name vormt dat het belang van de patiënt ermee gediend moet zijn.

(In de bijlagen 3 tot en met 6 is van iedere onderzoeksgroep een tabel opgenomen waarin niet alleen wordt weergegeven hoeveel respondenten de typering 'helemaal' op zichzelf van toepassing vinden, maar eveneens hoeveel dit 'niet' of slechts 'gedeeltelijk' vinden.)

In bovengeschetste beeld van hoe er in de praktijk gecommuniceerd wordt tussen de respondenten en bedrijfsartsen valt op dat de patiënt hierin nadrukkelijk betrokken wordt, ook meestal pas na schriftelijke toestemming van de patiënt informatie wordt verstrekt, en er dus zelden sprake lijkt van de in paragraaf 1.1 aangestipte 'open communicatie' (onderling informatie uitwisselen met veronderstelde instemming van de patiënt). Vooruitlopend op paragraaf 4.4 waarin de wensen voor verbetering van de contacten zullen worden weergegeven, kan al worden vermeld dat men dit ook niet zou willen veranderen. Bij nog geen 10% van de respondenten leeft de wens voor (meer) onderling overleg zonder expliciete toestemming van de patiënt.

4.3 Oordeel over de contacten

Hoewel uit het voorgaande niet een beeld naar voren komt van frequente en openhartige contacten met bedrijfsartsen, wil dit voor de meeste respondenten niet zeggen dat men de contacten die er zijn negatief beoordeelt (zie tabel 4-3). Gevraagd naar een algemeen oordeel hierover geeft 42% aan dat zij de contacten die zij met bedrijfsartsen hebben redelijk vinden verlopen en 40% vindt ze in het algemeen goed verlopen. Op dit punt komen er ook geen opvallende verschillen naar voren tussen de vier onderzoeksgroepen.

Van een eventuele omslag na de privatisering van de Ziektewet (waarmee de bedrijfsartsen nadrukkelijker betrokken werden bij het ziekteverzuim), blijkt hierbij nauwelijks sprake. Volgens 6% van de respondenten zijn de contacten daarna slechter geworden en 7% vindt dat zij sindsdien zijn verbeterd (dit laatste wordt met name door de revalidatieartsen naar voren gebracht). Het merendeel geeft echter aan dat het er door deze privatisering niet beter of slechter op is geworden of heeft hierover geen mening.

Tabel 4-3 *Degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts: oordeel over deze contacten*
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 595) %	orthopedie (n = 147) %	neurologie (n = 136) %	revalidatie (n = 126) %	psychiatrie (n = 186) %
hoe vindt men de contacten met bedrijfsartsen in het algemeen verlopen?					
. goed	40	39	33	49	40
. redelijk	42	37	52	34	45
. matig	13	16	13	11	12
. slecht	3	4	2	3	2
. geen oordeel	2	4	0	3	1
hoe zijn de contacten geworden na de privatisering van de Ziektewet?	**				
. beter	7	4	4	16	6
. gelijk gebleven	69	70	73	61	69
. slechter	6	6	4	6	8
. geen mening	18	20	19	17	17

4.4 Wensen voor verbeteringen en concrete praktijkvoorbeelden

Na de vraag om een oordeel over de contacten die men heeft met bedrijfsartsen over patiënten, is vervolgens aan de respondenten gevraagd op welke punten die contacten eventueel beter zouden kunnen. Daarvoor werden eerst een aantal items voorgelegd die vaak in de gesprekken ter voorbereiding van de enquête waren genoemd, met daarnaast de mogelijkheid om nog aanvullende punten naar voren te brengen. Uit het overzicht dat hierover kan worden opgesteld (tabel 4-4), blijken dan de volgende zaken met name volgens de respondenten nog voor verbetering vatbaar.

Tabel 4-4 *Degenen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts: wensen voor verbetering*
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 595) %	orthopedie (n = 147) %	neurologie (n = 136) %	revalidatie (n = 126) %	psychiatrie (n = 186) %
punten waarop de contacten beter kunnen	genoemd door:				
1. bedrijfsartsen zouden bij hun vraagstelling duidelijk moeten aangeven wat zij van hun kant voor een patiënt daadwerkelijk kunnen en willen doen	55	50	58	55	58
2. voor het verstrekken van schriftelijke informatie moet een reële vergoeding komen in verhouding tot de tijd die het je kost	*** 52	68	51	40	48
3. bedrijfsartsen zouden (meer) terug moeten koppelen wat zij met jouw informatie/advies hebben gedaan; wat er voor de patiënt is geregeld/ besloten	46	41	40	54	48
4. ze zouden minder moeten gaan over (legitimering van) ziekteverzuim en meer over preventie, de reïntegratiemogelijkheden van de patiënt, e.d.	43	37	41	44	50
5. bedrijfsartsen moeten je niet vragen of de patiënt het werk weer kan hervatten, maar wat medisch gezien de beperkingen van de patiënt zijn	39	44	44	31	37
6. bedrijfsartsen moeten duidelijk aangeven of de informatie nodig is voor de begeleiding of (ook) de loondoorbetaling/uitkering van de patiënt kan beïnvloeden	*** 37	24	34	34	52
7. bedrijfsartsen zouden bij hun vraag informatiever moeten zijn over de werksituatie van de patiënt	36	37	35	36	36
8. er zou in het algemeen meer overleg moeten plaatsvinden; bedrijfsartsen nemen zelden contact met mij op	* 35	31	31	47	35
9. er zou meer telefonisch overleg moeten zijn in plaats van schriftelijk informatie uitwisselen	** 19	14	13	24	25
10. bedrijfsartsen tonen te weinig interesse in de patiënt zelf/ze geven je niet het gevoel dat bij hen het belang van de patiënt voorop staat	** 19	14	25	12	24
11. er zou (meer) onderling overlegd moeten kunnen worden zonder expliciete toestemming van de patiënt	10	13	7	13	8
(nog) een ander punt waarop de contacten beter zouden kunnen	13	12	9	13	18
niet van toepassing; geen wensen op dit gebied	3	2	4	1	4

Duidelijk aangeven wat men als bedrijfsarts voor een patiënt daadwerkelijk kan en wil doen, wordt het meest (door ruim de helft, 55%) naar voren gebracht als iets wat de contacten zou verbeteren. Daarnaast geeft iets meer dan de helft van de respondenten aan dat ook de vergoeding voor het geven van schriftelijke informatie zal moeten verbeteren en in verhouding zal moeten komen met de tijd die hiermee gemoeid is. (Om deze reden merken een paar respondenten onder meer op dat zij volstaan met het sturen van een kopie van hun brief naar de huisarts *'want de huidige vergoeding is niet meer van deze tijd'*.) Door de orthopeden wordt het punt van de vergoeding het meest aangekaart en bij de conclusies zal hierop nog worden teruggekomen aangezien dit met name voor hen een 'hot item' blijkt te zijn (en ook één van de belangrijkste voorwaarden voor hen voor een betere samenwerking zoals in paragraaf 5.4. nog zal blijken).

Verder vindt 46% van de respondenten dat bedrijfsartsen (meer) moeten terugkoppelen wat zij met de verstrekte informatie uiteindelijk hebben gedaan voor de patiënt, en in ongeveer dezelfde orde van grootte wordt een pleidooi gehouden de contacten meer over preventie of de reïntegratiemogelijkheden van een patiënt te laten gaan en minder over (legitimering van) het ziekteverzuim. Wat betreft dit laatste vindt 37% (en met name wordt dit door de psychiaters genoemd) dat een bedrijfsarts ook duidelijk moet aangeven waarvoor hij/zij de informatie nodig heeft: alleen voor de sociaal-medische begeleiding of ook voor de verzuimcontrole.

Voorts wordt door 39% aangegeven dat bedrijfsartsen hen niet zouden moeten vragen of de patiënt het werk weer zou kunnen hervatten, maar wat medisch gezien de beperkingen zijn van de patiënt, en 36% noemt nog in dit verband dat de bedrijfsartsen in hun contacten ook wat informatiever zouden moeten zijn over de werksituatie van de patiënt.

Meer overleg in het algemeen is vervolgens een punt dat nog met name door de revalidatieartsen wordt aangestipt (door bijna de helft van hen); bij de anderen pleit circa eenderde van de respondenten hiervoor. Hierbij heeft men echter niet zozeer méér telefonisch overleg voor ogen in plaats van schriftelijk. Nog geen 2 op de 10 zou meer telefonisch overleg willen (en bij de orthopeden en neurologen nog minder).

Tevens valt op dat de wens voor meer 'open communicatie', dus zonder expliciete toestemming van de patiënt, zelden wordt geuit. (Door slechts 10% van de respondenten waarbij tevens geen opvallende verschillen blijken tussen de vier groepen.)

Bij de verdere suggesties die worden genoemd om de contacten te verbeteren valt tot slot nog op dat hierbij met name een pleidooi wordt gehouden voor ook een redelijke vergoeding voor telefonisch overleg, alsmede een verbod op standaardbrieven. Het laatste wordt bijvoorbeeld als volgt toegelicht: *'Het is bijna altijd een standaardformulier met dezelfde vragen en hieruit spreekt geen betrokkenheid met de patiënt maar meer een ambtelijk gebeuren', 'niet meer zo 'n prefablijstje met onnodige en zinloze vragen; de vragen moeten toegespitst zijn op de patiënt waarover men informatie wil'*.

Praktijkvoorbeelden van afspraken over samenwerken

Uit het onderzoek onder de bedrijfsartsen kwam naar voren dat bijna de helft bij een arbodienst werkte die bepaalde afspraken had met medisch specialisten of met specialistische centra waarnaar zij zo nodig konden verwijzen voor nadere diagnostiek of behandeling. Aan de medisch specialisten in dit onderzoek is daarom gevraagd of zij, of het ziekenhuis/de maatschap waarin zij werken, dergelijke afspraken met bedrijfsartsen of arbodiensten hebben. In totaal antwoordde 10% (60 respondenten)¹⁰ hierop bevestigend; 29 orthopeden, 4 neurologen, 13 revalidatieartsen en 14 psychiaters. Aan hen zijn hierover nog een aantal vervolgvragen gesteld om een indruk te krijgen waar deze afspraken in de praktijk op neerkomen.

Tabel 4-5 geeft hierover het volgende beeld. (Vanwege de kleine aantallen per onderzoeksgroep is hierbij de Chi-kwadraat toets achterwege gebleven).

Tabel 4-5 Degenen die afspraken hebben met bedrijfsartsen of arbodiensten over het verwijzen van werknemers voor nadere diagnostiek of behandeling (n = 60)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 60) %	orthopedie (n = 29) %	neurologie (n = 4) %	revalidatie (n = 13) %	psychiatrie (n = 14) %
gelden die afspraken alleen voor bepaalde aandoeningen?					
. ja	33	24	75	62	14
. nee, ze zijn niet-aandoeningsgebonden	50	55	0	38	64
. het ligt anders	5	7	0	0	7
. geen antwoord	12	14	25	0	14
van wanneer dateren die afspraken?					
. van 2 jaar geleden of korter	38	35	50	54	29
. langer	38	41	25	31	43
. met een aantal bestaan ze al langer dan 2 jaar en met een aantal korter	12	10	0	15	14
. geen antwoord	12	14	25	0	14

¹⁰ Hoewel het lijkt alsof de respondenten in dit onderzoek hiermee een ander beeld schetsen dan de bedrijfsartsen, is dit slechts ogenschijnlijk. Het verschil is namelijk te verklaren doordat er aanzienlijk meer medisch specialisten zijn in Nederland dan bedrijfsartsen.

Tabel 4-5 *Degenen die afspraken hebben met bedrijfsartsen of arbodiensten over het verwijzen van werknemers voor (vervolg) nadere diagnostiek of behandeling (n = 60)*

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 60) %	orthopedie (n = 29) %	neurologie (n = 4) %	revalidatie (n = 13) %	psychiatrie (n = 14) %
wat houden die afspraken in?	genoemd door:				
. de bedrijfsarts kan patiënten voordragen voor een gemeenschappelijk spreekuur	7	7	0	0	14
. op kosten van de werkgever kan een spoedconsult voor een patiënt worden aangevraagd	32	48	0	8	29
. op kosten van de werkgever kunnen werknemers versneld behandeld worden buiten de reguliere spreekuur- of (poli)kliniektijden	23	34	0	15	14
. er wordt gestreefd alle noodzakelijke diagnostische handelingen zo kort mogelijk na elkaar uit te voeren	23	28	50	31	0
. (nog) andere afspraken	37	21	50	62	43
lopen de contacten met de betrokken bedrijfsartsen daardoor beter?					
. ja	43	48	25	38	43
. gedeeltelijk	20	14	50	23	21
. nee	12	21	0	0	7
. het ligt anders	7	3	0	23	0
. geen oordeel	18	14	25	15	29
en de relatie met de huisartsen in uw regio?					
. die is er beter door geworden	3	4	0	0	7
. slechter door geworden	0	0	0	0	0
. die is er niet door veranderd	72	72	75	77	64
. geen oordeel	25	24	25	23	28

Van de 60 respondenten die afspraken hebben gemaakt met bedrijfsartsen of arbodiensten over het verwijzen van werknemers voor nadere diagnostiek of behandeling geeft éénderde aan dat deze afspraken alleen gelden wanneer er sprake is van een bepaalde aandoening, bij de helft geldt deze restrictie niet en bij de overigen komt hierover geen duidelijk beeld naar voren.

Het merendeel heeft die afspraken alleen met één arbodienst (32%), met een paar arbodiensten (22%) of alleen met één of meer bedrijfsartsen die zij persoonlijk kennen (8%). Bij de anderen gelden de afspraken min of meer voor alle bedrijfsartsen met wie zij te maken hebben.

Verder blijkt het niet zo te zijn dat deze afspraken vooral ná de (volledige) privatisering van de Ziektewet tot stand zijn gekomen: bij circa de helft zijn zij al vóór 1996 gemaakt.

De inhoud van de afspraken is nogal uiteenlopend en houden veelal diverse afspraken in (die echter meer neer blijken te komen op mogelijkheden voor de bedrijfsarts om rechtstreeks te kunnen verwijzen dan op nadere afspraken over samenwerken).

Zo heeft 7% weliswaar de afspraak dat een bedrijfsarts een patiënt kan voordragen voor een gemeenschappelijk spreekuur, maar vrijwel altijd is er dan ook afgesproken dat op kosten van de werkgever een spoedconsult kan worden aangevraagd. Degenen die de afspraak hebben dat op kosten van de werkgever een spoedconsult kan worden aangevraagd (in totaal 32%) hebben echter veelal ook afgesproken dat op kosten van de werkgever werknemers versneld behandeld kunnen worden buiten de reguliere spreekuurtijden of (poli)kliniektijden. En degenen die een afspraak hebben over versneld behandelen (circa een kwart van de betrokken respondenten) hebben vaak dan ook afgesproken dat er naar zal worden gestreefd alle noodzakelijke diagnostische handelingen zo kort mogelijk na elkaar uit te voeren. Slechts in enkele gevallen houden de afspraken voornamelijk in dat er bijvoorbeeld bij een verwijzing getracht zal worden betrokkene zo snel mogelijk op het spreekuur te zien of zijn er alleen nadere afspraken gemaakt over de diagnostiek die wordt uitgevoerd (*'een multidisciplinaire beoordeling'*, *'een uitgebreid expertise onderzoek'*).

Om na te gaan wat het effect van deze afspraken is op de contacten met de bedrijfsartsen met wie men deze afspraken heeft, is vervolgens nog gevraagd of deze contacten met hen hierdoor beter zijn gaan lopen. Door 43% van de betrokken respondenten wordt hierop met 'ja' geantwoord en door 20% met 'gedeeltelijk'. Slechts 12% vindt dat de contacten hierdoor niet beter zijn gaan lopen, maar hierbij kan nog wel worden opgemerkt dat vrijwel allen de contacten die zij hebben met bedrijfsartsen in het algemeen al als goed of redelijk kwalificeren.

Tot slot is in dit verband nog aan de betrokken respondenten gevraagd of deze afspraken met bedrijfsartsen hun relatie met de huisartsen in de regio heeft beïnvloed. Bij geen is de ervaring dat hierdoor hun relatie met de huisartsen is verslechterd, 3% vindt die zelfs verbeterd en de overigen bemerken op dit front geen verandering of hebben hierover geen uitgesproken mening.

5. De samenwerking: hoe te verbeteren?

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal tot slot worden ingegaan op de vraag of de betrokken medisch specialisten het eigenlijk wel nodig vinden dat de samenwerking tussen hen en bedrijfsartsen wordt verbeterd en zo ja, wat er dan volgens hen zou moeten veranderen. Hoewel in het vorige hoofdstuk over het laatste al enige aanwijzingen naar voren zijn gekomen, zal in dit hoofdstuk worden weergegeven wat alle 622 medisch specialisten die aan dit onderzoek hebben meegedaan hierover naar voren hebben gebracht (dus inclusief de 27 respondenten die tot nu toe in de praktijk nooit contact hebben met een bedrijfsarts over een patiënt). Dit hoofdstuk geeft derhalve een overzicht van wat volgens (alle) respondenten nu al met al de belangrijkste knelpunten in de huidige samenwerking zijn en wat er volgens hen vooral zal moeten veranderen om die samenwerking te verbeteren.

5.2 Wil men een betere samenwerking?

Om allereerst inzicht te krijgen of men eigenlijk wel een betere samenwerking met bedrijfsartsen wil hebben, is de volgende vraag aan de respondenten voorgelegd (tabel 5-1):

Tabel 5-1 Wensen voor een betere samenwerking met bedrijfsartsen
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
vindt u het voor uzelf belangrijk als er tussen u en bedrijfsartsen beter zou worden samengewerkt? °	genoemd door:				
<i>ja</i>					
. ik zou in het algemeen beter willen samenwerken	71	69	64	78	74
. alleen bij bepaalde patiënten zou ik beter willen samenwerken	13	9	10	16	14
<i>nee</i>					
. ik vind (meer) samenwerking niet nodig want die informatie krijg ik via de patiënt wel door	** 10	14	12	2	10
. mijn samenwerking is al goed	8	10	15	8	9

° meer antwoorden mogelijk

Van alle respondenten geeft ruim 8 op de 10 aan, en hierbij komen ook geen (significante) verschillen tussen de onderzoeksgroepen naar voren, dat men voor zichzelf een

betere samenwerking met bedrijfsartsen belangrijk vindt. Zo spreekt 71% de wens uit dat men in het algemeen beter zou willen samenwerken en stelt 13% dat men alleen (of vooral) bij bepaalde patiënten graag (beter) contact met de bedrijfsarts zou willen hebben. Meestal wordt dan naar voren gebracht: bij patiënten met een chronische aandoening, bij patiënten waarbij de problemen duidelijk gerelateerd zijn aan het werk dat men doet of waarbij de aandoening consequenties heeft voor hun functioneren, bij (dreigende) langdurige verzuimgevallen. Bij het laatste wordt door enkele respondenten opgemerkt dat het dan met name gaat om eerder met elkaar contact opnemen.

Soms worden ook nog andere voorbeelden gegeven zoals: *'bij patiënten die op arbeidstherapeutische basis het werk zouden kunnen hervatten'*, *'bij patiënten waarvoor een reïntegratieplan moet worden opgesteld'*, *'bij patiënten met onduidelijke lichamelijke klachten'*, *'bij patiënten waarbij reïntegratie mogelijk problematisch is'*, *'bij patiënten waarbij een positieve grondhouding aanwezig is'*.

De overigen vinden daarentegen een betere samenwerking met bedrijfsartsen niet nodig. Voor 8% niet omdat men voor zichzelf vindt dat men al een goede samenwerking met bedrijfsartsen heeft en voor 10% geldt dat zij (meer) samenwerken niet nodig vinden omdat zij die informatie van een bedrijfsarts wel via hun patiënt doorkrijgen. (Dit laatste wordt meer door de orthopeden genoemd dan door de anderen.)

In dit verband kan tot slot nog worden opgemerkt dat ook bij de 27 respondenten die tot nu toe nooit contact blijken te hebben met een bedrijfsarts, bij velen wel degelijk de wens leeft voor verbetering op dit punt. Zo geeft 63% van hen aan dat zij in het algemeen beter zouden willen samenwerken en brengt 15% van hen naar voren dat zij bij bepaalde patiënten graag contact met de bedrijfsarts zouden willen.

5.3 Knelpunten in de huidige samenwerking

Om inzicht te krijgen in hoe een betere samenwerking met bedrijfsartsen zou kunnen worden bereikt, moet er uiteraard eerst een beeld worden verkregen van wat volgens de respondenten de huidige samenwerking nu met name belemmert. Daarvoor is hen een dertiental knelpunten voorgelegd die in de gesprekken ter voorbereiding van de enquête vaak waren genoemd, met daarbij de vraag of men dat zelf als een belangrijk knelpunt ervaart in de samenwerking met bedrijfsartsen, als een minder belangrijk knelpunt of als helemaal geen knelpunt. Daarnaast was er de mogelijkheid om nog eventueel niet genoemde zaken naar voren te brengen die men eveneens in belangrijke mate de huidige samenwerking vindt belemmeren.

Aan de hand van deze vraag is onderstaand overzicht (tabel 5-2) opgesteld, waaruit het volgende beeld naar voren komt.

Tabel 5-2 *Knelpunten in de huidige samenwerking*
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
een belangrijk knelpunt voor mij is het feit dat:	genoemd door:				
1. het voor behandelend artsen onduidelijk is of een bedrijfsarts de belangen van een werknemer behartigt of vnl. de belangen van de werkgever	*** 44	31	40	34	63
2. het voor de behandelend arts vaak onduidelijk is of de gevraagde informatie alleen gebruikt wordt voor begeleiding/reintegratie of ook voor verzuimcontrole/claimbeoordeling	*** 43	31	42	32	59
3. je als medisch specialist geen beeld hebt van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt	** 38	32	32	36	50
4. er voor beiden partijen geen richtlijnen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	* 35	27	31	40	41
5. schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost, zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat	*** 27	44	15	21	25
6. arbediensten steeds commerciëler gaan werken	** 23	19	22	19	31
7. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je niet weet of de bedrijfsarts jouw informatie eventueel zal doorgeven aan anderen	*** 22	20	15	15	32
8. bedrijfsartsen geen vertrouwensrelatie met hun patiënten hebben zoals dat bij behandelend artsen het geval is	21	20	24	15	24
9. behandelend artsen te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten	*** 20	15	22	11	27
10. je met de invoering van de WGBO niet meer weet wat je nu wel of niet meer aan bv. een bedrijfsarts kan doorgeven over een patiënt zonder diens toestemming	19	17	22	19	17
11. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je er toch steeds rekening mee moet houden dat de patiënt je dan zou kunnen aanklagen	17	17	20	17	15
12. je de bedrijfsartsen vaak niet persoonlijk kent	16	16	13	18	16
13. bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij de patiënt zo snel mogelijk aan het werk krijgen	** 14	9	15	10	21
nog iets anders is een belangrijk knelpunt	13	7	7	30	11

Hoewel er niet één specifiek punt is dat vooral naar voren wordt gebracht als belangrijk knelpunt in de huidige samenwerking, geven de eerste drie meestgenoemde punten wel aan dat vooral onduidelijkheid over de rol van de bedrijfsarts in de contacten veel respondenten het belangrijkste obstakel vinden. Bijvoorbeeld onduidelijkheid wiens belangen de bedrijfsarts behartigt; die van de werknemer of voornamelijk die van de werkgever (door 44% als belangrijk knelpunt genoemd en door de psychiaters nog wat vaker), onduidelijkheid over of de gevraagde informatie door de bedrijfsarts alleen gebruikt zal worden voor de begeleiding van de patiënt of ook voor verzuimcontrole (door 43% genoemd en in dit geval eveneens met name door de psychiaters nog wat vaker), of onduidelijkheid over wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt (door 38% genoemd en wederom wat vaker door de psychiaters dan door de anderen). Min of meer op hetzelfde vlak ligt ook het punt dat door ruim één derde (35%, en deze keer door zowel de psychiaters als de revalidatieartsen nog wat meer genoemd) als belangrijk obstakel wordt ervaren, namelijk dat er voor beide partijen op dit moment geen richtlijnen zijn over hoe te handelen in situaties waar samenwerking is geïndiceerd.

Door ruim een kwart (27%) wordt het feit dat schriftelijk communiceren veel tijd kost zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat, als belangrijk obstakel naar voren gebracht. Met name door de orthopeden wordt dit punt genoemd (door 44%) en op de lijst van belangrijke knelpunten staat het daarmee bij hen ook op de eerste plaats.

Daarnaast wordt door 23% van de respondenten als belangrijk knelpunt ervaren het feit dat arbodiensten steeds commerciëler gaan werken en door 22% dat zij niet echt 'open'/vrijuit met een bedrijfsarts van gedachten kunnen wisselen omdat men niet weet of die deze informatie eventueel zal doorgeven aan anderen. Beide punten worden in dit geval weer wat vaker door de psychiaters aangestipt.

Punten zoals het ontbreken van een vertrouwensrelatie tussen de bedrijfsarts en een patiënt of zelf als behandelend arts te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten, worden door circa 1 op de 5 als belangrijke knelpunten gezien in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen.

Min of meer hetzelfde geldt voor het punt dat de kwestie van de (onmogelijkheid tot) 'open communicatie' aanstipt. Zo ervaart circa 1 op de 5 het als een belangrijk knelpunt dat je door de WGBO niet meer weet wat je nog wel en niet kan doorgeven aan een bedrijfsarts over een patiënt zonder diens toestemming, en vindt circa 1 op de 6 een belangrijk obstakel dat je niet echt vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen omdat je er rekening mee moet houden dat je dan door de patiënt zou kunnen worden aangeklaagd.

Elkaar niet persoonlijk kennen en het gevoel dat bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij zo snel mogelijk de patiënt weer aan het werk krijgen, nemen wat dit betreft de laatste plaatsen in. Door 16% respectievelijk 14% worden zij gezien als belangrijke knelpunten in de huidige samenwerking.

Door een aantal respondenten (vooral revalidatieartsen) worden daarnaast nog voorbeelden gegeven van andere belangrijke knelpunten die zij ervaren. Hierbij wordt door hen met name vaak kritiek geuit op de slechte (telefonische) bereikbaarheid van de

bedrijfsartsen alsmede op het feit dat zij steeds met andere bedrijfsartsen geconfronteerd worden, onder meer bij dezelfde patiënt. Dit laatste wordt bijvoorbeeld als volgt toegelicht: *'Steeds wisselende arbo-artsen die het dossier niet hebben of kennen', 'Het verloop bij hen is groot en de opvolgende collega leeft de gemaakte afspraken dan weer niet na'*. Tevens worden nog diverse opmerkingen gemaakt die meer betrekking hebben op de houding van de bedrijfsarts tegenover met name de patiënt, zoals bijvoorbeeld: *'Je hebt de indruk dat er nauwelijks werk wordt gemaakt van reële werkproblemen van de patiënt', 'Ze hebben zelden tot nooit een eigen oordeel', 'Ze tonen vaak geen belangstelling voor de patiënt in kwestie', 'Ze zijn te weinig op de hoogte van de curatieve mogelijkheden', 'Ze hebben geen kennis van zaken en laten zich leiden door wetten en het belang van het bedrijf'*.

Samenvattend

Aan de hand van de gemiddelde score op de onderscheiden knelpunten (dus hierbij ook rekening houdend met het aantal keren dat het als een minder belangrijk knelpunt is aangekruist of als helemaal geen knelpunt)¹¹, kan het voorgaande als volgt worden samengevat:

Onduidelijkheid over wiens belangen de bedrijfsarts behartigt (die van de werknemer of voornamelijk die van de werkgever) wordt door de respondenten, gemiddeld genomen, als hét belangrijke obstakel in de huidige samenwerking met de bedrijfsarts ervaren.

Wordt hierbij naar de afzonderlijke onderzoeksgroepen gekeken dan blijkt dit punt bij de psychiaters bovenaan de lijst van knelpunten te staan: het is niet alleen door hen het vaakst aangekruist als belangrijk knelpunt maar heeft bij hen ook de hoogste gemiddelde score.

Bij de neurologen komt wat dit betreft op de eerste plaats: onduidelijkheid over of de gevraagde informatie door de bedrijfsarts alleen gebruikt zal worden voor de begeleiding van de patiënt of ook voor de verzuimcontrole.

Door de revalidatieartsen is het meest als belangrijke knelpunt in de huidige samenwerking aangewezen dat er op dit moment geen richtlijnen voor beide partijen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking is geïndiceerd.

En door de orthopeden is hiervoor het punt aangewezen dat schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat.

¹¹ Bij ieder knelpunt is de respondenten gevraagd aan te geven of zij het als een belangrijk, minder belangrijk of als geen knelpunt ervaren in hun eigen samenwerking met bedrijfsartsen. Luidde het antwoord 'als een belangrijk knelpunt' dan werd hieraan een score 3 toegekend, 'als een minder belangrijk knelpunt' kreeg een score 2 en werd het als 'geen knelpunt' beschouwd dan kreeg het een score 1. Aan de hand hiervan is voor ieder knelpunt het gemiddelde te berekenen van wat de 622 respondenten hierop hebben gescoord. Een gemiddelde van 3.00 (in dit geval het maximale) betekent dat alle respondenten bij het betreffende punt hebben aangegeven dat het voor hen een belangrijk knelpunt is, een gemiddelde van 2.00 dat allen het als een minder belangrijk knelpunt zien en een gemiddelde van 1.00 (het minimale) dat alle respondenten hebben aangegeven dat het voor hen geen knelpunt is.

(Voor de tabel waarin per knelpunt is aangegeven hoe de respondenten hierop concreet hebben ‘gescoord’ wordt verwezen naar de bijlagen 3 tot en met 6 van dit rapport waarin voor elk van de onderzoeksgroepen een tabellenbijlage is opgenomen.)

5.4 Meningen over rechtstreeks verwijzen door de bedrijfsarts en over voorrangsbehandeling

Alvorens in te gaan op de vraag wat er volgens de respondenten met name zal moeten veranderen om de samenwerking tussen hen en bedrijfsartsen daadwerkelijk te verbeteren, zal in deze paragraaf worden stilgestaan bij een tweetal punten die op dit moment nogal in discussie zijn en wellicht ook nog als knelpunten moeten worden beschouwd in de relatie tussen medisch specialist en bedrijfsarts, te weten:

- Een werknemer rechtstreeks naar een medisch specialist verwijzen voor een nadere diagnose of een behandeling: moet dit voor een bedrijfsarts mogelijk zijn?
- Vorrangsbehandeling van zieke werknemers: moet die mogelijkheid er komen of niet?

Onderstaande tabel 5-3 laat zien wat de meningen zijn van de medisch specialisten die aan dit onderzoek hebben meegedaan over het eerste punt.

Tabel 5-3 *Meningen over rechtstreeks verwijzen door de bedrijfsarts*
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
een bedrijfsarts verwijst een patiënt rechtstreeks naar u VOOR NADERE DIAGNOSTIEK: wat vindt u daarvan?	genoemd door:				
. geen bezwaar	*** 30	48	21	22	29
. geen bezwaar wanneer het na overleg met de huisarts gebeurt	** 66	56	63	77	68
. geen bezwaar in bepaalde gevallen	8	8	9	7	8
. geen bezwaar wanneer de kosten worden betaald door de werkgever	*** 20	39	12	19	12
. zonder meer bezwaar tegen	*** 7	5	15	3	7

Tabel 5-3 *Meningen over rechtstreeks verwijzen door de bedrijfsarts*
(vervolg) *(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)*

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
een bedrijfsarts verwijst een patiënt rechtstreeks naar u VOOR EEN BEHANDELING: wat vindt u daarvan?	genoemd door:				
. geen bezwaar	*** 23	38	18	15	19
. geen bezwaar wanneer het na overleg met de huisarts gebeurt	* 65	57	62	72	69
. geen bezwaar in bepaalde gevallen	9	10	7	8	9
. geen bezwaar wanneer de kosten worden betaald door de werkgever	*** 16	30	10	16	9
. zonder meer bezwaar tegen	* 12	8	18	9	12

Slechts weinig respondenten blijken er pertinent op tegen dat een bedrijfsarts een patiënt/werknemer rechtstreeks naar hen verwijst. Wanneer het voor nadere diagnostiek is, dan blijkt 7% hier zonder meer bezwaar tegen te hebben en wanneer het voor een behandeling is dan is 12% hierop tegen.

Anderzijds laat tabel 5-3 echter ook zien dan het merendeel er alleen onder bepaalde voorwaarden geen bezwaar tegen heeft (waarbij het tevens nauwelijks verschil blijkt uit te maken of er verwezen wordt voor alleen nadere diagnostiek of voor een behandeling). Zo geeft tweederde aan dat zij er geen bezwaar tegen hebben wanneer die verwijzing na overleg met de huisarts gebeurt en vindt een aantal het ook geen bezwaar bij bepaalde gevallen of wanneer de kosten hiervan betaald worden door de werkgever.

Tussen de onderzoeksgroepen zijn hierbij echter wel enige verschillen te bespeuren. Zo geven de orthopeden vaker dan de anderen aan dat zij er helemaal geen bezwaar tegen hebben wanneer de bedrijfsarts rechtstreeks naar hen verwijst (en zeker niet wanneer dan de kosten door de werkgever worden betaald). De revalidatieartsen geven daarentegen vaker aan dat zij er alleen geen bezwaar tegen hebben wanneer die verwijzing na overleg met de huisarts gebeurt, en de neurologen brengen wat vaker naar voren dat zij er zonder meer op tegen zijn dat een bedrijfsarts rechtstreeks naar hen verwijst.

Over het punt of een voorrangbehandeling van zieke werknemers eventueel moet kunnen, zijn de meningen als volgt (tabel 5-4):

Tabel 5-4 *Meningen over voorrangbehandeling van zieke werknemers**(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)*

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
wanneer moet een voorrangbehandeling van zieke werknemers kunnen?					
. nooit	3	2	4	4	1
. alléén wanneer er een medische indicatie voor is	*** 23	11	31	24	25
<i>heeft er geen bezwaar tegen wanneer:</i> °					
. er een sociaal-medische indicatie voor is	36	42	34	36	33
. er sprake is van een beroepsgerelateerde aandoening	* 20	21	13	17	26
. de behandeling buiten de reguliere spreekuur- of kliniektijd plaatsvindt	*** 27	43	21	25	21
. de behandelingskosten niet ten laste komen van het macrobudget	*** 41	69	41	27	29
. nog anders	7	6	4	7	10

° meer antwoorden mogelijk

Van de respondenten geeft 3% aan dat zij 'hoe dan ook tegen op een voorrangbehandeling' is en bijna een kwart (23%) van de respondenten vindt dat een voorrangbehandeling van zieke werknemers alleen maar kan wanneer er een medische indicatie voor is. De neurologen zijn hierover wat stelliger dan de anderen alhoewel ook de meeste van hen - evenals de andere respondenten - vinden dat het ook in andere situaties nog wel moet kunnen. Zo heeft bijvoorbeeld ruim éénderde (36%) geen bezwaar tegen een voorrangbehandeling van een zieke werknemer wanneer hier een sociaal-medische indicatie voor is, en 1 op de 5 (en de psychiaters nog wat vaker) vindt dat het ook moet kunnen wanneer er sprake is van een beroepsgerelateerde aandoening. Verder valt nog op dat 69% van de orthopeden die aan het onderzoek hebben meegedaan ook geen bezwaar tegen een voorrangbehandeling heeft wanneer de behandelingskosten dan niet ten laste komen van het macrobudget en 43% van hen vindt dat het ook moet kunnen wanneer de behandeling buiten de reguliere spreekuur- of kliniektijd plaatsvindt.

Samenvattend

Hoewel over beide in deze paragraaf aangestipte punten door vrij weinig respondenten een veto wordt uitgesproken, wil het niet zeggen dat de anderen het in het geheel niet als knelpunt zien. Veel respondenten stellen hierbij namelijk voorwaarden die aangeven dat nadere afspraken hieromtrent wenselijk zijn. Bij de conclusies en aanbevelingen zal hierop nog worden teruggekomen.

5.5 Voorwaarden om de samenwerking beter te laten verlopen

Om inzicht te krijgen in wat er volgens de respondenten nu met name nodig zal zijn om de samenwerking tussen hen en bedrijfsartsen te verbeteren, is hen allereerst een lijst voorgelegd met een tiental voorwaarden die in de gesprekken ter voorbereiding van de enquête vaak waren genoemd als voorwaarden waaronder het beter zou kunnen lopen. Hierbij werd gevraagd bij elk steeds aan te geven in hoeverre zij dit punt voor zichzelf belangrijk achten voor het verbeteren van hún contacten met bedrijfsartsen. Daarnaast werd er de mogelijkheid gegeven om eventueel nog andere voorwaarden naar voren te brengen die men op dit punt eveneens belangrijk acht om de samenwerking te bevorderen.

Tabel 5-5 geeft het volgende beeld van wat volgens de medisch specialisten die aan dit onderzoek hebben meegedaan hiervoor met name belangrijke voorwaarden zullen zijn.

*Tabel 5-5 Voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen
(significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)*

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
een belangrijk voorwaarde waardoor het wat mij betreft beter zou verlopen is wanneer:	genoemd door:				
1. bedrijfsartsen het beschermen en bevorderen van de gezondheid v.d. werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen	** 81	73	81	82	86
2. de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd is	* 80	74	78	80	85
3. bedrijfsartsen kunnen garanderen dat de aan hen verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld	*** 73	66	70	70	82
4. voor beiden duidelijk is wanneer samenwerking nodig is en er richtlijnen zijn wie dan waar voor verantwoordelijk is	* 67	56	67	72	71
5. bedrijfsartsen meteen aangegeven wat zij voor de patiënt concreet kunnen doen	** 62	52	60	68	68
6. de bedrijfsarts bij een vraag om nadere informatie steeds aangeeft of hij/zij die informatie nodig heeft voor de begeleiding van de patiënt of (ook) voor de verzuimcontrole	*** 56	45	54	50	70

Tabel 5-5 Voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen
(vervolg) (significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen zijn aangeduid met een sterretje: * = <.05, ** = <.01, *** = <.001)

de onderzoeksgroepen praktiserend medisch specialisten	TOTAAL (n = 622) %	orthopedie (n = 155) %	neurologie (n = 143) %	revalidatie (n = 129) %	psychiatrie (n = 195) %
een belangrijke voorwaarde waardoor het wat mij betreft beter zou verlopen is wanneer:	genoemd door:				
7. spoedconsulten/behandelingen op verzoek van de bedrijfsarts, apart gehonoreerd worden en niet ten laste komen van ons macrobudget	*** 52	76	57	39	38
8. er een reële vergoeding komt voor het geven van schriftelijke informatie waar je echt tijd in hebt moeten steken	*** 49	73	51	37	37
9. er net zoals voor specialisten en huisartsen, refererbijeenkomsten komen waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen	* 32	27	30	44	29
10. er een 'open communicatie' mogelijk is tussen behandelend arts en bedrijfsarts (dwz. ook zonder expliciete toestemming van de patiënt onderling informatie kunnen uitwisselen)	** 24	24	24	35	16
nog iets anders is een belangrijke voorwaarde	8	6	3	12	9

Wanneer bedrijfsartsen het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen, dan zal dat volgens 81% van de respondenten een belangrijke bijdrage leveren aan een betere samenwerking. Daarna wordt het meest genoemd (door 80%) dat voor een betere samenwerking de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd zal moeten zijn, en 73% geeft aan dat het ook beter zal lopen wanneer bedrijfsartsen hen kunnen garanderen dat de verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld.

Bovenstaande punten, die ook gemiddeld het hoogst scoren bij de respondenten, geven aan dat de houding die een bedrijfsarts ten aanzien van een patiënt inneemt de relatie in belangrijke mate kan beïnvloeden. Als behandelend arts wil men het gevoel hebben dat ook bij de bedrijfsarts het belang van de patiënt voorop staat en ook gewaarborgd is (en men moet niet de indruk krijgen dat de bedrijfsarts in de begeleiding van de patiënt als arts teveel beïnvloed wordt door de belangen van anderen zoals de werkgever en de verzekeraar).

Door een groot aantal respondenten wordt eveneens nog een ander soort duidelijkheid in deze gewenst. Zo noemt 67% nog als belangrijke voorwaarde voor een betere samenwerking de komst van richtlijnen waarin wordt aangegeven wie bij samenwerking waarvoor verantwoordelijk is, en 62% respectievelijk 56% geeft aan dat de samenwerking wat hen betreft (ook) beter zal verlopen wanneer bedrijfsartsen in de contac-

ten met hen steeds duidelijk aangeven wat zij als bedrijfsarts voor de patiënt concreet kunnen doen en waarvoor zij de informatie nodig hebben.

Op een geheel ander vlak liggen de voorwaarden waardoor volgens circa de helft van de respondenten (maar door de orthopeden wordt dit aanmerkelijk vaker aangestipt) de samenwerking (ook) beter zal verlopen. Zij gaan vooral over de vergoedingen bij samenwerken, zoals bijvoorbeeld een aparte manier van vergoeding voor een spoedconsult en een betere honorering voor het verstrekken van schriftelijke informatie over een patiënt. (In de vragenlijst wordt hierbij door een aantal nog de kanttekening geplaatst dat er feitelijk ook voor telefonisch overleg een reële vergoeding zou moeten komen; mede om te voorkomen dat bedrijfsartsen vanwege de vergoeding voor schriftelijke informatie gaan 'vluchten' naar meer telefonisch overleg.)

Refereerbijeenkomsten organiseren waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen, ziet circa éénderde (32%) als een belangrijke voorwaarde waardoor de samenwerking tussen hen en bedrijfsartsen beter zal kunnen verlopen.

Mogelijkheden creëren voor een 'open communicatie' wordt daarvoor door de respondenten veel minder als een oplossing gezien. Nog geen kwart van de respondenten geeft aan dat wat hen betreft de samenwerking met bedrijfsartsen beter kan worden wanneer zij zonder expliciete toestemming van de patiënt onderling informatie kunnen uitwisselen.

Door een aantal respondenten worden daarnaast nog voorbeelden genoemd van zaken die op dit front eveneens verbeterd kunnen worden. Zo wordt er door sommigen nog geattendeerd op terugkoppeling van de bedrijfsarts over hoe een en ander uiteindelijk is verlopen en op (wederzijds) een betere bereikbaarheid. En verder pleiten enkelen voor een vorm van een gemeenschappelijk spreekuur waarin direct, en in overleg met de patiënt, beslist kan worden (*'zodat niet over het hoofd van de patiënt zaken besproken worden maar de patiënt in het overleg daadwerkelijk betrokken wordt'*.)

Het voorgaande geeft het beeld weer van wat er volgens de totale onderzoeksgroep met name kan worden veranderd om de samenwerking te verbeteren. Bij de meeste van deze punten zijn er echter wel enige verschillen te bespeuren tussen de vier onderscheiden subgroepen wat betreft het gewicht dat men eraan toekent. Zo kan globaal genomen worden opgemerkt dat met name de psychiaters nog wat vaker dan de anderen de opstelling van de bedrijfsarts benadrukken als iets wat zal moeten veranderen om de samenwerking te kunnen verbeteren, terwijl de orthopeden wat dit betreft meer het accent leggen op de vergoedingen die er tegenover staan.

Samenvattend

Net zoals in paragraaf 5.3 bij de knelpunten is gedaan, kan ook hier aan de hand van de gemiddelde score op de onderscheiden voorwaarden (dus hierbij tevens rekening houdend met het aantal respondenten dat het als een minder belangrijke of onbelangrijke voorwaarde heeft aangewezen) het voorgaande als volgt worden samengevat:

De professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts alsmede dat hij of zij het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werknemer/patiënt als uit-

gangspunt neemt, vormen de punten die door de respondenten, gemiddeld genomen, als dé belangrijke voorwaarden worden genoemd om de samenwerking tussen hen en bedrijfsartsen te kunnen verbeteren.

Wordt hierbij naar de afzonderlijke onderzoeksgroepen gekeken dan blijken deze twee punten zowel bij de psychiaters als bij de revalidatieartsen en de neurologen, bovenaan hun lijst van voorwaarden te staan: beide zijn niet alleen door hen het meest aangekruist als belangrijke voorwaarde maar beide hebben bij hen ook vrijwel dezelfde hoogste gemiddelde score. Bij de orthopeden ligt de nuance iets anders. Bij hen komt op de eerste plaats dat de honorering van spoedconsulten op verzoek van de bedrijfsarts niet meer ten laste komen van hun macrobudget en daarna zijn door hen als de meest belangrijke voorwaarden voor een betere samenwerking genoemd: de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts, de gezondheid van de patiënt als uitgangspunt nemen, en een betere vergoeding voor het geven van schriftelijke informatie.

6. Samenvatting van het onderzoek

6.1 Inleiding

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft TNO Arbeid twee onderzoeken uitgevoerd naar de samenwerking in de praktijk tussen behandelend arts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers. Het eerste onderzoek is gehouden onder huisartsen en bedrijfsartsen. De resultaten hiervan zijn begin 1997 gepubliceerd¹². Het onderzoek is vervolgd met een onderzoek onder medisch specialisten, waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan. Alvorens in te gaan op de belangrijkste resultaten van het onderzoek onder medisch specialisten, wordt onderstaand kort de achtergrond en het doel van het onderzoek weergegeven en de opzet en uitvoering nader toegelicht.

a. Achtergrond en doel van het onderzoek

Al vele jaren vormt de gebrekkige samenwerking tussen behandelend artsen en sociaal-geneeskundigen (bedrijfs- en verzekeringsartsen) bij sociaal-medische begeleiding (SMB) één van de oorzaken van onnodig ziekteverzuim en langerdurende arbeidsongeschiktheid¹³. Vanaf het begin jaren negentig vormt het verbeteren van die arbo-curatieve samenwerking een belangrijke doelstelling van het ministerie van VWS. Conform het derde uitgangspunt van het kabinetsstandpunt inzake SMB (juni 1992), gezamenlijk voorbereid door VWS en SZW, werd daartoe als één van de wegen gezien het bevorderen van een 'open communicatie' tussen de curatieve sector en de verzuimbegeleider i.c. de bedrijfsarts; onder respectering van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts en de verschillende taken van respectievelijk de behandelend arts en de begeleidend arts. Aan dit begrip is daarna door de KNMG de volgende invulling gegeven: vrije gegevensuitwisseling tussen de artsen met veronderstelde toestemming van de patiënt.

Tegen deze achtergrond ondersteunde het ministerie de afgelopen jaren tal van conferenties en projecten waarbij zowel behandelaars als sociaal-geneeskundigen nadrukkelijk werden geconfronteerd met de samenwerkingsproblematiek rond arbeid en gezondheid. Dit miste z'n doorwerking niet. Op landelijk bestuurlijk niveau ontstond steeds meer draagvlak voor de beoogde samenwerking. Het betekende echter nog niet automatisch een verbetering van de concrete samenwerking in de praktijk van alledag. Dit deed bij het ministerie van VWS de vraag rijzen in hoeverre de overtuiging van

¹² R.J. van Amstel en P.C. Buijs, *Voor verbetering vatbaar* (deel 1), *de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal medische begeleiding*, TNO Arbeid (voorheen NIA TNO), Hoofddorp, 1997.

¹³ Zie onder meer Merens-Riedstra en Van Ende (1973), Buijs (1985), Klein Hesselink e.a. (1993) en Schröer (1993).

nut en noodzaak van een betere samenwerking ook gedeeld werd door degenen die dit in de praktijk gestalte moeten geven. Om hierin inzicht te krijgen alsmede praktische aanwijzingen hoe de beoogde samenwerking verder gestimuleerd kon worden, werd besloten onderzoek te laten uitvoeren 'onder de actoren op het uitvoerend niveau'. Hierbij was het verzoek het onderzoek te concentreren op de gang van zaken in de praktijk: hoe verloopt de samenwerking thans, welke knelpunten worden daarbij ervaren en hoe zou volgens de betrokken artsen de samenwerking kunnen worden verbeterd?

b. Opzet en uitvoering

Als methode van onderzoek is bij beide onderzoeken gebruik gemaakt van een uitgebreide schriftelijke enquête die voor alle drie groepen - huisartsen, bedrijfsartsen en medisch specialisten - een (groot) deel dezelfde vragen bevatte en voor een deel was toegesneden op de specifieke onderzoeksgroep.

Voor de samenstelling van de onderzoeksgroep 'medisch specialisten' werd besloten het onderzoek te houden onder de vier specialismen waarmee bedrijfsartsen - zoals uit het onderzoek onder hen inmiddels was gebleken - het meest contact hebben: orthopeden, neurologen, psychiaters en revalidatieartsen. Voor het trekken van de steekproeven is een beroep gedaan op de adressenbestanden bij de Wetenschappelijke Verenigingen van deze beroepsgroepen.

Het veldwerk is om praktische redenen in etappen uitgevoerd. In september 1998 konden de revalidatieartsen en neurologen worden benaderd, in maart 1999 de psychiaters en orthopeden.

Bij alle vier groepen werd de vragenlijst begeleid met een brief van hun Wetenschappelijke Vereniging. Enkele weken daarna volgde bij elk nog een reminder.

Het responspercentage bij de neurologen is in dit geval niet te geven aangezien de vragenlijsten naar de maatschappen neurologie zijn gestuurd en niet bekend is om hoeveel neurologen het hierbij ging. Het responspercentage bij de revalidatieartsen bedroeg 53%, bij de psychiaters 48% en bij de orthopeden 32%.

Het heeft een onderzoeksgroep opgeleverd van in totaal 622 praktiserend medisch specialisten, bestaande uit 129 revalidatieartsen, 143 neurologen, 195 psychiaters en 155 orthopeden.

c. Generaliseerbaarheid van de gegevens

De in het onderzoek onderscheiden specialistengroepen bevatten elk ruim voldoende respondenten om onderlinge vergelijkingen tussen deze groepen mogelijk te maken. Of de respondenten mogen worden beschouwd als representatief voor hun eigen beroepsgroep, valt in dit geval niet te zeggen. Hiervoor ontbreken namelijk kerncijfers over de onderscheiden beroepsgroepen aan de hand waarvan kan worden nagegaan of de landelijke verdeling afwijkt van de samenstelling van de betreffende onderzoeksgroep. Bij de hierna weergegeven percentages zal daarom steeds gesproken worden over 'de respondenten' respectievelijk *de orthopeden, neurologen, revalidatieartsen en psychiaters die aan het onderzoek hebben meegedaan*.

6.2 Samenvatting van de onderzoeksresultaten

Aan de hand van eerdergenoemde punten waarin het onderzoek inzicht moet geven, wordt onderstaand samengevat wat de betrokken medisch specialisten hierover naar voren hebben gebracht.

a. Hoe verlopen de huidige contacten met bedrijfsartsen?

Hoewel in het onderzoek de vier specialismen betrokken zijn met wie, naar uit eerder onderzoek bleek, bedrijfsartsen het meest contact hebben, wil dit niet zeggen dat daarmee sprake is van frequent contact. Van de 622 respondenten heeft circa de helft (51%) gemiddeld genomen niet meer dan twee keer per maand contact met een bedrijfsarts, ruim een kwart (27%) minder dan één keer per maand, en 4% brengt naar voren dat zij feitelijk nooit contact hebben met een bedrijfsarts over een patiënt. Hierbij zitten echter wel verschillen tussen de vier groepen respondenten. Zo hebben de psychiaters het minst contact (74% hoogstens twee keer per maand), de orthopeden en de neurologen het meest (51% respectievelijk 46% heeft gemiddeld vijf keer of meer per maand contact met een bedrijfsarts) en de revalidatieartsen nemen hierbij een 'middenpositie' in.

In de praktijk gaat het initiatief voor onderling contact meestal van de bedrijfsarts uit, hoewel dit bij de revalidatieartsen iets genuanceerder ligt. Bijna de helft (47%) van deze groep respondenten geeft aan dat niet de bedrijfsarts maar zijzelf in de praktijk vaak het initiatief nemen voor contact en 6% dat het áltijd van hun uitgaat. Als de respondenten zelf contact zoeken met een bedrijfsarts dan doet tweederde dit voornamelijk telefonisch (32%) of meer telefonisch dan schriftelijk (34%). Tussen de onderzoeksgroepen zijn hierbij echter wel verschillen. Zo stellen de orthopeden en neurologen vaker dat zij uitsluitend schriftelijk met een bedrijfsarts contact opnemen. Wanneer de bedrijfsarts het initiatief neemt, dan is het beeld min of meer omgekeerd. Volgens 60% van de respondenten wordt er door de bedrijfsarts meer schriftelijk dan telefonisch contact met hen opgenomen en 27% meldt dat dit uitsluitend schriftelijk gebeurt.

Als de respondenten zelf het contact zoeken dan is dit meestal om redenen die verband houden met de begeleiding van hun patiënt door de bedrijfsarts, veel minder vaak om bijvoorbeeld een bedrijfsarts op meer preventieve zaken te attenderen, en vrij zelden om de bedrijfsarts door te geven dat men bij de patiënt een beroepsgebonden aandoening vermoedt of om door te geven dat men de patiënt geadviseerd heeft het werk te staken (of andersom, het werk te hervatten).

Wanneer bedrijfsartsen het initiatief voor contact nemen dan is dit volgens de respondenten meestal om hen nadere informatie te vragen over de aard van de klachten van een patiënt, over de inhoud van de behandeling of om een prognose omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid van een patiënt. Minder vaak wordt er volgens hen contact met hen opgenomen voor aanvullende informatie in verband met een keuring of om

bijvoorbeeld te overleggen over een gezamenlijk behandelings/begeleidingsplan bij de patiënt. En betrekkelijk zelden blijkt het voor te komen dat er met hen contact wordt gezocht om te proberen de wachttijd voor een werknemer te verkorten (en als dit al gebeurt dan zijn het vooral de orthopeden aan wie dit wordt gevraagd).

Het uitwisselen van informatie gebeurt in de praktijk volgens de meesten (70%), alleen na schriftelijke toestemming van de patiënt. Bij de respondenten zelf is de ervaring dat een patiënt die toestemming nooit of zelden weigert te geven.

Op de vraag naar een algemeen oordeel over hun contacten met bedrijfsartsen geeft 42% aan dat zij deze redelijk vinden verlopen en 40% vindt ze in het algemeen goed verlopen. Op dit punt komen er ook geen opvallende verschillen naar voren tussen de vier onderzoeksgroepen.

b. Welke knelpunten worden ervaren in de huidige samenwerking?

Onduidelijkheid over wiens belangen de bedrijfsarts behartigt (die van de werknemer of voornamelijk die van de werkgever) wordt door de respondenten, gemiddeld genomen, als hét belangrijke obstakel in de huidige samenwerking met de bedrijfsarts ervaren. Wordt hierbij naar de afzonderlijke onderzoeksgroepen gekeken dan staat dit punt bij de psychiaters bovenaan hun lijst van knelpunten. Bij de neurologen komt op de eerste plaats: onduidelijkheid over of de gevraagde informatie door de bedrijfsarts alleen gebruikt zal worden voor de begeleiding van de patiënt of ook voor de verzuimcontrole; bij de revalidatieartsen: dat er op dit moment geen richtlijnen voor beide partijen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking is geïndiceerd, en bij de orthopeden: dat schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat.

Daarnaast wordt door 23% van de respondenten ook het commerciëler worden van arbodiensten als belangrijk obstakel gezien, en door 22% dat zij niet echt 'open'/vrijuit met een bedrijfsarts van gedachten kunnen wisselen omdat men niet weet of die deze informatie eventueel zal doorgeven aan anderen.

Punten zoals het ontbreken van een vertrouwensrelatie tussen de bedrijfsarts en een patiënt, zelf als behandelend arts te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten, en het niet met elkaar kunnen communiceren over een patiënt zonder diens toestemming, worden door circa 1 op de 5 als belangrijke knelpunten aangewezen in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen.

Elkaar niet persoonlijk kennen en het gevoel dat bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij zo snel mogelijk de patiënt weer aan het werk krijgen, noemt 16% respectievelijk 14% nog als belangrijke knelpunten.

Tot slot wordt er nogal eens kritiek geuit op de slechte (telefonische) bereikbaarheid van de bedrijfsartsen alsmede op het feit dat men, ook bij dezelfde patiënt, steeds met andere bedrijfsartsen wordt geconfronteerd.

c. *Wil men een betere samenwerking met bedrijfsartsen?*

Bij velen, ruim 8 op de 10, leeft de wens voor een betere samenwerking (en hierbij komen ook geen verschillen tussen de onderzoeksgroepen naar voren). Zo geeft 71% van de respondenten aan dat men in het algemeen beter zou willen samenwerken met bedrijfsartsen en stelt 13% dat men alleen bij bepaalde patiënten graag (beter) onderling contact zou willen hebben.

Hierbij wordt vooral een pleidooi gehouden voor (meer) duidelijkheid van de kant van de bedrijfsartsen in de contacten wat zijzelf daadwerkelijk voor een patiënt kunnen en willen doen, alsmede een reëlere vergoeding voor het verstrekken van schriftelijke informatie.

d. *Hoé zou volgens de respondenten die samenwerking kunnen worden verbeterd?*

Twee punten worden door de respondenten met name aangewezen als belangrijke voorwaarden om de samenwerking tussen hen en bedrijfsartsen te kunnen verbeteren. Zo noemt 81% dat bedrijfsartsen dan het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werknemer/patiënt als uitgangspunt zullen moeten nemen, en 80% dat tevens de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd zal moeten zijn. Wordt hierbij naar de afzonderlijke onderzoeksgroepen gekeken dan staan zowel bij de psychiaters als bij de revalidatieartsen en de neurologen, deze twee punten bovenaan hun lijst van belangrijke voorwaarden voor een betere samenwerking. Bij de orthopeden is de volgorde iets anders. Bij hen komt op de eerste plaats dat de honorering van spoedconsulten op verzoek van de bedrijfsarts niet meer ten laste komen van hun macrobudget. Daarna worden echter ook door hen het meest genoemd als belangrijke voorwaarden voor een betere samenwerking: de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts en de gezondheid van de patiënt als uitgangspunt nemen. Daarnaast wordt met name door de orthopeden nog benadrukt dat er ook betere vergoeding zal moeten komen voor het geven van schriftelijke informatie.

Tenslotte

Eén van de aanleidingen indertijd tot het onderzoek was de vraag of de overtuiging bij de overheid dat met name een open communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts de samenwerking zou kunnen bevorderen, ook gedeeld werd door degenen die er in de praktijk mee moeten werken. Uit het onderzoek onder de huisartsen en bedrijfsartsen kwam al naar voren dat dit bij hen niet het geval was. Hetzelfde kan worden opgemerkt bij dit onderzoek. Ook de medisch specialisten die aan dit onderzoek hebben meegedaan, hebben zonder uitzondering dit punt onderaan de lijst gezet van voorwaarden om de samenwerking te verbeteren.

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1 Inleiding

Om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen heeft de overheid vanaf de jaren tachtig de nadruk gelegd op ingrepen in de sociale zekerheid en op de relatie met arbeidsomstandigheden, en veel minder op de rol en betekenis van de gezondheidszorg. Toch was sinds de jaren zeventig bekend dat de invloed daarvan niet altijd positief was, onder meer door (ook toen al) lange wachttijden en gebrekkige samenwerking tussen de betrokken artsen, met als gevolg: onnodig (lang) verzuim of zelfs vermijdbare arbeidsongeschiktheid.

Sinds 1990 voert VWS een activerend beleid door de medische wereld te stimuleren om eigen bijdragen te formuleren en daarnaast eigen doelen te formuleren en beleids- onderbouwend onderzoek te entameren. Beide lijnen leidden er onder andere toe dat artsenorganisaties én overheid hoge prioriteit gaven aan verbetering van de samenwerking tussen de curatieve en de arbo-sector.

De eerste lijn leidde er toe, onder andere via de in 1991 en 1993 door de KNMG georganiseerde 'Invitational Conferences' waarbij behandelaars en sociaal-geneeskundigen nadrukkelijk werden geconfronteerd met de samenwerkingsproblematiek, dat de artsenorganisaties het thema arbeid-gezondheid veel hoger op hun agenda plaatsten. Zo heeft de KNMG inmiddels al jaren een vaste adviescommissie, de Domus-commissie 'Arts en arbeidsgeschiktheid', en heeft ze tal van vervolgsymposia (mede)georganiseerd, onder andere over wachttijden en (aanstellings)keuringen. Vooral betere samenwerking/afstemming tussen de diverse betrokken artsen kreeg hoge prioriteit. Allereerst betrof dit de huis- en bedrijfsarts, door de LHV in 1994 in een schrijven aan de toenmalige minister van SZW Melkert als belangrijk beleidspunt genoemd. Haar achterban bleek daar echter anders over te denken, en beleidsimplementatie bleef vooralsnog uit.

Tot een doorbraak kwam het pas naar aanleiding van de tweede bovengenoemde, door VWS geïnitieerde lijn, te weten: onderzoek. Dat leidde er onder andere toe dat minister Borst (VWS) en staatssecretaris De Grave (SZW) begin februari 1997 het TNO-rapport *Voor verbetering vatbaar*, (deel 1), in ontvangst namen, samen met de voorzitters van de KNMG, LHV en NVAB. Allen ondertekenden een intentieverklaring om te komen tot een 'Plan van aanpak', en binnen twee maanden sloten LHV en NVAB een convenant met afspraken, die vrijwel alle aanbevelingen uit het TNO-onderzoek omvatten: gezamenlijke richtlijnontwikkeling, samenwerkingsexperimenten en -protocollen, faciliteren van informatie-uitwisseling, regionale (nascholings)activiteiten, en vooral: het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op de beoogde samenwerking bij SMB.

Medio 1998 kreeg minister Borst dit *Visiestuk* aangeboden, onderschreven door beide besturen en ledenvergaderingen, en ook toegezonden aan alle huis- en be-

drijfsartsen, onder andere in een special van het LHV-blad *De Huisarts*, met daarin begeleidende artikelen met koppen als: 'De koude oorlog voorbij!'. Een kloof van decennia oud leek overbrugbaar te worden. (Voor de inhoud van dit visiestuk wordt verwezen naar bijlage 7 van dit rapport.)

Deze ontwikkeling bleef niet onopgemerkt in de buitenwereld: medio 1997 wees de werkgeversorganisatie VNO-NCW de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid al op het belang van eerdergenoemd TNO-rapport. Begin 1998 deed de Stichting van de Arbeid hetzelfde en spoorde de artsorganisaties aan om de aanbevelingen uit dat onderzoek ter harte te nemen. En medio 1998 bracht de Sociaal Economische Raad (SER) unaniem een belangwekkend advies uit: *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*. Daarin bleek een belangrijke plaats ingeruimd voor het TNO onderzoek en de erop volgende toenadering tussen LHV en NVAB, en werd de overheid gevraagd dit proces van harte te ondersteunen.

Die toenadering speelde ook een vitale rol bij het ontstaan van het plan *Structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector*, opgesteld door alle bij deze lastige problematiek betrokken organisaties (die inmiddels het *Platform aanpak wachttijden curatieve zorg* vormen onder leiding van oud-staatssecretaris Dees; begin 1999 door minister Borst geïnstalleerd). In dit plan vormt betere arbo-curatieve samenwerking een scharnierpunt in de twaalf opgestelde actiepunten. Met name is er geld gereserveerd om, in het verlengde van eerdergenoemd Visiestuk, de samenwerking huisarts-bedrijfsarts in de praktijk uit te proberen in zes proefregio's.

Andere belangwekkende ontwikkelingen na het uitkomen van het rapport *Voor verbetering vatbaar I* zijn met name het SMB-programma van ZON (ZorgOnderzoek Nederland). Het eerste deel, ontwikkeld in opdracht van VWS, is volop in uitvoering. Onlangs is er een tweede deel aan toegevoegd, opnieuw ten bedrage van 2,5 miljoen gulden, gefinancierd door SZW. Hoofdlijnen van het programma zijn:

a. Richtlijnontwikkeling

In dat kader is door de KNMG het PARAG-project gestart (Project Afstemming Richtlijnen Arbeid Gezondheid) van NHG (huisartsen), NVAB (bedrijfsartsen), CBO (medisch specialisten) en LISV (verzekeringsartsen), resulterend in onder andere een richtlijn 'Samenwerking huisarts-bedrijfsarts bij psychische problematiek', ontwikkeld en uitgebracht door de SKB (Stichting Kwaliteitsbevordering BGZ).

b. Deskundigheidsbevordering

In dat kader is inmiddels een groot project gestart van de bedrijfs- en huisartsenopleidingen in Amsterdam, dat moet uitmonden in diverse modules over samenwerking huisarts-bedrijfsarts voor basis- en vervolgonderwijs.

c. Regionale initiatieven

In dat kader zullen, in vervolg op een inventariserende studie *Samenwerking in de regio* door Hento en Prins (1999), in 2000 deelprojecten van start gaan, waarbij naast de as 'huisarts-bedrijfsarts' nadrukkelijk andere disciplines betrokken zullen gaan worden zoals bijvoorbeeld medisch specialisten

Voorts heeft ook de Nederlandse vereniging voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) diverse samenwerkingsprojecten geëntameerd, waarbij de samenwerking huis- en bedrijfsarts een rol speelt.

Tenslotte hebben VWS en het Platform aanpak wachttijden curatieve zorg, TNO Arbeid gevraagd een leidraad te ontwikkelen als hulpmiddel voor huis- en bedrijfsartsen om te kunnen beoordelen en beslissen wanneer samenwerking/afstemming wel en wanneer niet geïndiceerd is, hoe dan te handelen en hoe de betrokken werknemer/patiënt te adviseren. Deze leidraad zal in de loop van 2000 ter beschikking worden gesteld aan alle betreffende professionals in het land, alsook in bredere kring van betrokkenen (werkgevers- en werknemersorganisaties, verzekeraars, regionale en lokale overheden e.d.).

Tot zover een beknopte schets van ontwikkelingen, die vooral voortgekomen zijn uit *Voor verbetering vatbaar 1*. Een samenvatting van dat onderzoek is opgenomen in bijlage 8 van dit rapport.

Nu eenzelfde beeld naar voren komt uit het onderhavige onderzoek onder medisch specialisten: een sterke wens tot betere samenwerking, de vele ideeën ter realisering daarvan en de identificatie van obstakels, valt te hopen dat ook tussen hen en bedrijfsartsen een constructief en creatief vervolgtraject tot stand zal komen. Mede in dat licht dienen de volgende conclusies en aanbevelingen gezien te worden.

7.2 Conclusies

1. *De huidig contacten zijn weinig intensief, eenzijdig en voornamelijk beperkt tot informatie-uitwisseling*

Van de medisch specialisten die in dit onderzoek zijn betrokken (orthopeden, neurologen, revalidatieartsen en psychiaters) heeft een kwart van de respondenten minder dan één maal per maand contact met een bedrijfsarts, een kwart één à twee maal per maand en nog geen éénderde vijf keer of vaker per maand. Bijna altijd neemt de bedrijfsarts het initiatief voor contact, meest schriftelijk, en bijna altijd gaat het om het vragen van *feitelijke informatie* over klachten, behandeling, prognose of beperkingen van de patiënt/werknemer, en opvallend weinig voor intercollegiaal overleg. Van genoemde specialisten nemen alleen de revalidatieartsen ook vaak uit zichzelf contact op.

2. *Informed consent wordt gerespecteerd*

Hoewel de inhoud van de KNMG-code 'Beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens' slechts bij éénderde bekend is, blijkt volgens de meeste respondenten het vragen van schriftelijke instemming van de werknemer - de basis van deze code - in de praktijk het gangbare patroon (en weinig problemen op te leveren). Een 'open

communicatie', in de zin van: met *veronderstelde* instemming van de werknemer, blijkt door de betrokkenen niet nodig gevonden.

3. *Privatisering heeft niet geleid tot betere samenwerking*

Van de respondenten vindt tweederde dat het *aantal* en de *aard* van de contacten met bedrijfsartsen na de privatisering van de Ziektewet gelijk is gebleven. Een kwart meldt wel *meer* contacten, maar slechts weinigen melden een - wèl beoogde - verbetering, en eveneens weinigen een verslechtering.

4. *Duidelijke wensen tot verbetering*

Het overheidsstreven naar een betere arbo-curatieve samenwerking vindt wèl weerklank. Al beoordelen de meeste respondenten hun contacten met bedrijfsartsen als redelijk tot goed, toch acht ruim 8 op de 10 het belangrijk dat er beter wordt samengewerkt. Het gaat dan om wensen als: bedrijfsartsen moeten, voor- en achteraf, beter aangeven wat zij werkelijk voor patiënten (hebben) kunnen doen, en hoe hun werksituatie is. Ook moeten zij vragen wat de *medische beperkingen* zijn, en niet wanneer het werk kan worden hervat. Voorts dienen de contacten (vooral door de psychiaters benadrukt) meer te gaan over preventie en reïntegratie dan over (legitimering van) ziekteverzuim en moeten bedrijfsartsen aangeven of de gevraagde informatie tevens het loon kan beïnvloeden. Vooral orthopeden pleiten daarnaast voor een reëlere vergoeding voor informatie-uitwisseling.

5. *Duidelijke knelpunten in de huidige samenwerking*

Naast het ontbreken van samenwerkingsrichtlijnen noemen de respondenten als belangrijkste knelpunten in de samenwerking met bedrijfsartsen: onduidelijkheid of de bedrijfsarts niet vooral de werkgeversbelangen behartigt, of hij curatieve informatie ook gebruikt voor controle/claimbeoordeling, en over wat hij eigenlijk kan en wil doen voor patiënten. Kortom, net als bij het onderzoek onder de huisartsen vormt ook hier het onduidelijke beeld van bedrijfsartsen een groot obstakel in de huidige samenwerking.

6. *Veel eenstemmigheid over voorwaarden voor verbetering*

De voorwaarden voor verbetering laten (eveneens) veel eenstemmigheid zien. Zo stelt 8 op de 10 geënquêteerde medisch specialisten: als bedrijfsartsen hun professionele autonomie waarborgen en het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen, zal de samenwerking beter verlopen. Circa driekwart (en de psychiaters nog wat vaker) noemt de garantie dat informatie alleen wordt doorgegeven met informed consent, tweederde noemt richtlijnontwikkeling, en circa 6 op de 10 (de psychiaters nog wat meer) stelt: bedrijfsartsen moeten aangeven wat zij concreet kunnen doen en voor welk doel - begeleiding of controle - zij informatie vragen. Daarnaast willen de neurologen en vooral de orthopeden een reële vergoeding voor tijd die informatie-uitwisseling kost, en dat spoedconsulten/behandelingen buiten het macrobudget vallen. Kortom, de hoofdvraag van

VWS - Kan de samenwerking verbeterd worden? - valt positief te beantwoorden, temeer daar eerder al de huis- en bedrijfsartsen op vergelijkbare wijze hebben gereageerd.

Uit het onderzoek vallen ook *nog andere conclusies* te trekken die van belang zijn voor het verbeteren van die samenwerking, zoals:

7. Verwijzen door bedrijfsarts kan, mits *nà* overleg met de huisarts

Een delicate kwestie is het rechtstreeks verwijzen door bedrijfsartsen naar medisch specialisten. Tweederde van de respondenten vindt dat toegestaan *nà* overleg met de huisarts. De orthopeden geven daarbij vaker aan er eigenlijk helemaal geen bezwaar tegen te hebben, terwijl de neurologen juist wat vaker zeggen er zonder meer op tegen te zijn dat bedrijfsartsen rechtstreeks naar hen verwijzen.

8. Aandacht voor advisering over werk

Tweederde van de respondenten vindt het hun taak werkstakings- en hervattingsadviezen te geven (al staat dit niet in een takenpakket omschreven, zoals bij huisartsen), en bijna driekwart zegt dat ook altijd of vaak te doen. Tevens meldt 60% *altijd*, en 31% *vaak* te informeren naar ziekteverzuim. Echter, nog geen 4 op de 10 adviseert 'vaak' of 'altijd' of een patiënt kan werken in afwachting van nader onderzoek of een behandeling, ondanks soms forse wachttijden. Hier lijkt dus nog winst te behalen. Wellicht kan dit worden bevorderd als bedrijfsartsen vaker informatie terugkoppelen over de werksituatie van een patiënt, zoals ruim éénderde van de respondenten wenst.

9. Wachttijden nemen eerder toe dan af

Bij nog geen éénderde van de respondenten kan men binnen twee weken terecht voor een eerste consult bij een niet-levensbedreigende aandoeningen. Bij 50% van de revalidatieartsen en ruim 4 op de 10 orthopeden bedraagt deze wachttijd vijf weken of meer. Volgens circa de helft zijn deze wachttijden vergeleken met een jaar daarvoor gelijkgebleven, éénderde meldt een toename en slechts 10% een afname. Adviseren of een patiënt tijdens een wachttijd kan blijven werken kan dus wellicht onnodig arbeidsverzuim voorkomen (zie ook de voorgaande conclusie).

10. Een genuanceerd oordeel over voorrangbehandeling

Over een andere oplossing voor wachttijden - voorrangbehandeling van zieke werknemers - wordt genuanceerd gedacht. Ruim een kwart van de respondenten is hierop zonder meer tegen of vindt dat dit alleen kan wanneer hiervoor een medische indicatie is. De overigen hebben er geen bezwaar tegen bij een sociaal-medische indicatie (36%) of als er sprake is van een beroepsgerelateerde aandoening (20%). Met name de orthopeden hebben er (ook) geen bezwaar tegen wanneer de behande-

lingskosten dan niet ten laste komen van het macrobudget en/of de behandeling buiten de reguliere spreekuur- of kliniektijd plaatsvindt.

7.3 Aanbevelingen

Uit het voorgaande vallen de volgende aanbevelingen te destilleren om de samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen daadwerkelijk te verbeteren. Het realiseren daarvan vereist allereerst stappen van de betrokken artsorganisaties, inclusief de KNMG en de Orde van Medisch Specialisten. Medewerking van de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA), de sociale partners, de overheid en andere betrokkenen zal echter op diverse punten nodig zijn.

Aanbeveling 1 Opheldering binnen curatieve sector over positie en taken van de bedrijfsarts

De belangrijkste knelpunten en voorwaarden voor verbetering wijzen erop dat samenwerking pas echt kan lukken als bij behandelend artsen het onduidelijke beeld van bedrijfsartsen, ook op basis van praktijkervaringen, verandert in dat van volwaardige collega's, specialisten voor arbeid-gezondheid, die bescherming en bevordering van de gezondheid van werknemers als uitgangspunt nemen, professioneel onafhankelijk zijn en geen curatieve informatie doorgeven aan derden zonder informed consent van de werknemer. Dat vereist een gerichte ophelderingscampagne van de NVAB en BOA, gesteund door de Wetenschappelijke Verenigingen van de betrokken medische specialisten, de Orde, KNMG en LVSG, en door de overheid (VWS en SZW) en de sociale partners. Materiaal is er voldoende: het Professioneel Statuut (1997) de Beroepscode (1989) en het Beroepsprofiel (1995) van de NVAB bieden heldere antwoorden op de grootste knelpunten. Zo'n campagne zou onderdeel kunnen uitmaken van een veel bredere ophelderingsactie onder het grote publiek, met name onder werknemers. Zoiets heeft uiteraard alleen zin als bedrijfsartsen in de praktijk ook naar dat beeld (kunnen) handelen.

Aanbeveling 2 Duidelijkheid over verwijzen

Duidelijkheid bij alle betrokkenen lijkt gewenst over het verwijzen door de bedrijfsarts, in relatie tot de zogenoemde poortwachtersfunctie van de huisarts. LHV en NVAB zijn in hun Visiestuk hierover het volgende overeengekomen: 'De huisarts blijft de centrale verwijzer, maar het moet mogelijk zijn dat op initiatief van de bedrijfsarts, handelend vanuit zijn deskundigheid, in overleg met de huisarts een verwijzing tot stand komt.' Deze passage kan als basis dienen voor overleg met alle betrokkenen om tot eenduidige afspraken te komen.

Aanbeveling 3 Gezamenlijke richtlijnontwikkeling

Een constructieve bijdrage van beide kanten aan een betere samenwerking kan zijn het samen ontwikkelen van richtlijnen, zowel procedureel als inhoudelijk, rond specifieke aandoeningen. Begonnen zou bijvoorbeeld kunnen worden met een veel voorkomende arbeidsrelevante aandoening op het terrein van elk der vier bij dit onderzoek betrokken specialismen. In de ZON-programma's SMB I en II wordt hiermee al ervaring opgedaan via het PARAG-project (waarover in paragraaf 7.1 al het een en ander is aangestipt).

Aanbeveling 4 Honorering wens honoreren

Kwam bij de huisartsen al duidelijk als randvoorwaarde voor betere samenwerking een reële vergoeding naar voren voor tijd, besteed aan die samenwerking, bij de ondervraagde medisch specialisten ligt dit nog pregnanter. Het is hier niet de plaats om nader aan te geven hoe dit aan te pakken - dat ligt meer op de weg van bijvoorbeeld de BOA, VWS en SZW of het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) -, maar wel om erop te wijzen dat deze wens niet genegeerd kan worden.

Aanbeveling 5 Draagvlak maken voor een Plan van Aanpak

De LHV en NVAB hebben in drie jaar tijd enkele forse stappen gezet op weg naar betere samenwerking (convenant, gezamenlijk visiestuk, proefregio's), mede op basis van een Plan van Aanpak, opgesteld naar aanleiding van de conclusies en aanbevelingen uit hun onderzoek. Dit werd gefinancierd door VWS en SZW, aangevuld door de betrokken artsorganisaties. Zo'n werkwijze valt ook nu weer te overwegen, waarbij ook de Orde van Medisch Specialisten te betrekken valt. Daarbij kunnen dan meteen de ervaringen benut worden die in LHV- en NVAB-kring zijn opgedaan.

Zo'n Plan van Aanpak is dan allereerst bedoeld om op basis van de onderzoeksresultaten, en met commitment van de betrokken besturen een Vervoltraject uit te zetten, enerzijds gericht op het zetten van concrete vervolgstappen, anderzijds op het creëren van draagvlak onder de betreffende beroepsbeoefenaren, om de implementatiekansen van vervolgstappen in de praktijk te vergroten.

Voor het verwerven van meer draagvlak voor vervolginiciatieven lijkt het tevens nuttig nadere bekendheid te geven aan onderhavig onderzoek, in samenhang met het eerdere onderzoek onder bedrijfs- en huisartsen en de daarop volgende stappen, bijvoorbeeld in de vorm van artikelen in de periodieken van de vier specialismen, en één of meerdere in de algemenere (internationale) medische vakbladen

Een en ander zou een bijdrage kunnen leveren aan waar het uiteindelijk om gaat: het in de praktijk komen tot een betere samenwerking tussen medisch specialist en bedrijfsarts, ten bate allereerst van een betere sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers.

Literatuur

Amstel, R.J. van, Buijs, P.C., *Voor verbetering vatbaar. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding*, TNO Arbeid (voorheen NIA TNO), Hoofddorp, 1997

Anema, J.R. en A.M. van der Giezen, *Weinig communicatie tussen bedrijfsarts en curatieve sector over belemmeringen voor werkhervatting na langdurige arbeidsongeschiktheid wegens lage rugklachten*, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1999; 11: 572-5

Buijs, P.C., *Curatieve gezondheidszorg, ziekte en arbeidsongeschiktheid*, proefschrift, Stichting CCOZ, Amsterdam, 1985

Buijs, P.C., *Meer aandacht voor de relatie sociale zekerheid en gezondheidszorg*, In: Trends in arbeid 1999, Houtman, I.L.D., Smulders, P.G.W., Klein Hesselink, D.J (red.), Samson, Alphen aan den Rijn, 1999

Hento, I. en R. Prins, *Samenwerking in de regio. Een onderzoek naar de samenwerking tussen bedrijfsarts en curatieve sector*, ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag, juni 1999.

Klein Hesselink, D.J., H.J. Kruidenier, T.J. Veerman en P.C. Buijs, *Afwezigheid verklaard*, literatuurstudie naar determinanten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, NIA, Amsterdam, 1993

KNMG, *Code voor beheer en verkeer sociaal-medische gegevens*, Medisch Contact, 1995; 50: 101-3

KNMG, notitie van de Domus-commissie Artsen en arbeidsongeschiktheid, *Samenwerken bij sociaal-medische begeleiding*, curatieve handelingen door de bedrijfsarts en verzuimbegeleiding door de huisarts, Utrecht, 1996

KNMG, *Code samenwerking bij arbeidsverzuim*, Utrecht, december 1998

LHV-NVAB, *Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers. Gezamenlijke visie van de LHV en NVAB op de plaats en taak van beide disciplines*, Utrecht, 1998.

Merens-Riedstra, H.S., en W.J. van Ende, *Verslag van een onderzoek naar samenwerking tussen artsen*, Medisch Contact, 28, p. 717, 1973

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Brief van de minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid betreffende het kabinetsstandpunt sociaal-medische begeleiding*, Den Haag, 1 juni 1992

NVAB, *Beroepscode van de bedrijfsarts*, Utrecht, 1989

NVAB, *Beroepsprofiel van de bedrijfsarts, nieuwe stijl*, Utrecht, 1995

NVAB, *Professioneel Statuut voor de bedrijfsarts*, Utrecht, 1997.

NVVG/NVAB, *Eén arts voor arbeid en gezondheid*, Utrecht/Amsterdam, 1993

Platform aanpak wachttijden zorgsector i.o., *Structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector*, Zeist, juli 1998

Platform aanpak wachttijden curatieve zorg, *'De aanval op de wachtlijsten is ingezet', Eerste rapportage van het Platform aanpak wachttijden curatieve zorg*, Zeist, augustus 1999

Schröer, C.A.P., *Verzuim wegens overspanning: een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop*, proefschrift, Universitaire Pers Maastricht, Maastricht, 1993

Sociaal Economische Raad, *Advies 'Sociale zekerheid en gezondheidszorg'*, SER, Den Haag, 1998

VNO-NCW, *Brief aan de voorzitters en leden van de Vaste Commissies voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Onderwerp: Sociale zekerheid en zorg.*, Den Haag, briefnummer 97/14.045/PI/SZ, juni 1997

Wolde, J.T. van, *Wachttijden gezien door de bril van de bedrijfsvereniging, Een onderzoek naar de invloed van wachttijden in de curatieve sector op de duur van het ziekteverzuim van ziekteverzekerden*, BVG, Zeist, 1994

Bijlage 1

Vragenlijst en introductiebrieven

**DE SAMENWERKING TUSSEN
MEDISCH SPECIALIST EN BEDRIJFSARTS
BIJ SOCIAAL-MEDISCHE BEGELEIDING**

VRAGENLIJST

Deze vragenlijst is bedoeld om een beeld te krijgen van de samenwerking in de praktijk tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers: Wanneer is er sprake van samenwerking en hoe verloopt die? Wat zijn de knelpunten en hoe zou het volgens de betrokkenen beter kunnen?

Waarom dit onderzoek?

Deze vragenlijst is een onderdeel van het onderzoek naar de samenwerking tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen dat TNO Arbeid (voorheen het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA TNO) op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verricht. Doel van dit onderzoek is om aan de hand van de ervaringen uit de praktijk en de wensen die er in het veld leven voor verbeteringen, aanwijzingen te krijgen hoe genoemde samenwerking zou kunnen worden bevorderd.

Vertrouwelijkheid

Op de vragenlijst hoeft u uw naam en adres niet te vermelden: uw medewerking en de door u verstrekte gegevens blijven hierdoor strikt anoniem. Via bijgevoegde antwoordenvolp wordt de vragenlijst rechtstreeks naar TNO Arbeid gestuurd. De vragenlijsten komen buiten het onderzoeksteam aldaar niemand onder ogen, en zullen na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Indien u er prijs op stelt dat wij u na afloop van het onderzoek een samenvatting toesturen, dan kunt u dit vermelden op een los formulier dat bij deze vragenlijst is gevoegd. Bij binnenkomst van de antwoordenvolp zal dit formulier meteen van de vragenlijst worden gescheiden.

Opbouw van de vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit verschillende onderdelen. Eerst worden er vragen gesteld over algemene achtergrondgegevens en uw werksituatie, en vervolgens over uw contacten met bedrijfsartsen en uw ervaringen daarmee. Tot slot worden er vragen gesteld naar hoe de samenwerking tussen medisch specialist en bedrijfsarts er volgens u zou moeten uitzien en welke knelpunten daarvoor zouden moeten worden opgelost.

Hoe de vragenlijst in te vullen?

- De meeste vragen hebben een aantal antwoordmogelijkheden. Door het *cijfer* achter een van deze mogelijkheden te *omcirkelen*, geeft u aan welk antwoord voor u van toepassing is.
- Bij sommige vragen wordt een korte toelichting van u gevraagd.
- Soms kunt u vragen overslaan. Dan staat er achter de door u omcirkelde code een pijl -> met 'doorgaan met vraag ...'.

Eventuele aanvullende opmerkingen kunt u bij de vragen zelf aangeven of gebruik maken van de ruimte die hiervoor achterin de vragenlijst is gereserveerd.

Tijdsduur

Het invullen van de vragenlijst zal naar schatting zo'n 15 à 20 minuten duren. Hopelijk is dat, ondanks uw schaarse tijd, geen al te groot bezwaar om aan het onderzoek mee te werken.

Problemen met invullen?

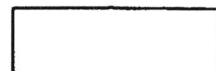
Als u vragen heeft bij het invullen of nadere informatie over het onderzoek wilt hebben, dan kunt u vanzelfsprekend altijd even contact met ons opnemen (telefoon: 023 - 5549506) en vragen naar Peter Buijs of Renée van Amstel.

Wij verzoeken u vriendelijk om deze vragenlijst zo spoedig mogelijk
aan ons terug te sturen in bijgevoegde antwoordenvolp.
Een postzegel is niet nodig.

Wij hopen op uw medewerking te mogen rekenen en danken u bij voorbaat voor de moeite.

Met vriendelijke groet,
TNO Arbeid

dr. P.C. Buijs en mevr. drs R.J. van Amstel
(sociaal-geneeskundige resp. socioloog)
projectleiders van dit onderzoek



Allereerst willen we graag wat algemene achtergrondgegevens weten van uzelf en uw werksituatie.
 (Graag steeds het CIJFER omcirkelen achter het antwoord dat voor u van toepassing is)

1a. Wat is uw leeftijd?	- jaar
1b. En uw geslacht?	- man 1 - vrouw 2

2a. Wat is uw medisch specialisme?	- orthopedie 1 - neurologie 2 - revalidatie 3 - psychiatrie 4 - ander medisch specialisme, nl.
2b. Bent u in dit specialisme momenteel praktizerend?	- ja 1 - nee, niet (meer) praktizerend 2 -> doorgaan naar vraag 24

3a. Hoe zoudt u de praktijk omschrijven waarin u momenteel werkzaam bent?	- solopraktijk 1 - maatschap 2 - anders, nl.
3b. Is uw praktijk binnen of buiten een ziekenhuis (of een revalidatiecentrum) gevestigd?	- binnen een ziekenhuis 1 - buiten een ziekenhuis 2 - binnen en buiten een ziekenhuis 3 - anders, nl.
3c. Hoe zoudt u het gebied typeren waarin uw praktijk gevestigd is?	- platteland 1 - verstedelijkt gebied 2 - grote stad 3 (100.000 of meer inwoners)
3d. In welke regio van het land? <i>Noord (Groningen, Friesland, Drenthe)</i> <i>Oost (Gelderland, Overijssel, Flevoland)</i> <i>West (Z-Holland, N-Holland, Utrecht)</i> <i>Zuid (Limburg, N-Brabant, Zeeland)</i>	- Noord 1 - Oost 2 - West 3 - Zuid 4
3e. Hoeveel jaar bent u in deze praktijk werkzaam?	- . . . jaar in deze huidige praktijk werkzaam

<p>4. Heeft u voordat u uw opleiding tot medisch specialist ging volgen, nog een andere functie als arts uitgeoefend?</p> <p><i>(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - nee 1 - ja, ik heb eerst gewerkt als: <ul style="list-style-type: none"> . huisarts 2 . assistent geneeskundige niet in opleiding (AGNIO) 3 . verzekeringsgeneeskundige 4 . bedrijfsarts 5 . (nog) een andere functie als arts uitgeoefend, nl.
---	---

<p>5. Wanneer een patiënt/werknemer bij u op het spreekuur komt: Informeert u dan tijdens het gesprek bij betrokkene of hij/zij zich vanwege deze klachten op het werk heeft ziekgemeld?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - altijd 1 - vaak 2 - soms 3 - nooit 4
---	---

<p>6. Vindt u het een taak van een medisch specialist een patiënt/werknemer te adviseren dat hij/zij het werken zou moeten staken?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nee 1 -> doorgaan met vraag 7 - ja 2 - geen mening 3
<p>6a. Geeft u zo'n advies in de praktijk altijd wanneer u te maken heeft met een patiënt die naar uw mening zijn/haar werk zou moeten staken?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - altijd 1 - vaak 2 - soms 3 - zelden 4

<p>7. En een patiënt/werknemer adviseren over het werk weer hervatten: Vindt u dat een taak van een medisch specialist?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nee 1 -> doorgaan met vraag 8 - ja 2 - geen mening 3
<p>7a. Geeft u zo'n advies in de praktijk altijd wanneer u te maken heeft met een patiënt die naar uw mening zijn/haar werk (eventueel aangepast) weer zou kunnen hervatten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - altijd 1 - vaak 2 - soms 3 - zelden 4

<p>8. En als u bij een patiënt/werknemer nader onderzoek wilt (laten) doen en u vermoedt dat daarbij wachttijden zullen optreden: Adviseert u uw patiënt dan over wel of niet werken gedurende deze wachttijd?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - altijd 1 - vaak 2 - soms 3 - zelden 4
---	--

9a.	Wat is momenteel bij uw spreekuur de gemiddelde wachttijd voor een eerste consult? (U moet hierbij uitgaan van een patiënt met een niet-levensbedreigende aandoening die een afspraak wil maken om bij u op het spreekuur te komen: binnen hoeveel weken kan hij/zij dan bij u terecht?)	
	- ongeveer weken	
9b.	Is die wachttijd vergeleken met vorig jaar langer of korter geworden?	<ul style="list-style-type: none"> - langer 1 - korter 2 - gelijk gebleven 3

10a.	Bent u bekend met de inhoud van de eind 1994 verschenen KNMG-code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens?	<ul style="list-style-type: none"> - ik ben daarvan op de hoogte 1 - daar heb ik alleen van gehoord 2 - is mij niet bekend 3 	-> doorgaan met vraag 11a
10b.	Valt er met deze code in de praktijk te werken?	<ul style="list-style-type: none"> - goed 1 - matig 2 - slecht 3 - geen mening 4 	

Een belangrijk onderdeel van of zelfs voorwaarde voor samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen, vormt het uitwisselen van informatie over patiënten. Daarover gaan de volgende vragen.

Allereerst willen we graag weten hoe en waarover met elkaar contact wordt opgenomen en hoe daarvoor aan de betrokken patiënt toestemming wordt gevraagd. Daarna gaan we in op uw ervaringen daarmee.

In deze vragenlijst verstaan wij onder bedrijfsartsen, artsen die verbonden zijn aan een arbodienst.
(Artsen bij een Uitvoeringsinstelling zoals het GAK, e.d - voorheen de bedrijfsverenigingen, de GMD en het ABP -, of artsen die verbonden zijn aan een verzekeringsmaatschappij, vallen hier dus niet onder!)

11a.	Wanneer u een schatting zou moeten maken: Hoe vaak komt het gemiddeld genomen in een maand voor dat u (telefonisch of schriftelijk) contact heeft met een bedrijfsarts over een patiënt?	<p>Contact met een bedrijfsarts over een patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - komt bij mij ongeveer per maand voor - komt bij mij gemiddeld genomen minder dan 1 keer p/maand voor 00 - nvt; ik heb nooit contact met een bedrijfsarts over een patiënt 88 	
11b.	Zijn uw contacten met bedrijfsartsen na de privatisering van de Ziektewet, toegenomen of afgenomen?	<ul style="list-style-type: none"> - toegenomen 1 - afgenomen 2 - gelijk gebleven 3 - nvt; daarvoor had ik ook al nooit contact met een bedrijfsarts 4 	-> doorgaan met vraag 24

12. Wie neemt meestal het initiatief voor contact?	Het initiatief voor contact tussen mij en een bedrijfsarts, gaat:	
	- <i>nooit</i> van mij uit	1 -> doorgaan met vraag 15
	- <i>zelden</i> van mij uit	2
	- <i>vaak</i> van mij uit	3
	- <i>altijd</i> van mij uit	4

13. Wanneer u het initiatief neemt: Hoè neemt u dan contact op met een bedrijfsarts over een patiënt?	- uitsluitend telefonisch	1
	- uitsluitend schriftelijk	2
	- meer telefonisch dan schriftelijk	3
	- meer schriftelijk dan telefonisch	4
	- is ongeveer gelijk verdeeld	5

14. Wanneer het initiatief van u uitgaat: waarover neemt u dan contact op met een bedrijfsarts?				
<i>(Achter iedere mogelijkheid steeds aangeven of dit relatief gezien vaak voorkomt, minder vaak, zelden of dat u daarvoor nooit contact opneemt met een bedrijfsarts)</i>				
Wanneer ik contact opneem met een bedrijfsarts is dat:	vaak	minder vaak	zelden	nooit
- omdat ik dan de patiënt wil verwijzen naar de bedrijfsarts	1	2	3	4
- om de bedrijfsarts te attenderen op de beperkingen van de patiënt voor werkhervatting	1	2	3	4
- om kenbaar te maken dat er m.i. iets moet gebeuren om de patiënt niet in de Ziektewet of de WAO te laten belanden	1	2	3	4
- om de bedrijfsarts nadere achtergrondinformatie te geven over de patiënt die voor hem/haar van belang kan zijn bij de begeleiding van de patiënt	1	2	3	4
- om met de bedrijfsarts de mogelijkheden te verkennen voor terugkeer van de patiënt op het werk	1	2	3	4
- omdat ik bij de patiënt een beroepsgebonden aandoening vermoed	1	2	3	4
- voor overleg over een gezamenlijk behandelingen/begeleidingsplan	1	2	3	4
- om te bespreken dat naar mijn mening de patiënt het werk weer kan hervatten en dat ik dat ook de patiënt heb geadviseerd	1	2	3	4
- om te bespreken dat naar mijn mening de patiënt het werk moet staken en dat ik dat ook de patiënt heb geadviseerd	1	2	3	4
- om naar aanleiding van de klachten van mijn patiënt(en) de bedrijfsarts te attenderen op eventuele preventieve maatregelen die genomen zouden moeten worden op het werk	1	2	3	4
- voor (nog) iets anders neem ik wel eens contact op met een bedrijfsarts, nl.				

Bij de vorige twee vragen hebben we het steeds gehad over de situatie dat u het initiatief nam om contact op te nemen met een bedrijfsarts. Onderstaand gaan we in op de situatie dat een bedrijfsarts met u contact opneemt over een patiënt.

<p>15. Hoè nemen bedrijfsartsen contact met u op over een patiënt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - uitsluitend telefonisch 1 - uitsluitend schriftelijk 2 - meer telefonisch dan schriftelijk 3 - meer schriftelijk dan telefonisch 4 - is ongeveer gelijk verdeeld 5 - nvt; het komt nooit voor dat een bedrijfsarts met mij contact opneemt 6 -> doorgaan met vraag 17a
<p>15a. Wanneer er telefonisch contact met u wordt opgenomen: Krijgt u dan van de bedrijfsarts een schriftelijke verklaring van de patiënt dat er toestemming voor is gegeven?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - altijd 1 - niet altijd 2 - nooit 3 - nvt; telefonisch wordt er nooit met mij contact opgenomen 4
<p>15b. En als er schriftelijk contact door een bedrijfsarts met u wordt opgenomen: Zit daar dan een schriftelijke verklaring van de patiënt bij dat er toestemming voor is gegeven?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - altijd 1 - niet altijd 2 - nooit 3 - nvt; schriftelijk wordt er nooit met mij contact opgenomen 4

<p>16. Wanneer een bedrijfsarts contact met u opneemt over een patiënt; waarover neemt die dan contact met u op?</p>				
<p><i>(Achter iedere mogelijkheid steeds aangeven of dit relatief gezien vaak voorkomt, minder vaak, zelden of dat een bedrijfsarts daarvoor nooit contact met u opneemt)</i></p>				
<p>Als een bedrijfsarts met mij contact opneemt is dat voor:</p>	<p>vaak</p>	<p>minder vaak</p>	<p>zelden</p>	<p>nooit</p>
<p>- nadere informatie over de aard van de klachten v.d patiënt</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- nadere informatie over de inhoud van de behandeling</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- een prognose van mijn kant omtrent de duur van arbeids-ongeschiktheid van de patiënt</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- overleg over een gezamenlijk behandelings/begeleidingsplan bij de patiënt</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- nadere informatie over de beperkingen van de patiënt om zijn/haar werk te kunnen hervatten</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- overleg over doorverwijzing van de patiënt naar een andere behandelaar</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- een verzoek of ik de wachttijd voor diagnostiek en/of behandeling van de patiënt wil proberen te verkorten</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- kanttekeningen bij mijn behandeling van de patiënt</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- gegevens om het meldingsformulier voor de Uitvoeringsinstelling verder in te kunnen vullen</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- aanvullende informatie in verband met een keuring die hij/zij moet uitvoeren bij de betrokken patiënt/werknemer</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>- voor (nog) iets anders neemt een bedrijfsarts wel eens het initiatief voor contact met mij, nl.</p>	<p>.....</p>			

<p>17a. Wat is uw algemene oordeel over de contacten die u met bedrijfsartsen heeft over uw patiënten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - verlopen in het algemeen goed 1 - verlopen redelijk 2 - verlopen matig 3 - verlopen slecht 4 - nvt; ik heb nooit contact met een bedrijfsarts over een patiënt 5 -> doorgaan naar vraag 24
<p>17b. Zijn die contacten na de privatisering van de Ziektewet, beter geworden of slechter geworden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - beter geworden 1 - slechter geworden 2 - gelijk gebleven 3 - geen mening 4

<p>18. Op welke punten zouden uw contacten met bedrijfsartsen (eventueel) beter kunnen? <i>(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ze zouden minder moeten gaan over (legitimering van) ziekteverzuim en meer over preventie, de reïntegratiemogelijkheden v.d. patiënt, e.d. 1 - er zou meer telefonisch overleg moeten zijn in plaats van schriftelijk informatie uitwisselen 2 - er zou in het algemeen meer overleg moeten plaatsvinden; bedrijfsartsen nemen zelden contact met mij op 3 - bedrijfsartsen tonen te weinig interesse in de patiënt zelf/ ze geven je niet het gevoel dat bij hen het belang van de patiënt voorop staat 4 - bedrijfsartsen zouden bij hun vraagstelling duidelijk moeten aangeven wat zij van hun kant voor een patiënt daadwerkelijk kunnen en willen doen 5 - bedrijfsartsen zouden bij hun vraagstelling informatiever moeten zijn over de werksituatie van de patiënt 6 - bedrijfsartsen moeten je niet vragen of de patiënt het werk weer kan hervatten, maar wat medisch gezien de beperkingen van de patiënt zijn 7 - er zou (meer) onderling overlegd moeten kunnen worden zonder expliciete toestemming van de patiënt 8 - bedrijfsartsen zouden (meer) terug moeten koppelen wat zij met jouw informatie/advies hebben gedaan; wat uiteindelijk voor de patiënt is geregeld/besloten 9 - bedrijfsartsen moeten duidelijk aangeven in welke hoedanigheid zij zich tot je wenden; dwz. of de informatie nodig is voor de begeleiding of (ook) de loondoorbetaling/uitkering van de patiënt kan gaan beïnvloeden 10 - voor het verstrekken van schriftelijke informatie moet een reële vergoeding komen in verhouding tot de tijd die het je kost 11 - (nog) een ander punt waarop de contacten beter zouden kunnen, nl. - niet van toepassing; geen wensen op dit gebied 88

19a. Hoe zoudt u de wijze waarop u informatie uitwisselt met bedrijfsartsen, in het algemeen genomen, typeren?

(Achter iedere mogelijkheid steeds de code omcirkelen die voor u van toepassing is)

Bij het uitwisselen van informatie over een patiënt met een bedrijfsarts:

dat is van toepassing:
helemaal gedeeltelijk niet

- | | | | |
|--|---|---|---|
| - stel ik me zeer terughoudend op | 1 | 2 | 3 |
| - geef ik alleen persoonlijke achtergrondinformatie door wanneer ik dat eerst met de patiënt heb besproken | 1 | 2 | 3 |
| - geef ik alleen informatie door wanneer ik daarvoor schriftelijk toestemming van de patiënt heb gekregen | 1 | 2 | 3 |
| - beperk ik me tot strikt feitelijke gegevens | 1 | 2 | 3 |
| - geef ik uitsluitend de informatie door waarom wordt gevraagd | 1 | 2 | 3 |
| - ik zou het nog anders willen typeren, nl.
.....
..... | | | |

19b. Is uw opstelling in deze nog afhankelijk van de aard van de informatie waarom het gaat, of van de bedrijfsarts of arbodienst met wie u informatie uitwisselt?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- | | |
|---|---|
| - nee | 1 |
| - ja, is mede afhankelijk van: | |
| . de aard van de informatie waarom het gaat | 2 |
| . van de bedrijfsarts met wie ik contact heb | 3 |
| . van de arbodienst waarmee ik informatie uitwissel | 4 |
| . is van nog iets anders afhankelijk, nl.
..... | |

20. Hoe vaak komt het, *gemiddeld genomen*, in een jaar voor dat een patiënt u geen toestemming geeft om informatie uit te wisselen/ contact op te nemen met de bedrijfsarts?

- | | |
|------------------------------------|---|
| - dat komt nooit voor | 0 |
| - ongeveer keer per jaar | |

21a. Is het u wel eens overkomen dat een patiënt achteraf ernstig bezwaar maakte tegen de informatie die u over hem/haar had gegeven aan de bedrijfsarts?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| - nee | 1 |
| - ja, dat is mij wel eens overkomen | 2 |

<p>21b. En is het u wel eens overkomen dat de informatie die u aan een bedrijfsarts had gegeven, achteraf voor andere doeleinden bleek te zijn gebruikt dan waarvoor u het had bedoeld/ het u was gevraagd?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nee 1 - ja, dat is mij wel eens overkomen 2 - weet ik niet 3
<p>21c. Hebben uw eigen ervaringen op dit terrein of uitspraken van het Medisch Tuchtcollege tegen uw collega's, de wijze waarop u informatie uitwisselt met bedrijfsartsen beïnvloed?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - heeft veel invloed 1 - heeft enige invloed 2 - heeft nauwelijks invloed 3

Uit het al eerder gehouden onderzoek onder bedrijfsartsen over hun samenwerking met behandelend artsen bleek dat bijna de helft bepaalde afspraken had met medisch specialisten of met specialistische centra waarnaar zij zo nodig konden verwijzen voor behandeling of diagnostiek. Daarover gaat het volgende blok vragen.

<p>22a. Heeft u of uw maatschap afspraken met bedrijfsartsen of arbodiensten over het verwijzen van werknemers voor nadere diagnostiek of behandeling?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nee 1 -> doorgaan met vraag 24 - ja 2
<p>22b. Gelden die afspraken alleen wanneer de betrokken werknemers bepaalde specifieke klachten hebben (zijn zij dus zogenoemd aandoeningsgebonden)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - die afspraken zijn er alleen voor bepaalde aandoeningen 1 - ze zijn niet-aandoeningsgebonden 2 - ligt anders, nl. 	
<p>22c. Met wie heeft u die afspraken?</p> <p><i>(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - met alle bedrijfsartsen met wie ik te maken heb 1 - met bedrijfsartsen bij een regionale dienst 2 - met bedrijfsartsen bij een dienst van een bedrijf/ een concern 3 - met bedrijfsartsen bij verschillende diensten 4 - alleen met bedrijfsartsen die ik persoonlijk ken 5 - ligt (nog) anders, ik heb die afspraken met: 	
<p>22d. Zijn die afspraken in de afgelopen twee jaar gemaakt of bestaan zij al langer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - die afspraken zijn twee jaar geleden of korter gemaakt 1 - zij bestonden al langer 2 - met een aantal bestonden zij al langer, met een aantal zijn zij pas in de afgelopen twee jaar gemaakt 3 	

22e. Waar komen die afspraken in het kort op neer?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- de bedrijfsarts kan patiënten voordragen voor een gemeenschappelijk spreekuur 1
- op kosten van de werkgever kan een spoedconsult voor een patiënt worden aangevraagd 2
- op kosten van de werkgever kunnen werknemers versneld behandeld worden buiten de reguliere spreekuurtijden of (poli)kliniek-tijden 3
- er wordt naar gestreefd dat alle noodzakelijke diagnostische handelingen op één dag/ zo kort mogelijk na elkaar worden uitgevoerd 4
- (nog) andere afspraken, nl.

.....

23a. Wat is het effect op de contacten tussen u en de bedrijfsartsen waarmee u die afspraken heeft:
Heeft u de indruk dat die contacten daardoor beter lopen?

- ja 1
- gedeeltelijk 2
- nee, daardoor lopen de contacten niet beter 3
- het ligt anders, nl.

.....

23b. En met de huisartsen in uw regio: Hebben die afspraken die u heeft met bedrijfsartsen uw relatie met hen beïnvloed?

- mijn relatie met de huisartsen is er:
- beter door geworden 1
 - slechter door geworden 2
 - niet door veranderd 3
 - geen mening 4

Tot slot van deze vragenlijst willen we het graag met u hebben over hoe u denkt dat de samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen zou kunnen worden verbeterd.

24. Om een betere samenwerking te krijgen, zullen uiteraard de knelpunten moeten worden weggenomen die er thans in de praktijk blijken te zijn. Onderstaand hebben we een aantal van die knelpunten op een rij gezet. Zoudt u steeds willen aangeven of dat een belangrijk knelpunt is, een minder essentieel knelpunt, of dat u dat in het geheel niet als een knelpunt ervaart in de samenwerking tussen u en bedrijfsartsen?

Een knelpunt in de samenwerking is het feit dat:	VOOR MIJ IS DAT:			
	een belangrijk knelpunt	minder belangrijk	geen knelpunt	geen oordeel
- je de bedrijfsartsen vaak niet persoonlijk kent.	1	2	3	4
- het voor de behandelend arts vaak onduidelijk is of de gevraagde informatie door de bedrijfsarts alleen gebruikt wordt voor begeleiding/reïntegratie of ook voor verzuimcontrole/claimbeoordeling.	1	2	3	4
- bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij de patiënt weer zo snel mogelijk aan het werk krijgen.	1	2	3	4
- het schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost, zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat.	1	2	3	4
- het voor behandelend artsen onduidelijk is of een bedrijfsarts nu de belangen van een werknemer behartigt of voornamelijk de belangen van de werkgever.	1	2	3	4
- je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je er toch steeds rekening mee moet houden dat de patiënt je dan zou kunnen aanklagen.	1	2	3	4
- je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je niet weet of de bedrijfsarts jouw informatie eventueel zal doorgeven aan anderen.	1	2	3	4
- je als medisch specialist geen beeld hebt van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt.	1	2	3	4
- je met de invoering van de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) niet meer weet wat je nu wel of niet meer aan bijvoorbeeld een bedrijfsarts kan doorgeven over een patiënt zonder diens toestemming.	1	2	3	4
- arbodiensten steeds commerciëler gaan werken.	1	2	3	4
- behandelend artsen te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten	1	2	3	4
- er voor beiden partijen geen richtlijnen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is.	1	2	3	4
- bedrijfsartsen geen vertrouwensrelatie met hun patiënten hebben zoals dat bij behandelend artsen het geval is.	1	2	3	4
- nog iets anders vormt voor mij een belangrijk knelpunt, nl.				

25. Nog een ander punt dat op dit moment volop in de belangstelling staat en de relatie tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen eventueel negatief kan beïnvloeden, is het punt van voorrangsbehandeling van zieke werknemers. Onder welke voorwaarden vindt u dat dit moet kunnen?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- alleen wanneer er een medische indicatie voor is, heb ik er geen bezwaar tegen 1
ik heb er (ook) geen bezwaar tegen wanneer:
- er een sociaal-medische indicatie voor is 2
- er sprake is van een beroepsgerelateerde aandoening 3
- de behandeling buiten de reguliere spreekuur/kliniektijd plaatsvindt 4
- de behandelingskosten niet ten laste komen van ons macro-budget 5
- nog anders, nl.

.....

26. Hoe zou een betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen er naar uw mening idealiter uit moeten zien; aan welke voorwaarden moet dan naar uw mening worden voldaan? Onderstaand hebben we een aantal kenmerken/voorwaarden op een rij gezet die wel eens in dit verband naar voren worden gebracht. Wilt u steeds aangeven of u dat ook uw mening is en hoe belangrijk die voorwaarde voor u is?

De samenwerking tussen medisch specialist en bedrijfsarts zou beter verlopen, wanneer:	VOOR MIJ IS DAT:			
	een belangrijke voorwaarde	minder belangrijk	niet belangrijk	geen oordeel
- voor beiden duidelijk is wanneer samenwerking nodig is en er richtlijnen zijn wie dan waar voor verantwoordelijk is.	1	2	3	4
- de bedrijfsarts bij een vraag om nadere informatie steeds aangeeft of hij/zij die nodig heeft voor de begeleiding van de patiënt of (ook) voor de verzuimcontrole.	1	2	3	4
- er een 'open communicatie' mogelijk is tussen behandelend arts en bedrijfsarts (dwz. ook zonder expliciete toestemming v.d. patiënt onderling informatie kunnen uitwisselen).	1	2	3	4
- er een reële vergoeding komt voor het geven van schriftelijke informatie waar je echt tijd in hebt moeten steken.	1	2	3	4
- spoedconsulten/spoedbehandelingen op verzoek van de bedrijfsarts, apart gehonoreerd worden en niet ten laste komen van het macro-budget van een medische discipline.	1	2	3	4
- bedrijfsartsen meteen aangegeven wat zij voor de patiënt concreet kunnen doen.	1	2	3	4
- bedrijfsartsen kunnen garanderen dat de aan hen verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld.	1	2	3	4
- bedrijfsartsen het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen.	1	2	3	4
- de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd is.	1	2	3	4
- er net zoals voor specialisten en huisartsen, refereerbijeenkomsten komen waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen.	1	2	3	4
- nog iets anders vind ik een belangrijke voorwaarde om de samenwerking beter te laten verlopen, nl.				

.....

27a. Eén van de items waarover (ook) nogal wat discussie is, is bijvoorbeeld het punt of een bedrijfsarts ook zelf een werknemer/patiënt zou mogen verwijzen naar een medisch specialist.
Vindt u dat een bedrijfsarts een werknemer rechtstreeks naar u zou mogen verwijzen voor nadere diagnostiek?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- daartegen heb ik geen bezwaar 1
- wanneer het na overleg met de huisarts gebeurt, heb ik geen bezwaar 2
- in bepaalde gevallen, heb ik geen bezwaar 3
- wanneer de kosten worden betaald door de werkgever, heb ik geen bezwaar 4
- nee, ik heb daar zonder meer bezwaar tegen 5

27b. En een werknemer rechtstreeks naar u verwijzen voor een behandeling: vindt u dat een bedrijfsarts dat zou mogen doen?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- daartegen heb ik geen bezwaar 1
- wanneer het na overleg met de huisarts gebeurt, heb ik geen bezwaar 2
- in bepaalde gevallen, heb ik geen bezwaar 3
- wanneer de kosten worden betaald door de werkgever, heb ik geen bezwaar 4
- nee, ik heb daar zonder meer bezwaar tegen 5

28. Tot besluit willen wij u vragen: vindt u het voor u zelf belangrijk als er tussen u en bedrijfsartsen beter zou worden samengewerkt bij de begeleiding van uw patiënten?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- nee, mijn samenwerking is al goed 1
- ik vind (meer) samenwerking niet nodig, want ik krijg via de patiënt die informatie wel door 2
- ja, ik zou in het algemeen beter willen samenwerken met bedrijfsartsen 3
- ik zou alleen beter willen samenwerken bij bepaalde patiënten, nl. bij: 4

.....
.....

29. We hebben in deze vragenlijst veel vragen gesteld over uw contacten met bedrijfsartsen bij arbodiensten en uw ervaringen daarmee. Het kan zijn dat u bepaalde antwoorden graag wat meer wil toelichten of dat er naar uw idee in de vragenlijst bepaalde zaken niet aan de orde zijn gekomen waarover u toch wel enkele opmerkingen wilt maken. Indien dit het geval is, dan willen we dat graag vernemen en kunt u de onderstaande ruimte en eventueel de achterkant van deze pagina hiervoor benutten.

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST

Secretariaat
St. Maartenskliniek
Postbus 9011
6500 GM Nijmegen

Telefoon (024) 365 91 34
Telefax (024) 365 92 61

NEderlandse ORthopaedische VEReniging

N O V

Bestuur

Leden van de
Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Nijmegen,

Geachte collega,

Op verzoek van het Ministerie van VWS verricht TNO Arbeid (voorheen NIA TNO) een onderzoek naar de relatie van bedrijfsartsen met huisartsen en medisch specialisten, te weten neurologen, orthopaedisch chirurgen, revalidatie-artsen en psychiaters.

Orthopaedisch chirurgen hebben veel te maken met bedrijfsartsen en andere verzekeringsgeneeskundigen. In deze relatie spelen vele belangen dooreen, hetgeen resulteert in een, op zijn vriendelijkst gezegd, voor verbetering vatbare situatie.

Voor onze patiënten is een goede verstandhouding tussen medisch specialist en bedrijfsarts veelal van groot belang. Belangrijke beslissingen over al of niet continueren van de ziektewet periode, WAO of ontslag worden nogal eens genomen op gebrekkige medische gegevensverstrekking.

Al lang bestaat er een discussie over het honorarium dat Bedrijfsverenigingen en aanverwante organisaties bereid zijn te vergoeden voor het verkrijgen van deze voor hen zeer belangrijke informatie.

Bovengenoemd onderzoek is een onderdeel van een vijfjarig stimuleringsprogramma, gefinancierd door het Ministerie van VWS. Eerder is er een rapport verschenen over een enquête onder 360 bedrijfsartsen en 600 huisartsen ("*Voor verbetering vatbaar*", van Amstel en Buys, NIA TNO, 1997).

Het is duidelijk waar de belangen van de overheid, de bedrijfsartsen en de werkgevers liggen. De belangen van de orthopaedisch chirurgen kunnen hieraan niet geheel ondergeschikt worden gemaakt.

Graag verzoeken wij u deze enquête in te willen vullen, teneinde een representatief beeld te verkrijgen van de wijze waarop onze beroepsgroep aankijkt tegen de relatie met bedrijfsartsen. Het belang dat hierbij in het oog gehouden dient te worden is primair de professionele verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt die aan onze zorgen is toevertrouwd. De werkzaamheden die u dienaangaande verricht dienen op een correcte wijze gehonoreerd te worden.

Met vriendelijke hoogachting,



Dr. C.M.T. Plasmans, voorzitter.



Dr. L.P.A. Bom, secretaris.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR NEUROLOGIE

(Lomanlaan 103) Corr. adres: Postbus 20050, 3502 LB Utrecht

Telefoon 030 - 282 33 43 Fax 030 - 280 38 79

Utrecht, september 1998

Aan alle neurologen

Betreft: medewerking onderzoek samenwerking medisch specialist - bedrijfsarts

Geachte collega's,

Werknemers met gezondheidsproblemen zijn gebaat bij goede samenwerking tussen hun behandelend arts(en) en hun bedrijfsarts, zeker nu sinds dit jaar elke werknemer een bedrijfsarts heeft, in plaats van één op de drie. Er schort echter nog veel aan deze samenwerking, wat kan leiden tot onnodig (lang) ziekteverzuim en zelfs WAO-intrede. Daarom vragen wij uw medewerking aan bijgaand onderzoek naar hoe die samenwerking in de praktijk loopt, wat de knelpunten zijn en hoe het beter zou kunnen. Behalve de leden van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie worden ook de leden van de Wetenschappelijke Verenigingen van psychiaters en revalidatieartsen aangeschreven; eveneens specialismen waarmee bedrijfsartsen relatief vaak te maken hebben.

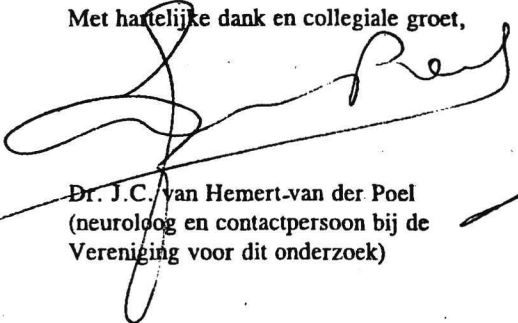
Dit onderzoek is onderdeel van een groter project, gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), met onder andere een vijfjarig stimuleringsprogramma. Eerder zijn al 600 huisartsen en 400 bedrijfsartsen met deze enquête benaderd waarvan de resultaten staan beschreven in het rapport 'Voor verbetering vatbaar' (Van Amstel en Buijs, NIA TNO, 1997). Dit resulteerde in een opmerkelijke toenadering tussen de betrokken beroepsorganisaties.

De vragenlijst - in grote lijnen dezelfde als die voor de huis- en bedrijfsartsen - is becommentarieerd door contactpersonen bij genoemde Wetenschappelijke Verenigingen. Over de rapportage van de resultaten van deze enquête zal eveneens nader overleg met hen plaatsvinden. De wijze van uitvoering wordt in bijgevoegde vragenlijst nader toegelicht.

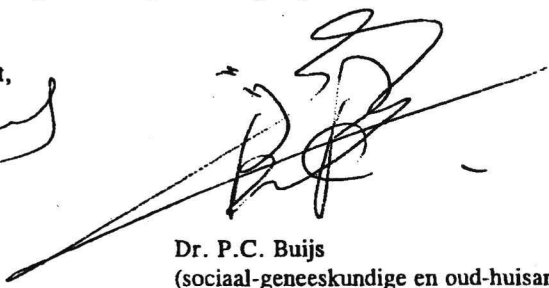
Met de (financiële) hulp van genoemd stimuleringsprogramma en met de uitkomsten van het onderzoek aangaande de status praesens, knelpunten en suggesties uit het 'veld' voor verbeteringen van de samenwerking specialist-bedrijfsarts kan die verbetering verder ter hand genomen worden. Vanzelfsprekend is een goede respons hierbij onmisbaar. Wij willen u daarom vriendelijk doch dringend verzoeken bijgaande vragenlijst in te vullen, teneinde een representatief beeld te verkrijgen van de wensen en verlangens van hen die straks gestalte moeten geven aan een betere samenwerking.

Naar alle maatschappen Neurologie sturen wij een aantal exemplaren omdat het de bedoeling is dat alle leden van de maatschap aan de hand van hun eigen ervaringen de vragenlijst invullen.

Met hartelijke dank en collegiale groet,



Dr. J.C. van Hemert-van der Poel
(neuroloog en contactpersoon bij de
Vereniging voor dit onderzoek)



Dr. P.C. Buijs
(sociaal-geneeskundige en oud-huisarts,
projectleider van dit onderzoek bij NIA TNO)



Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde

Secretariaat:
Crailoseweg 116
1272 EX HUIZEN
Tel. 035-6929615

Aan alle revalidatieartsen

Huizen, augustus 1998

Betreft: medewerking onderzoek samenwerking medisch specialist-bedrijfsarts

Geachte collega,

Zeker nu sinds 1-1-1998 elke werknemer een bedrijfsarts heeft - tot voor kort één op de drie - vragen wij met nadruk uw medewerking aan bijgaand onderzoek van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA TNO naar de samenwerking tussen medisch specialist en bedrijfsarts: hoe is die in de praktijk, wat zijn de knelpunten en hoe zou het beter kunnen? Gebrekkige samenwerking kan immers leiden tot onnodig (lang) ziekteverzuim en WAO-intrede.

Onder 600 huisartsen en 400 bedrijfsartsen is al een enquêteronde gehouden (*Voor verbetering vatbaar*, Van Amstel en Buijs, NIA TNO, 1997). Dit resulteerde in een opmerkelijke toenadering tussen de beide beroepsorganisaties. Thans is de beurt aan de medisch specialisten, en wel hen, met wie de bedrijfsartsen het meest contact bleken te hebben: orthopeden, neurologen, psychiaters en revalidatieartsen. De besturen van de betrokken Wetenschappelijke Verenigingen hebben aan dit onderzoek hun medewerking toegezegd. In principe krijgen alle (praktizerende) leden bijgevoegde vragenlijst.

Het onderzoek geschiedt in nauw overleg tussen contactpersonen van deze Verenigingen en de projectleiders, mevr. drs. R.J. van Amstel (socioloog) en dr. P.C. Buijs (sociaal-geneeskundige en oud-huisarts). Over de vorm en inhoud van de vragenlijst - analoog aan die voor de huis- en bedrijfsartsen - is met hen overlegd, wat ook zal gebeuren met de rapportage van de resultaten. Het onderzoek zal bouwstenen moeten opleveren om tot een betere samenwerking te komen, waar nodig in samenspraak met andere artsorganisaties, arbodiensten, werkgevers, werknemers en overheid. Daarom is het belangrijk dat een goed beeld wordt verkregen van de status praesens, de knelpunten en vooral van suggesties uit het 'veld' voor verbeteringen.

Vanzelfsprekend is een goede respons onmisbaar om de stem van onze beroepsgroep krachtig te laten klinken. Wij willen u daarom met klem verzoeken bijgaande vragenlijst in te vullen zodat een representatief beeld verkregen wordt van de wensen, verlangens en ergernissen van hen die straks gestalte moeten geven aan een betere samenwerking.

Met collegiale groet,

plb

Dr. B.A. de Jong, voorzitter VRA

Drs. D. Wever, vice-voorzitter VRA en contactpersoon

Aan geadresseerde

Utrecht, 28 januari 1999

Betreft: medewerking onderzoek samenwerking medisch specialist-bedrijfsarts

Geachte collega,

Zeker nu sinds 1-1-1998 elke werknemer een bedrijfsarts heeft – tot voor kort één op de drie – vragen wij met nadruk uw medewerking aan bijgaand onderzoek van het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA TNO naar de samenwerking tussen medisch specialist en bedrijfsarts: hoe is die in de praktijk, wat zijn de knelpunten en hoe zou het beter kunnen? Gebrekkige samenwerking kan immers leiden tot onnodig (lang) ziekteverzuim en WAO-intrede. Onder 600 huisartsen en 400 bedrijfsartsen is al een enquête ronde gehouden (*Voor verbetering vatbaar*, Van Amstel en Bujs, NIA TNO, 1997). Dit resulteerde in een opmerkelijke toenadering tussen beide beroepsorganisaties. Thans is de beurt aan de medisch specialisten, en wel hen, met wie de bedrijfsartsen het meest contact bleken te hebben: orthopeden, neurologen, psychiaters en revalidatieartsen. De besturen van betrokken Wetenschappelijke Verenigingen hebben aan dit onderzoek hun medewerking toegezegd. In principe krijgen alle (praktiserende) leden bijgevoegde vragenlijst. Gezien de grootte van ons ledenbestand is hieruit een steekproef getrokken van circa 600 leden.

Het onderzoek geschiedt in nauw overleg tussen contactpersonen van deze Verenigingen en de projectleiders, mevr. drs. R.J. van Amstel (socioloog) en dr. P.C. Bujs (sociaal-geneeskundige en oud-huisarts). Over de vorm en de inhoud van de vragenlijst - analoog aan die voor huis- en bedrijfsartsen – is met hen overlegd, wat ook zal gebeuren met de rapportage van de resultaten. Het onderzoek zal bouwstenen moeten opleveren om tot betere samenwerking te komen, waar nodig in samenspraak met andere artsenorganisaties, Arbo-diensten, werkgevers, werknemers en overheid. Daarom is het belangrijk dat een goed beeld wordt verkregen van de status praesens, de knelpunten en vooral van suggesties uit het 'veld' voor verbeteringen. Vanzelfsprekend is een goede respons onmisbaar om de stem van onze beroepsgroep krachtig te laten klinken. Wij willen u daarom verzoeken bijgaande vragenlijst in te vullen zodat een representatief beeld verkregen wordt van de wensen, verlangens en ergernissen van hen die straks gestalte moeten geven aan een bete samenwerking.

Met collegiale groet,


Prof. dr. W. van Tilburg
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Aan geadresseerde

Datum: 17 maart 1999

Betreft: Onderzoek samenwerking medisch specialist-bedrijfsarts

Geachte collega,

Enige weken geleden hebben wij naar 520 leden van onze Vereniging - die a-select getrokken waren uit ons ledenbestand -, een vragenlijst gestuurd 'De samenwerking tussen medisch specialist en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding' met een begeleidend schrijven waarin wij u verzochten om aan dit onderzoek mee te werken

Inmiddels hebben wij van TNO Arbeid (voorheen NIA TNO) - het instituut dat dit onderzoek uitvoert in opdracht van het ministerie van VWS - vernomen dat al meer dan 200 van u deze vragenlijst heeft ingevuld en teruggestuurd. Een zeer verheugende respons maar wij hopen uiteraard dat deze nog wat hoger zal worden. Een zo optimaal mogelijke respons is namelijk belangrijk omdat mede op grond van de uitkomsten van het onderzoek door het ministerie van VWS in overleg met de betrokken beroepsorganisaties een stimuleringsprogramma zal worden gestart om een betere samenwerking tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen daadwerkelijk te helpen realiseren.

Indien u door vakantie of om andere redenen nog niet bent toegekomen aan het invullen en retourneren van bedoelde vragenlijst, dan zouden wij het zeer op prijs stellen wanneer u dit alsnog wilt doen.

Heeft u vragen bij het invullen van de vragenlijst of bent u deze eventueel kwijtgeraakt, dan kunt u hierover altijd even contact opnemen met de projectleiders van dit onderzoek bij TNO Arbeid (telefoonnummer 023 - 554 9393 en vragen naar mevr. R. van Amstel of de heer P. Buijs).

Met hartelijke dank en collegiale groet,


Prof. dr. W. van Tilburg
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Bijlage 2

KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens

Code voor beheer en verkeer sociaal-medische gegevens (1995)

Code samenwerking bij arbeidsverzuim (1998)

Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens

KNMG-Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving (TZ/Arbowet)

K N M G

Op 1 januari 1994 zijn in het kader van de terugdringing van het ziekteverzuim de Wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ) en de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) van kracht geworden. Voor de medische beroepsgroep zijn daarbij van belang de voorwaarden voor gegevensuitwisseling tussen I. curatieve sector en artsen werkzaam bij zogenaamde 'deskundige diensten of arbodiensten', hierna te noemen: arbo-artsen, II. arbo-artsen en bedrijfsverenigingen, III. arbo-artsen en werkgevers, en IV. arbo-artsen en geneeskundig adviseurs van particuliere verzekeraars. Deze Code geeft daarvoor richtlijnen. Aanleiding voor het opstellen van deze Code waren de knelpunten rond de gegevensuitwisseling binnen het genoemde traject II. Voor dit traject is dan ook een specifieke procedure voor het gegevensbeheer en verkeer opgenomen.

Kern van de richtlijnen in deze Code is, dat de arts die op verzoek van een derde gegevens verstrekt, voorafgaande gerichte toestemming van de patiënt/werknemer daarvoor nodig heeft. 'Gerichte toestemming' wil zeggen dat ook voor de patiënt/werknemer duidelijk moet zijn voor welk doel de gegevens worden verstrekt, om welke gegevens het gaat en wat de mogelijke consequenties van de verstrekking zijn. Dit is de verantwoordelijkheid van de verstreckende arts. Zijn of haar verantwoordelijkheid strekt zich niet uit tot het gebruik of de verstrekking van de gegevens door de ontvanger.

De Algemene Ledenvergadering van de KNMG heeft de Code op 15 februari 1994 bekrachtigd. Op 18 november 1994 heeft de Algemene Ledenvergadering ingestemd met een bijstelling van de Code, mede op basis van het advies van de Registratiekamer¹ inzake de voorwaarden voor het verstrekken van een aantal gegevens aan de bedrijfsvereniging. Deze verkorte versie is daarvan het resultaat.

* Overal waar in deze Code de mannelijke vorm wordt gebruikt dient ook de vrouwelijke vorm te worden gelezen.

Open communicatie in relatie tot TZ/Arbowet

Voor het realiseren van een adequate sociaal-medische begeleiding van zieke werknemers is door alle betrokken maatschappelijke groeperingen, ook door het kabinet, de noodzaak onderstreept van 'open communicatie' tussen artsen werkzaam in de curatieve sector en arbo-artsen. Daarbij werd gedacht aan een vrije gegevensuitwisseling tussen deze artsen met veronderstelde toestemming van de patiënt/werknemer. Het streven naar open communicatie tussen curatieve sector en arbo-artsen kan echter op gespannen voet komen te staan met de taken die in de TZ/Arbowet aan arbodiensten en bedrijfsverenigingen zijn opgedragen. In het bijzonder gaat het dan om de wettelijke verplichting van arbodiensten om relevante gegevens aan de bedrijfsvereniging te verstrekken voor de beoordeling van de ziekteclaim (artikel 50e eerste lid Organisatiewet Sociale Verzekering, hierna OSV). Het is immers mogelijk dat de arbo-arts daartoe ten dele gebruik maakt van de informatie die hij* vanuit de curatieve sector heeft verkregen. Deze informatie is niet altijd te splitsen. Daarnaast zullen als gevolg van de gewijzigde uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving nog andere informatiestromen ontstaan die een drempel kunnen opwerpen voor een vrije gegevensuitwisseling tussen de curatieve sector en de arbo-arts. Zoals de gegevensuitwisseling tussen de arbo-arts en de werkgever en tussen de arbo-arts en de geneeskundig adviseur van een verzekeringsmaatschappij. De werkgever kan er immers voor kiezen het financiële risico gedurende de eerste 2 weken (bedrijven met minder dan 15 werknemers) of 6 weken (bedrijven met meer dan 15 werknemers) van het ziekteverzuim of zelfs langer (zogenoemde eigen risicodragers) onder te brengen bij een particuliere verzekeraar.

I. Gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arbo-arts

Beschrijving gegevenstraject I

Van een 'open communicatie' (in de zin van vrije gegevensuitwisseling met veronderstelde toestemming van de patiënt/werknemer) tussen de curatieve sector en de arbo-arts in het kader van de sociaal-medische begeleiding van de patiënt/werknemer kan in de praktijk alleen sprake zijn als de curatieve sector de garantie heeft dat de arbo-arts deze informatie *uitsluitend* gebruikt in het kader van de begeleiding van de zieke werknemer. Is die garantie er niet, dan zal de arbo-arts gerichte toestemming nodig hebben van de patiënt/werknemer (zie de gegevensstromen binnen de trajecten II, III en IV). Immers, indien de informatie mede wordt gebruikt voor andere doeleinden dan de begeleiding, zoals de claimbeoordeling door de bedrijfsvereniging, en de patiënt/werknemer heeft daarvoor geen uitdrukkelijke toestemming gegeven, dan kan daardoor de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt ernstig worden geschaad. Bovendien kan de behandelend arts door zijn patiënt aangesproken worden op schending van zijn beroepsgeheim.

Op dit moment is onduidelijk op welke wijze precies inhoud wordt gegeven aan de functie van de arbo-arts. Met name is niet duidelijk in hoeverre begeleidende en controlerende taken samenlopen en daarmee samenhangend, voor welke doeleinden de (via 'open communicatie' verkregen) informatie uit de curatieve sector (mede) gebruikt wordt. Voorts hebben werkgevers tot 1996 respectievelijk 1998 (afhankelijk van de bedrijfsvereniging waarbij de werkgever is aangesloten) de tijd zich aan te sluiten bij een gecertificeerde arbodienst. In deze overgangperiode is het mogelijk dat de bedrijfsvereniging voor de nog niet aangesloten werkgevers de controle in de eerste 2/6 weken alsmede werkzaamheden op het terrein van preventie en begeleiding verricht. Voor de curatieve sector kan het derhalve onduidelijk zijn met welke arts van welke instantie zij te maken hebben.

Een nieuwe ontwikkeling is voorts dat particuliere verzekeraars aan werkgevers, naast een (ziekengeld)verzekering gedurende de eigen risicoperiode, diensten in de vorm van verzuimbegeleiding aanbieden via eigen - maar juridisch afgezonderde - arbodiensten. Onduidelijk is of deze strikt van elkaar te scheiden beoordelings- en begeleidingstaken van geneeskundig adviseurs en de daarbij behorende gegevens door elkaar heen gaan lopen. Met het oog op het voorgaande zijn de KNMG en de betrokken beroepsverenigingen LHV en LSV van mening dat op dit moment nog geen uitvoering gegeven kan worden aan een 'open communicatie' in bovenbedoelde zin.

Uitgangspunten voor gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arbo-arts
De arbo-arts zal aan de behandelend arts duidelijk moeten aangeven voor welk doel de gegevens door hem worden gevraagd en gebruikt. Dat doel moet zowel voor de behandelend arts als de patiënt/werknemer helder zijn. Immers, de behandelend arts kan pas informatie aan de arbo-arts verstrekken als de patiënt/werknemer (*mondelijke of schriftelijke*) *gerichte toestemming* heeft gegeven (zie de inleiding). Schriftelijke toestemming kan bijvoorbeeld worden gevraagd via een door de arbo-arts afgegeven *gericht machtigingsformulier* dat door de patiënt/werknemer wordt ingevuld en/of ondertekend en met de aanvraag van de arbo-arts naar de behandelend arts wordt meegestuurd. De behandelend arts kan uiteraard ook de patiënt zelf om toestemming vragen.

Bij de gegevensverstrekking dient de behandelend arts zich te beperken tot relevante informatie van feitelijke aard. Hij moet zich onthouden van een oordeel. Het telefonisch verstrekken van informatie wordt afgeraden, vanwege mogelijke misverstanden rond de identiteit van de persoon van de verzoeker.

II. Gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en arts van de bedrijfsvereniging

Beschrijving gegevenstraject II
Naast de controletaak op het bestaan van ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid wegens ziekte (claimbeoordeling na de eigen-risicoperiode) heeft de bedrijfsvereniging ingevolge de nieuwe wetgeving tot taak om bij gebleken ongeschiktheid te beoordelen of de werkgever

zijn taak met betrekking tot verzuimbegeleiding/reïntegratie op adequate wijze uitoefent (artikel 39 lid 1 Ziektewet). Is dat laatste niet het geval, dan heeft de bedrijfsvereniging de bevoegdheid om gedurende maximaal 6 weken de ziekengelduitkering na de eigen risicoperiode op de werkgever te verhalen (artikel 39b lid 1 Ziektewet). In de situatie dat er een arbodienst is (artikel 39 Ziektewet) zal de bedrijfsvereniging voor deze toezichthoudende taak in het algemeen kunnen volstaan met een globale toets. Is de arbodienst er niet - en dat kan in de overgangperiode (tot 1996/1998) het geval zijn - dan zal de bedrijfsvereniging extra aandacht moeten besteden aan de situatie in het bedrijf zelf (artikel 39a lid 4 Ziektewet). Tenslotte heeft de bedrijfsvereniging ingevolge de TZ/Arbowet tot taak herplaatsingsactiviteiten van de werkgever over te nemen op het moment dat vaststaat, dat herplaatsing van de werknemer in het eigen bedrijf niet meer mogelijk is.

Uitgangspunten voor gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en arts van de bedrijfsvereniging
Voor de uitvoering van de hiervoor aangegeven taken van de bedrijfsverenigingen is de overdracht van een *beperkt aantal relevante gegevens* uit het (medisch) dossier van de patiënt/werknemer nodig. Voor deze overdracht is in artikel VIII onderdelen B en C van de TZ (artikel 50e eerste lid Organisatiewet Sociale Verzekeringen, hierna OSV) een bepaling opgenomen inzake verplichte kosteloze overdracht van voor de uitvoering van de wettelijke regeling noodzakelijke gegevens door de arbodiensten. Het kabinet heeft een nadere uitwerking van hetgeen als 'noodzakelijke gegevens' dient te worden beschouwd gedelegeerd aan de betrokken instellingen. Op initiatief van de KNMG is advies gevraagd aan de Registratiekamer over de vraag of ook de diagnosecode en het gegeven dat de patiënt/werknemer reeds onder behandeling is bij een andere hulpverlener, onder de reikwijdte van artikel 50e lid 1 OSV vallen. De Registratiekamer heeft hierop een bevestigend antwoord gegeven, maar heeft aan de verstrekking van deze gegevens de aanvullende eis verbonden van een *bezwaarmogelijkheid* voor de patiënt/werknemer. Omdat dit zou impliceren dat voor de overdracht van sociaal-medische gegevens verschillende systemen

voor toestemming bestaan (te weten voor artikel 50e OSV-gegevens een geen-bezwaarmogelijkheid; voor aanvullende relevante gegevens een toestemmingseis) en het voor alle betrokkenen (arbo-artsen, werknemers, curatieve sector) ondoorzichtig wordt wanneer welk systeem geldt, is door de Algemene Ledenvergadering van de KNMG ingestemd met het opnemen in deze Code van een *toestemmingsprocedure voor alle gegevensverstrekkingen aan de bedrijfsverenigingen*. De arbo-arts is verantwoordelijk voor het verkrijgen van gerichte toestemming van de patiënt/werknemer voor de gegevens die hij verstrekt aan de arts van de bedrijfsvereniging. De procedure is hieronder opgenomen.

Omdat in het merendeel van de gevallen (respectievelijk circa 80% en 90%) de werknemer binnen het verstrijken van de eerste periode van het ziekteverzuim (respectievelijk 2 en 6 weken) hersteld is, kan ervan worden uitgegaan dat verstrekking van sociaal-medische gegevens van de patiënt/werknemer aan artsen werkzaam bij bedrijfsverenigingen in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving (zeer) beperkt zal voorkomen.

Procedure² voor gegevenstraject II

1. Informatie

Patiënten/werknemers dienen zowel bij indiensttreding in het bedrijf door de werkgever als bij de aanvang van de verzuimbegeleiding door de arbo-arts te worden geïnformeerd over het gegevensbeheer en -verkeer bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Bij voorkeur dient daarbij gebruik te worden gemaakt van een (uniforme) heldere informatiefolder. Tevens zal de arbo-arts aan de patiënt/werknemer aanvullende informatie geven die gericht is op de specifieke situatie. Ook de behandelend arts wordt door de arbo-arts op heldere wijze geïnformeerd over het doel van de gegevensverstrekking en de voorwaarden voor gegevensverstrekking door de arbo-arts zoals vermeld onder punt 3.

2. Toestemming

Voor patiënten/werknemers alsmede voor behandelend artsen moet duidelijk zijn dat voor de gegevensoverdracht door de arbo-arts aan de arts van de bedrijfsvereniging (mondelijke of schriftelijke) gerichte toestemming van patiënten/werknemers is vereist. 'Gericht' wil zeg-

• C S G • C H V G • S R C • S G R C • H V R C •

gen dat het aan de patiënt/werknemer duidelijk moet zijn wat het doel, de inhoud en de mogelijke consequenties van de informatieverstrekking zijn.

Ten aanzien van de verstrekking van de gegevens in de diverse standaard *meldingsformulieren*, opgesteld door de Federatie van Bedrijfsverenigingen (2e- en 6e-weeksrapportage, vervolgrapportage en reïntegratieplan) kan de volgende werkwijze worden gevolgd:

Bij het eerste reguliere contact met de werknemer maar in ieder geval op een moment voordat de gegevensverstrekking plaatsvindt, legt de arbo-arts uit welke gegevens in de bestaande standaardformulieren (zoals klachten, beperkingen, hervattings- en begeleidingsactiviteiten), voor welk doel (claimbeoordeling), met welke periodiciteit (2 of 6 weken, 13 en 26 weken) ingevolge de wettelijke eisen aan de bedrijfsvereniging moeten worden verstrekt. De arbo-arts vraagt voor deze verstrekking (mondeling of schriftelijke) toestemming aan de werknemer. Wordt toestemming (eventueel op onderdelen) geweigerd, dan nooteert de arbo-arts dit in het dossier en bij de betreffende vraag (vragen) van het meldingsformulier. De arbo-arts dient de mogelijke consequenties van het niet geven van toestemming duidelijk te maken (zoals een oproep door de bedrijfsvereniging om de ziekgeldclaim te kunnen beoordelen). Als om andere redenen daartoe geen noodzaak bestaat, dan hoeft de arbo-arts de werknemer niet alleen voor het invullen van het meldingsformulier op te roepen. Desgevraagd wordt aan de patiënt/werknemer inzake in of afschrift van het ingevulde meldingsformulier gegeven.

Heeft de werknemer toestemming gegeven voor de gegevensverstrekking, dan betekent dat niet dat hij daarop in een later stadium niet kan terugkomen. Bovendien kan de situatie zich tussentijds wijzigen, waardoor de meldingsformulieren anders worden ingevuld. In die situatie is opnieuw gerichte toestemming van de patiënt/werknemer vereist. Deze kan eveneens tijdens het reguliere contact worden gevraagd.

Heeft de arts van de bedrijfsvereniging naar aanleiding van de ingevulde meldingsformulieren behoefte aan *aanvullende* informatie, dan heeft de arbo-arts daarvoor gerichte toestemming van de werknemer nodig.

3. Gegevensbeheer

De arbo-arts is verantwoordelijk voor een zorgvuldige bewaring en beheer van de sociaal-medische dossiers van patiënt/werknemer, alsmede voor de toegang tot deze dossiers. Toegangsgerechtigden worden schriftelijk benoemd en hebben een geheimhoudingsverplichting.

III. Gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en werkgever

Beschrijving gegevenstraject III

Met de nieuwe wetgeving inzake terugdringing van het ziekteverzuim wordt beoogd, dat ondernemingen door een vergroting van de financiële betrokkenheid beter kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid ten aanzien van preventie en bekorting van het kort- en langdurende ziekteverzuim. Gedurende de eerste periode van het ziekteverzuim zal de werkgever daartoe zelf het financiële risico moeten gaan dragen. Na deze eigen risicoperiode neemt de bedrijfsvereniging het financiële risico over en oordeelt of een claim in het kader van de sociale verzekeringswetgeving kan worden toegekend. Gedurende het gehele ziekteverzuim zal de werkgever zelf verantwoordelijk worden gesteld voor de begeleiding van het ziekteverzuim en voor het zoeken van herplaatsingsmogelijkheden (reïntegratie) in het eigen bedrijf. De werkgever zal zich daarbij vanaf 1996 respectievelijk 1998 verplicht moeten laten ondersteunen door een gecertificeerde arbodienst.

Uitgangspunten gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en werkgever

Ten aanzien van de gegevensuitwisseling tussen de arbo-arts en de werkgever bestaat een gelijke situatie als in de huidige relatie werkgever-bedrijfsarts. Met het oog op zijn beroepsgeheim en de vertrouwensrelatie met de werknemer dient de arbo-arts zich daarbij te beperken tot het geven van gerichte informatie over de werkzaamheden waartoe de werknemer nog wel/niet meer geschikt is en welke aanpassingen of werkvoorzieningen in het kader van werkhervatting/reïntegratie daartoe mogelijk door de werkgever kunnen worden getroffen. Er vindt dus geen uitwisseling van (sociaal-medische) gegevens plaats. Deze beperkte informatieverstrekking door de arbo-arts vindt steun in gezondheidsrechtelijke jurisprudentie. Uiteraard is het aan de werknemer

zelf of en welke informatie deze aan de werkgever of leidinggevende over zijn ziekte wenst te geven.

IV. Gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en geneeskundig adviseur bij een verzekeringsmaatschappij

Beschrijving gegevenstraject IV

De werkgever kan ervoor kiezen het financieel risico dat hij gedurende de eigen risico-periode draagt bij een (particuliere) verzekeraar onder te brengen. Voor de gegevensuitwisseling tussen de arbo-arts en de geneeskundig adviseur van de particuliere verzekeraar in het kader van een door de werkgever ingediende claim, worden de volgende uitgangspunten gehanteerd.

Uitgangspunten gegevensuitwisseling tussen arbo-arts en geneeskundig adviseur bij een verzekeringsmaatschappij

Conform de KNMG 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' is voor het verstrekken van informatie aan derden *schriftelijke gerichte toestemming* van de patiënt/werknemer nodig. Dit geldt ook voor de gegevensverstrekking door de arbo-arts aan de geneeskundig adviseur van de (particuliere) verzekeringsmaatschappij. De arbo-arts is verantwoordelijk voor het vragen van gerichte toestemming aan de patiënt/werknemer voor de gegevensverstrekking aan de geneeskundig adviseur. De arbo-arts zal zich moeten beperken tot het beantwoorden van gerichte vragen en het geven van daarvoor relevante gegevens van feitelijke aard (geen oordeel). Het telefonisch verstrekken van informatie wordt afgeraden vanwege mogelijke misverstanden rond de identiteit van de persoon van de verzoeker. •

Noten

1. Organisatiewet Sociale Verzekering - reikwijdte van artikel 50e lid 1 OSV. Rijswijk, juni 1994.
2. Deze procedure is vastgesteld door de KNMG/beroepsverenigingen. Tevens heeft overleg plaatsgevonden met organisaties die nauw bij de uitvoering van deze materie betrokken zijn, zoals de Federatie van Bedrijfsverenigingen (FBV) en het Branche Overleg Arbodiensten (BOA). Evaluatie van de uitvoering van deze procedure vindt in samenspraak met voornoemde organisaties na twee jaar plaats aan de hand van tenminste de volgende items:
 - a. knelpunten bij de praktische uitvoerbaarheid van deze procedure en de KNMG-Code (waaronder beperkingen voor open communicatie binnen gegevenstraject I);
 - b. uitwerking en uitvoering van de informatieplicht ten behoeve van patiënten/werknemers en behandelend artsen;
 - c. aansluiting van de procedure en KNMG-Code op privacy-wetgeving en rechterlijke uitspraken.



KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Code samenwerking bij arbeidsverzuim

Inleiding

Bij arbeidsverzuim als gevolg van gezondheidsklachten hebben verschillende artsen taken en verantwoordelijkheden.

Behandelend artsen richten zich vooral op behandeling van de klachten. Zij beschouwen de balans tussen belasting en belastbaarheid van de patiënt in een algemene context. *Bedrijfsartsen* zijn gericht op behoud en herstel van deze balans in de werksituatie en bieden verzuimbegeleiding. Bij *verzekeringsartsen* ligt het accent op beoordeling van de balans in relatie tot de verzekeringsclaim als gevolg van arbeidsongeschiktheid alsmede op reïntegratie bij een andere werkgever. Bij de zogenaamde vangnetgevallen heeft de verzekeringsarts vanaf de eerste ziektedag de verantwoordelijkheid voor de verzuimbegeleiding en verzuimbeoordeling.

De patiënt/werknemer heeft een centrale rol: hij/zij draagt actief bij aan behandeling en reïntegratie.

Samenwerking tussen de verschillende artsen is van groot belang. Samenwerking voorkomt dubbel onderzoek, tijdverlies en onduidelijkheid, bijvoorbeeld als gevolg van verschillende adviezen. Samenwerking biedt tevens de mogelijkheid dat de verschillende artsen elkaars expertise aanvullen. Daarmee wordt een adequate behandeling en begeleiding bevorderd, zo mogelijk resulterend in herstel en/of werkhervatting van de patiënt/werknemer.

Deze samenwerking kan de patiënt/werknemer ook kwetsbaar maken. De gezondheid van de patiënt/werknemer is immers een factor die de positie op de arbeidsmarkt mede bepaalt. Onzorgvuldigheid in de uitwisseling van informatie over de gezondheid van een patiënt/werknemer kan derhalve deze positie schaden. De bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt/werknemer en het beroepsgeheim van de arts nopen tot zorgvuldigheid bij deze samenwerking. De toestemming van de patiënt/werknemer voor gegevensuitwisseling is essentieel.

Als basis voor een goede samenwerking en een zorgvuldige gegevensuitwisseling is het noodzakelijk dat de onderscheiden artsen zich vooraf informeren over elkaars taken, bevoegdheden en werkwijzen. De medisch-professionele onafhankelijkheid van de betrokken artsen, bij voorkeur vastgelegd in een professioneel statuut, is hierbij van belang.

Deze Code voor samenwerking bij arbeidsverzuim geeft een richtlijn voor het intercollegiaal gegevensverkeer *in geval van arbeidsverzuim*. Hoewel artsen elkaar treffen op het gehele terrein van arbeid en gezondheid en ook daar vormen van samenwerking zullen plaatsvinden (bijvoorbeeld bij preventie, keuringen), beperkt deze Code zich tot situaties waarin de patiënt/werknemer verzuimt van het werk. Daarbij moest een balans gevonden worden tussen enerzijds het belang van efficiënte samenwerking tussen betrokken artsen gericht op herstel en/of werkhervatting van de patiënt/werknemer en anderzijds de wettelijk beschermde persoonlijke levenssfeer van de patiënt/werknemer.

Een Code voor samenwerking bij arbeidsverzuim

Aan de bestaande voorwaarden voor samenwerking tussen artsen daar waar het arbeidsverzuim betreft, wordt in deze Code een nadere uitwerking gegeven. De Code beperkt zich tot samenwerking tussen *artsen*. Communicatie van artsen met derden (o.a. werkgever, rechter) valt buiten de reikwijdte van deze Code.

Voor samenwerking tussen artsen gelden de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' van de KNMG (verder: KNMG-Richtlijnen¹). Bij informatie-uitwisseling rond arbeidsverzuim gelden in principe de volgende voorwaarden:

- vooraf is gerichte toestemming van de patiënt/werknemer vereist;
- de vragende arts geeft de eigen bevindingen weer en geeft daarbij aan welke aanvullende informatie hij van de verstreckende arts wenst te vernemen;
- de arts die informatie levert geeft uitsluitend de gevraagde informatie en beperkt zich tot feitelijke gegevens en bevindingen over de gezondheid van de patiënt/werknemer (onthoudt zich van meningen, evaluaties, prognoses of verwachtingen);
- de communicatie verloopt schriftelijk.

Om samenwerking tussen artsen bij arbeidsverzuim beter te laten verlopen, wordt in deze Code een variant aangebracht op onderdelen van de toepassing van de KNMG-Richtlijnen, te weten:

- *mondeling* beantwoorden van de vragen die in de machtiging (zie bijlage voor standaard machtigingsformulier) gesteld worden, waarna beide artsen hiervan aantekening maken in het medisch dossier;
- aanvullend (*mondeling*) overleg, ter toelichting op de gestelde vragen en antwoorden en binnen de context daarvan. Het kan daarbij gaan om *meer dan alleen feitelijke gegevens*;
- *afstemmen van inzicht* in de belastbaarheid in relatie tot de klachten of beperkingen van de patiënt.

Als dergelijk aanvullend overleg tussen betrokken artsen gewenst is, dient dit vooraf aan de patiënt/werknemer -ter toestemming- voorgelegd te worden, in aanvulling op de gebruikelijke machtiging voor de feitelijke gegevensuitwisseling. Dergelijk overleg vindt plaats in aanvulling op en nadat de gebruikelijke gegevensuitwisseling ontoereikend blijkt te zijn voor een adequate behandeling, verzuimbegeleiding, claimbeoordeling of reïntegratie.

Gezien de mogelijke consequenties van de verstrekking van gegevens voor de patiënt/werknemer, moet de nadruk liggen op bescherming van diens persoonlijke levenssfeer. De KNMG-Richtlijnen en de genoemde varianten dienen daarom als uitgangspunt bij de samenwerking tussen artsen bij arbeidsverzuim.

Zorgvuldigheidseisen rond samenwerking bij arbeidsverzuim

Het is van groot belang dat elke arts zich beperkt tot zijn of haar specifieke taak in relatie tot arbeidsverzuim. De eindverantwoordelijkheid voor de behandeling blijft bij de behandelend arts, voor het werkhervattingsadvies bij de bedrijfsarts en voor de claimbeoordeling of voor reïntegratie bij een andere werkgever bij de verzekeringsarts.

Dat betekent dat behandelend artsen zich dienen te onthouden van het geven van een *waarde-oordeel* t.a.v. de arbeidsongeschiktheid van de patiënt/werknemer in zijn informatieverstrekking aan de bedrijfsarts of verzekeringsarts. Daartoe behoort eveneens het afgeven van een geneeskundige verklaring over de patiënt/werknemer tenzij hierin uitsluitend *objectieve* feitelijke gegevens zijn opgenomen, zoals de diagnose, behandeling en medicatie.

Zie bijvoorbeeld Medisch Tuchtcollege Eindhoven 21 december 1992; TvGR 1995/4. Daarbij had een huisarts drie verklaringen afgegeven t.b.v. zijn patiënt die na een conflict met zijn werkgever arbeidsongeschikt was geraakt. In deze verklaringen wijst de huisarts met de beschuldigende vinger naar de werkgever ('..uiterst ziekmakende werksfeer..') die vervolgens een klacht indient bij het tuchtcollege. Het tuchtcollege is van mening dat voor het afgeven van dergelijke verklaringen de huisarts over onvoldoende kennis en vaardigheden beschikte en de grenzen van zijn deskundigheid had overschreden. Bovendien was de huisarts slechts afgegaan op informatie die uitsluitend door de patiënt was verstrekt. De huisarts kreeg een waarschuwing.

Ook voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen geldt dat zij zich dienen te beperken tot hun specifieke taak inzake arbeidsongeschiktheidsbegeleiding/-beoordeling. Daartoe behoort bijvoorbeeld niet het op verzoek van de werkgever afgeven van een aanvullende verklaring rond de arbeidsongeschiktheid ter overlegging in de kantongerechtsprocedure, in welke verklaring door de werknemer tijdens het onderzoek gedane uitlatingen zijn opgenomen (zie bijvoorbeeld Centraal Medisch Tuchtcollege 18 oktober 1990; TvGR 1991/13). Daartoe behoort evenmin het op eigen initiatief toevoegen van niet nader gecontroleerde subjectieve informatie over de patiënt/werknemer in het dossier, waardoor dit de beoordeling van diens arbeidsongeschiktheid beïnvloedt (zie bijvoorbeeld Medisch Tuchtcollege Groningen 1 mei 1997; Medisch Contact 13 maart 1998, p. 371-372). In beide gevallen kreeg de verzekeringsarts een waarschuwing.

Van belang is tevens dat artsen bij de gegevensverstrekking en bij het overleg zich beperken tot de ruimte die in de afgegeven machtiging is gegeven, te weten de geformuleerde vragen in relatie tot het aangegeven doel. Andere informatie dan in de machtiging is aangegeven dient niet uitgewisseld te worden.

Elke arts probeert de gestelde vragen zo zorgvuldig mogelijk en zo spoedig mogelijk te beantwoorden. Onzorgvuldigheden en onnodig tijdverlies kunnen ten nadele werken van een adequate verzuimbegeleiding of reïntegratie.

Informatie en toestemming

De patiënt/werknemer dient geïnformeerd te worden over de wenselijkheid van de samenwerking tussen de betreffende artsen. De patiënt/werknemer kan op basis van die informatie besluiten toestemming te verlenen voor deze samenwerking.

De toestemming van de patiënt/werknemer voor samenwerking is niet alleen een juridische eis, maar is essentieel voor de betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de patiënt/werknemer bij diens behandeling en reïntegratie.

Dat betekent dat de vragende arts de patiënt/werknemer informeert over:

- 1- het doel van de betreffende gegevensuitwisseling, te weten: informatie verkrijgen ter aanvulling op de eigen bevindingen, noodzakelijk om tot een conclusie te komen over behandeling, werkhervatting of claimbeoordeling en voor afstemming tussen ieders activiteiten;
- 2- om welke gegevens het gaat, de relatie tot de eigen bevindingen en met wie ze uitgewisseld worden;
- 3- de beveiliging van de informatie: het maakt deel uit van het medisch dossier; voor wie dit toegankelijk is en voor wie niet; de wettelijke verplichting tot beperkte gegevensverstrekking aan derden (o.a. uvi); de in de wet vastgelegde patiëntenrechten, zoals inzage, kopie, correctie en aanvulling van gegevens. Daartoe kan verwezen worden naar het privacy-reglement of een informatiebrochure;
- 4- de verhouding tussen deze specifieke informatie -in relatie tot het verzuim- en eventuele andere informatie/dossiervorming (bijvoorbeeld keuring of open spreekuur van een bedrijfsarts);
- 5- de mogelijkheid en betekenis van toestemming verlenen of onthouden; de consequenties die betreffende informatie kan hebben voor het verzuimbeleid of de claimbeoordeling.

De toestemming wordt verleend door middel van het afgeven van *een schriftelijke machtiging*. Deze machtiging dient aan te geven welke informatie door welke arts in welke functie, aan welke andere arts wordt gevraagd. De patiënt/werknemer tekent de machtiging, samen met de informatie-vragende arts. De patiënt/werknemer kan desgewenst toestemming geven voor *aanvullend overleg en afstemming van inzicht*. De patiënt/werknemer dient hiervoor *apart toestemming* te verlenen. Daarvoor is nodig dat hij geïnformeerd is over de inhoud van de aanvullende communicatie. In de aantekeningen die beide artsen in het dossier maken naar aanleiding van dit overleg - in termen van aandachtspunten en conclusies - zal de patiënt/werknemer op verzoek inzage moeten krijgen.

Het voorgaande betekent dat in een machtiging is opgenomen:

- de context en het doel van de vraag om informatie (behandeling, verzuimbegeleiding, claimbeoordeling, reïntegratieplan);
- de positie van de vragende arts (behandelaar, bedrijfsarts arbodienst, verzekeringsarts uvi, medisch adviseur verzekeringsmaatschappij);
- de eigen bevindingen van de vragende arts;
- de aanvullende vragen.
- eventueel afzonderlijke toestemming voor aanvullend overleg en afstemming van inzicht.

Een standaard-machtigingsformulier voor de gegevensuitwisseling en voor het aanvullend overleg is bijgevoegd.

De vorm van gegevensverkeer

Gestreefd wordt naar een optimale betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de patiënt/werknemer over de uitgewisselde informatie. Schriftelijke vraagstelling is daarbij vereist. Daartoe geeft de patiënt/werknemer een machtiging. Mondelinge beantwoording van de vragen is mogelijk, waarbij aantekening in het medisch dossier plaatsvindt. Mondeling overleg kan eventueel volgen, als de patiënt/werknemer daar aanvullende toestemming voor heeft gegeven.

Dossiervorming en -beheer

Elke arts is verantwoordelijk (dat wordt zorg gedragen) voor een zorgvuldige bewaring, beheer en toegang van de medische dossiers van de patiënt/werknemer. Toegangsgerechtigden worden schriftelijk benoemd en hebben een geheimhoudingsplicht. De werkwijze rond beheer en beveiliging van dossiers wordt in het privacy-reglement of een informatiebrochure beschreven.

1. De *KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens* zijn in supplement-vorm opgenomen in het *KNMG-Vademecum*. Dit is verkrijgbaar (voor leden en niet-leden) via telefoon 030-2823333 of fax 030-2823326.

Bijlage 3

Tabellenbijlage Orthopeden

In deze bijlage zijn drie aanvullende tabellen opgenomen:

Tabel B4-2 is een aanvulling op tabel 4-2 in paragraaf 4.2 en geeft alle scores weer van de onderzoeksgroep op de vraag naar de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen

Tabel B5-2 is een aanvulling op tabel 5-2 in paragraaf 5.3 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar knelpunten in de huidige samenwerking

Tabel B5-5 is een aanvulling op tabel 5-5 in paragraaf 5.5 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen

Tabel B4-2 **De orthopeden die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts (n = 147):**
Typing van de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen

	<i>voor respondent is die omschrijving van toepassing:</i>			
	helemaal %	gedeeltelijk %	niet %	geen antwoord %
bij het uitwisselen van informatie over een patiënt met een bedrijfsarts:				
1. geef ik alleen informatie door wanneer ik daarvoor <i>schriftelijk</i> toestemming heb van de patiënt	78	9	8	5
2. geef ik alleen persoonlijke achtergrondinformatie wanneer ik dat eerst met de patiënt heb besproken	25	23	38	14
3. geef ik uitsluitend de informatie door waarom wordt gevraagd	55	31	6	8
4. beperk ik me tot strikt feitelijke gegevens	59	29	6	6
5. stel ik me zeer terughoudend op	10	35	44	11

Tabel B5-2 **De onderzoeksgroep orthopeden (n = 155): Knelpunten in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen**

	<i>voor respondent is dit punt:</i>				gemiddelde score *
	een belangrijk knelpunt %	minder belangrijk %	geen knelpunt %	geen oordeel %	
een knelpunt in de samenwerking is het feit dat:					
1. het voor behandelend artsen onduidelijk is of een bedrijfsarts de belangen van een werknemer behartigt of vnl. de belangen van de werkgever	31	28	32	9	1.99
2. het voor de behandelend arts vaak onduidelijk is of de gevraagde informatie alleen gebruikt wordt voor begeleiding/reintegratie of ook voor verzuimcontrole/claimbeoordeling	31	32	32	5	1.99
3. je als medisch specialist geen beeld hebt van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt	32	35	24	9	2.09
4. er voor beiden partijen geen richtlijnen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	27	35	25	13	2.03
5. schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost, zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat	44	34	18	4	2.28
6. arbodiensten steeds commerciëler gaan werken	19	31	37	13	1.79
7. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je niet weet of de bedrijfsarts jouw informatie eventueel zal doorgeven aan anderen	20	28	47	5	1.71
8. bedrijfsartsen geen vertrouwensrelatie met hun patiënten hebben zoals dat bij behandelend artsen het geval is	20	37	32	11	1.86
9. behandelend artsen te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten	15	36	39	10	1.74
10. je met de invoering van de WGBO niet meer weet wat je nu wel of niet meer aan bv. een bedrijfsarts kan doorgeven over een patiënt zonder diens toestemming	17	27	46	10	1.67
11. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je er toch steeds rekening mee moet houden dat de patiënt je dan zou kunnen aanklagen	17	35	45	3	1.72
12. je de bedrijfsartsen vaak niet persoonlijk kent	16	32	47	5	1.67
13. bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij de patiënt zo snel mogelijk aan het werk krijgen	9	37	42	12	1.63

* *het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'geen knelpunt' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.*

Tabel B5-5 **De onderzoeksgroep orthopeden** (n = 155): Voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen

	voor respondent is dit punt:				gemiddelde score *
	een belangrijke voorwaarde %	minder belangrijk %	niet belangrijk %	geen oordeel %	
de samenwerking zou beter zou verlopen wanneer:					
1. bedrijfsartsen het beschermen en bevorderen van de gezondheid v.d. werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen	73	16	7	4	2.70
2. de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd is	74	16	5	5	2.73
3. bedrijfsartsen kunnen garanderen dat de aan hen verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld	66	16	14	4	2.55
4. voor beiden duidelijk is wanneer samenwerking nodig is en er richtlijnen zijn wie dan waar voor verantwoordelijk is	56	24	10	10	2.51
5. bedrijfsartsen meteen aangegeven wat zij voor de patiënt concreet kunnen doen	52	31	13	4	2.40
6. de bedrijfsarts bij een vraag om nadere informatie steeds aangeeft of hij/zij die informatie nodig heeft voor de begeleiding van de patiënt of (ook) voor de verzuimcontrole	45	38	11	6	2.36
7. spoedconsulten/behandelingen op verzoek van de bedrijfsarts, apart gehonoreerd worden en niet ten laste komen van ons macro-budget	76	14	5	5	2.75
8. er een reële vergoeding komt voor het geven van schriftelijke informatie waar je echt tijd in hebt moeten steken	73	20	3	4	2.72
9. er net zoals voor specialisten en huisartsen, referereerbijeenkomsten komen waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen	27	43	23	7	2.05
10. er een 'open communicatie' mogelijk is tussen behandelend arts en bedrijfsarts (dwz. ook zonder expliciete toestemming van de patiënt onderling informatie kunnen uitwisselen)	24	25	35	16	1.86

* het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'niet belangrijk' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.

Bijlage 4

Tabellenbijlage Neurologen

In deze bijlage zijn drie aanvullende tabellen opgenomen:

Tabel B4-2 is een aanvulling op tabel 4-2 in paragraaf 4.2 en geeft alle scores weer van de onderzoeksgroep op de vraag naar de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen

Tabel B5-2 is een aanvulling op tabel 5-2 in paragraaf 5.3 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar knelpunten in de huidige samenwerking

Tabel B5-5 is een aanvulling op tabel 5-5 in paragraaf 5.5 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen

Tabel B4-2 **De neurologen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts (n = 136):**
Typering van de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen

	<i>voor respondent is die omschrijving van toepassing:</i>			
	helemaal %	gedeeltelijk %	niet %	geen antwoord %
bij het uitwisselen van informatie over een patiënt met een bedrijfsarts:				
1. geef ik alleen informatie door wanneer ik daarvoor <i>schriftelijk</i> toestemming heb van de patiënt	82	10	5	3
2. geef ik alleen persoonlijke achtergrondinformatie wanneer ik dat eerst met de patiënt heb besproken	37	26	29	8
3. geef ik uitsluitend de informatie door waarom wordt gevraagd	43	42	8	7
4. beperk ik me tot strikt feitelijke gegevens	57	36	3	4
5. stel ik me zeer terughoudend op	9	51	34	6

Tabel B5-2 **De onderzoeksgroep neurologen (n = 143): Knelpunten in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen**

	<i>voor respondent is dit punt:</i>				gemiddelde score *
	een belangrijk knelpunt %	minder belangrijk %	geen knelpunt %	geen oordeel %	
een knelpunt in de samenwerking is het feit dat:					
1. het voor behandelend artsen onduidelijk is of een bedrijfsarts de belangen van een werknemer behartigt of vnl. de belangen van de werkgever	40	32	16	12	2.27
2. het voor de behandelend arts vaak onduidelijk is of de gevraagde informatie alleen gebruikt wordt voor begeleiding/rentegratie of ook voor verzuimcontrole/claimbeoordeling	42	23	25	10	2.19
3. je als medisch specialist geen beeld hebt van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt	32	41	18	8	2.15
4. er voor beiden partijen geen richtlijnen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	31	38	18	13	2.15
5. schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost, zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat	15	39	39	7	1.74
6. arbodiensten steeds commerciëler gaan werken	22	27	28	23	1.92
7. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je niet weet of de bedrijfsarts jouw informatie eventueel zal doorgeven aan anderen	15	37	41	6	1.72
8. bedrijfsartsen geen vertrouwensrelatie met hun patiënten hebben zoals dat bij behandelend artsen het geval is	24	37	24	15	2.00
9. behandelend artsen te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten	22	46	20	12	2.03
10. je met de invoering van de WGBO niet meer weet wat je nu wel of niet meer aan bv. een bedrijfsarts kan doorgeven over een patiënt zonder diens toestemming	22	28	33	17	1.86
11. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je er toch steeds rekening mee moet houden dat de patiënt je dan zou kunnen aanklagen	20	38	38	4	1.80
12. je de bedrijfsartsen vaak niet persoonlijk kent	13	39	43	5	1.69
13. bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij de patiënt zo snel mogelijk aan het werk krijgen	15	31	31	23	1.79

* het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'geen knelpunt' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.

Tabel B5-5 **De onderzoeksgroep neurologen (n = 143): Voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen**

	voor respondent is dit punt:				gemiddelde score *
	een belangrijke voorwaarde %	minder belangrijk %	niet belangrijk %	geen oordeel %	
de samenwerking zou beter zou verlopen wanneer:					
1. bedrijfsartsen het beschermen en bevorderen van de gezondheid v.d. werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen	81	11	3	5	2.82
2. de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd is	78	11	5	6	2.78
3. bedrijfsartsen kunnen garanderen dat de aan hen verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld	70	20	6	4	2.67
4. voor beiden duidelijk is wanneer samenwerking nodig is en er richtlijnen zijn wie dan waar voor verantwoordelijk is	67	19	8	6	2.62
5. bedrijfsartsen meteen aangegeven wat zij voor de patiënt concreet kunnen doen	60	27	10	3	2.52
6. de bedrijfsarts bij een vraag om nadere informatie steeds aangeeft of hij/zij die informatie nodig heeft voor de begeleiding van de patiënt of (ook) voor de verzuimcontrole	54	29	13	4	2.43
7. spoedconsulten/behandelingen op verzoek van de bedrijfsarts, apart gehonoreerd worden en niet ten laste komen van ons macro-budget	57	14	13	16	2.52
8. er een reële vergoeding komt voor het geven van schriftelijke informatie waar je echt tijd in hebt moeten steken	51	31	13	5	2.41
9. er net zoals voor specialisten en huisartsen, refereerbijeenkomsten komen waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen	30	40	24	6	2.07
10. er een 'open communicatie' mogelijk is tussen behandelend arts en bedrijfsarts (dwz. ook zonder expliciete toestemming van de patiënt onderling informatie kunnen uitwisselen)	24	27	34	15	1.89

* het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'niet belangrijk' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.

Bijlage 5

Tabellenbijlage Revalidatieartsen

In deze bijlage zijn drie aanvullende tabellen opgenomen:

Tabel B4-2 is een aanvulling op tabel 4-2 in paragraaf 4.2 en geeft alle scores weer van de onderzoeksgroep op de vraag naar de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen

Tabel B5-2 is een aanvulling op tabel 5-2 in paragraaf 5.3 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar knelpunten in de huidige samenwerking

Tabel B5-5 is een aanvulling op tabel 5-5 in paragraaf 5.5 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen

Tabel B4-2 **De revalidatieartsen die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts (n = 126):**
Typering van de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen

	<i>voor respondent is die omschrijving van toepassing:</i>			
	helemaal %	gedeeltelijk %	niet %	geen antwoord %
bij het uitwisselen van informatie over een patiënt met een bedrijfsarts:				
1. geef ik alleen informatie door wanneer ik daarvoor <i>schriftelijk</i> toestemming heb van de patiënt	46	34	12	8
2. geef ik alleen persoonlijke achtergrondinformatie wanneer ik dat eerst met de patiënt heb besproken	45	28	13	13
3. geef ik uitsluitend de informatie door waarom wordt gevraagd	23	56	11	10
4. beperk ik me tot strikt feitelijke gegevens	25	61	6	8
5. stel ik me zeer terughoudend op	2	46	40	12

Tabel B5-2 De onderzoeksgroep revalidatieartsen (n = 129): Knelpunten in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen

	voor respondent is dit punt:				gemiddelde score *
	een belangrijk knelpunt %	minder belangrijk %	geen knelpunt %	geen oordeel %	
een knelpunt in de samenwerking is het feit dat:					
1. het voor behandelend artsen onduidelijk is of een bedrijfsarts de belangen van een werknemer behartigt of vnl. de belangen van de werkgever	34	42	19	5	2.15
2. het voor de behandelend arts vaak onduidelijk is of de gevraagde informatie alleen gebruikt wordt voor begeleiding/rentegratie of ook voor verzuimcontrole/claimbeoordeling	32	40	22	6	2.11
3. je als medisch specialist geen beeld hebt van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt	36	29	33	2	2.02
4. er voor beiden partijen geen richtlijnen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	40	28	23	9	2.19
5. schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost, zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat	21	34	40	5	1.80
6. arbodiensten steeds commerciëler gaan werken	19	39	25	17	1.93
7. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je niet weet of de bedrijfsarts jouw informatie eventueel zal doorgeven aan anderen	15	39	39	7	1.75
8. bedrijfsartsen geen vertrouwensrelatie met hun patiënten hebben zoals dat bij behandelend artsen het geval is	15	40	29	16	1.82
9. behandelend artsen te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten	11	37	43	9	1.65
10. je met de invoering van de WGBO niet meer weet wat je nu wel of niet meer aan bv. een bedrijfsarts kan doorgeven over een patiënt zonder diens toestemming	19	33	40	7	1.78
11. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je er toch steeds rekening mee moet houden dat de patiënt je dan zou kunnen aanklagen	17	36	42	5	1.74
12. je de bedrijfsartsen vaak niet persoonlijk kent	18	43	36	3	1.81
13. bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij de patiënt zo snel mogelijk aan het werk krijgen	10	40	37	13	1.70

* het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'geen knelpunt' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.

Tabel B5-5 **De onderzoeksgroep revalidatieartsen** (n = 129): Voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen

	voor respondent is dit punt:				gemiddelde score *
	een belangrijke voorwaarde %	minder belangrijk %	niet belangrijk %	geen oordeel %	
de samenwerking zou beter zou verlopen wanneer:					
1. bedrijfsartsen het beschermen en bevorderen van de gezondheid v.d. werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen	82	9	4	5	2.82
2. de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd is	80	10	3	7	2.83
3. bedrijfsartsen kunnen garanderen dat de aan hen verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld	70	18	10	2	2.61
4. voor beiden duidelijk is wanneer samenwerking nodig is en er richtlijnen zijn wie dan waar voor verantwoordelijk is	72	19	4	5	2.72
5. bedrijfsartsen meteen aangegeven wat zij voor de patiënt concreet kunnen doen	68	25	5	2	2.65
6. de bedrijfsarts bij een vraag om nadere informatie steeds aangeeft of hij/zij die informatie nodig heeft voor de begeleiding van de patiënt of (ook) voor de verzuimcontrole	50	38	7	5	2.46
7. spoedconsulten/behandelingen op verzoek van de bedrijfsarts, apart gehonoreerd worden en niet ten laste komen van ons macro-budget	39	19	21	21	2.23
8. er een reële vergoeding komt voor het geven van schriftelijke informatie waar je echt tijd in hebt moeten steken	37	40	18	5	2.20
9. er net zoals voor specialisten en huisartsen, refereerbijeenkomsten komen waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen	44	37	14	5	2.32
10. er een 'open communicatie' mogelijk is tussen behandelend arts en bedrijfsarts (dwz. ook zonder expliciete toestemming van de patiënt onderling informatie kunnen uitwisselen)	35	31	25	9	2.11

* het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'niet belangrijk' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.

Bijlage 6

Tabellenbijlage Psychiaters

In deze bijlage zijn drie aanvullende tabellen opgenomen:

Tabel B4-2 is een aanvulling op tabel 4-2 in paragraaf 4.2 en geeft alle scores weer van de onderzoeksgroep op de vraag naar de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen

Tabel B5-2 is een aanvulling op tabel 5-2 in paragraaf 5.3 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar knelpunten in de huidige samenwerking

Tabel B5-5 is een aanvulling op tabel 5-5 in paragraaf 5.5 en geeft alle scores van de onderzoeksgroep op de vraag naar voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen

*Tabel B4-2 De psychiaters die wel eens contact hebben met een bedrijfsarts (n = 186):
Typering van de wijze waarop informatie wordt uitgewisseld met bedrijfsartsen*

	<i>voor respondent is die omschrijving van toepassing:</i>			
	helemaal %	gedeeltelijk %	niet %	geen antwoord %
bij het uitwisselen van informatie over een patiënt met een bedrijfsarts:				
1. geef ik alleen informatie door wanneer ik daarvoor <i>schriftelijk</i> toestemming heb van de patiënt	73	18	6	3
2. geef ik alleen persoonlijke achtergrondinformatie wanneer ik dat eerst met de patiënt heb besproken	67	26	4	3
3. geef ik uitsluitend de informatie door waarom wordt gevraagd	46	40	7	7
4. beperk ik me tot strikt feitelijke gegevens	27	58	10	5
5. stel ik me zeer terughoudend op	12	68	14	6

Tabel B5-2 De onderzoeksgroep psychiaters (n = 195): Knelpunten in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen

	voor respondent is dit punt:				gemiddelde score *
	een belangrijk knelpunt %	minder belangrijk %	geen knelpunt %	geen oordeel %	
een knelpunt in de samenwerking is het feit dat:					
1. het voor behandelend artsen onduidelijk is of een bedrijfsarts de belangen van een werknemer behartigt of vnl. de belangen van de werkgever	63	23	10	4	2.55
2. het voor de behandelend arts vaak onduidelijk is of de gevraagde informatie alleen gebruikt wordt voor begeleiding/rentegratie of ook voor verzuimcontrole/claimbeoordeling	59	23	11	7	2.52
3. je als medisch specialist geen beeld hebt van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt	50	32	14	4	2.37
4. er voor beiden partijen geen richtlijnen zijn over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	41	30	20	9	2.24
5. schriftelijk communiceren (te)veel tijd kost, zonder dat er een reële vergoeding tegenover staat	25	36	34	5	1.91
6. arbodiensten steeds commerciëler gaan werken	31	31	18	20	2.17
7. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je niet weet of de bedrijfsarts jouw informatie eventueel zal doorgeven aan anderen	32	36	26	5	2.07
8. bedrijfsartsen geen vertrouwensrelatie met hun patiënten hebben zoals dat bij behandelend artsen het geval is	24	44	22	10	2.02
9. behandelend artsen te weinig kennis hebben van arbeidsgerelateerde klachten	27	41	22	10	2.06
10. je met de invoering van de WGBO niet meer weet wat je nu wel of niet meer aan bv. een bedrijfsarts kan doorgeven over een patiënt zonder diens toestemming	17	26	46	11	1.68
11. je niet echt 'open'/vrijuit met elkaar van gedachten kunt wisselen, omdat je er toch steeds rekening mee moet houden dat de patiënt je dan zou kunnen aanklagen	15	43	37	5	1.76
12. je de bedrijfsartsen vaak niet persoonlijk kent	16	45	34	4	1.81
13. bedrijfsartsen alleen maar oog hebben voor hoe zij de patiënt zo snel mogelijk aan het werk krijgen	21	37	27	15	1.93

* het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'geen knelpunt' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.

Tabel B5-5 De onderzoeksgroep psychiaters (n = 195): Voorwaarden waardoor de samenwerking beter kan verlopen

	voor respondent is dit punt:				gemiddelde score *
	een belangrijke voorwaarde %	minder belangrijk %	niet belangrijk %	geen oordeel %	
de samenwerking zou beter zou verlopen wanneer:					
1. bedrijfsartsen het beschermen en bevorderen van de gezondheid v.d. werknemer/patiënt als uitgangspunt nemen	86	8	1	5	2.90
2. de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gewaarborgd is	85	10	0	5	2.90
3. bedrijfsartsen kunnen garanderen dat de aan hen verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld	82	9	3	6	2.85
4. voor beiden duidelijk is wanneer samenwerking nodig is en er richtlijnen zijn wie dan waar voor verantwoordelijk is	71	17	6	6	2.69
5. bedrijfsartsen meteen aangegeven wat zij voor de patiënt concreet kunnen doen	68	26	1	5	2.69
6. de bedrijfsarts bij een vraag om nadere informatie steeds aangeeft of hij/zij die informatie nodig heeft voor de begeleiding van de patiënt of (ook) voor de verzuimcontrole	70	23	2	5	2.72
7. spoedconsulten/behandelingen op verzoek van de bedrijfsarts, apart gehonoreerd worden en niet ten laste komen van ons macro-budget	38	21	19	22	2.24
8. er een reële vergoeding komt voor het geven van schriftelijke informatie waar je echt tijd in hebt moeten steken	37	37	19	7	2.20
9. er net zoals voor specialisten en huisartsen, refereerbijeenkomsten komen waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen	29	44	18	9	2.12
10. er een 'open communicatie' mogelijk is tussen behandelend arts en bedrijfsarts (dwz. ook zonder expliciete toestemming van de patiënt onderling informatie kunnen uitwisselen)	16	25	45	14	1.66

* het gemiddelde is berekend door het antwoord 'belangrijk' een score 3 toe te kennen, 'minder belangrijk' een score 2 en 'niet belangrijk' een score 1. een gemiddelde van 3.00 is in dit geval het maximale, een gemiddelde van 1.00 is in dit geval het minimale.

Bijlage 7

Het Visiestuk van de LHV en NVAB: Gezamenlijke visie op de plaats en taak van beide disciplines bij SMB

LHV en NVAB, Utrecht, april 1998

Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers

De gezamenlijke visie van de
Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVAB op de plaats en taak van beide disciplines

Colofon

Foto: ANP

Opmaak en productie: Boom Kollektief

Voorwoord

Voor U ligt de visie van het LHV- en NVAB-bestuur¹ op sociaal-medische begeleiding (SMB) van zieke werknemers en op de plaats, taak en samenwerkings mogelijkheden daarbij van bedrijfsartsen en huisartsen, in relatie tot de rol van andere betrokkenen.

Daarmee hebben wij uitwerking gegeven aan de eerste prioriteit uit ons Convenant dd 7-4-97, met dank aan Zorgonderzoek Nederland voor haar financiële ondersteuning.

Dat was allereerst nodig vanwege het reeds lang bekende feit dat insufficiënte samenwerking tussen genoemde artsen tot onnodig (lang) ziekteverzuim kan leiden van patiënten/ werknemers, met alle risico vandien, tot iatrogene invalidering en WAO-intree aan toe. Voorts hebben recente ingrijpende wijzigingen in de sociale zekerheid geleid tot grote veranderingen voor de sociaal-geneeskundige collega's van de huisarts. De verantwoordelijkheid voor ziekteverzuim, SMB en controle is verlegd van de bedrijfsverenigingen en hun verzekeringsartsen naar de bedrijven. Die moeten zich daarbij en bij hun arbeidsomstandighedenbeleid vanaf 1998 allen wettelijk verplicht laten ondersteunen door gecertificeerde arbo-diensten. De daaraan verbonden bedrijfsartsen hebben naast hun traditionele preventieve, vaak groepsgerichte taken ook individuerichte sociaal-medische begeleidingstaken gekregen, zoals reïntegratie, het beoordelen van de arbeids-(on)geschiktheid en het geven van werk-hervattingsadviezen, maar uitdrukkelijk geen claimbeoordeling of controle. Een positief gevolg van deze veranderingen is dat elke werknemer nu niet alleen een huisarts, maar ook een bedrijfsarts heeft - iets waar de artsenorganisaties jarenlang op hebben aangedrongen. Dat biedt een unieke kans

om in onderlinge samenwerking de kwaliteit van SMB te verbeteren. Tevens kan zo veel meer inhoud gegeven worden aan wat er omtrent de relatie arbeid-gezondheid beschreven staat in het Takenpakket van de huisarts.

Tenslotte komt onze Visie ook tegemoet aan de wens van meer dan 80% van de huis- en bedrijfsartsen (zie noot 2) om de onderlinge samenwerking te verbeteren. Wij hopen dan ook dat deze handreiking aanzienlijk aan die verbetering kan bijdragen, terwille van wat onze beide professies bindt: de gezondheid van de aan onze zorg toevertrouwde patiënten/werknemers.

De besturen van de LHV en NVAB

¹ Inmiddels ook geaccordeerd door de LHV-ledenvergadering

Hoofdstuk 1

Voorgeschiedenis, opdracht en werkwijze

Met koppen als 'Huisarts en bedrijfsarts hebben amper contact', of 'Arts wanstrouwt arts' meldden de kranten het aanbieden op 12-2-1997 van de NIA TNO-studie *Voor verbetering vatbaar*² aan minister Borst, staatssecretaris De Grave en de voorzitters van de LHV, NVAB en KNMG. Het onderzoek, waaraan LHV en NVAB van harte hebben meegewerkt, bevestigde wat insiders al lang wisten: beide disciplines werken onvoldoende samen.

Echter, zeer veel huis- en bedrijfsartsen gaven aan deze situatie te willen verbeteren, vooral om de kwaliteit van hun werk te verhogen (een integraler beeld van de patiënt/werknemer, meer afstemming en minder tegenstrijdige adviezen, en daardoor meer kans op reïntegratie en minder op medicalisering). Bovendien gaven ze duidelijk knelpunten aan, naast wat er beter kan en onder welke voorwaarden. Opvallende consensus was er over de noodzaak de positie en taken van de huisarts en vooral van de bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding (SMB) te verhelderen.

De bewindslieden en voorzitters tekenden een **Intentieverklaring** om tot een Plan van Aanpak te komen. Die avond hervatten de LHV en NVAB hun bestuurlijk overleg, dat lang stil had gelegen, en in april sloten zij een **Convenant** met als eerste prioriteit: het formeren van een gezamenlijke werkgroep ter ontwikkelen van een visie op de beoogde samenwerking bij SMB. De overige afspraken betroffen richtlijnontwikkeling, (regionale) samenwerkingsexperimenten en -protocollen, faciliteren van informatie-uitwisseling en regionale (nascholings)activiteiten.

Ook in april nam de NVAB het **Professioneel Statuut** aan als waarborg voor de onafhankelijke positie en oordeelsvorming van de bedrijfsarts tegenover de werkgever, werknemer en arbodienst.

De Branche Organisatie Arbodiensten BOA heeft dit Statuut aanvaard en zal het inpassen in de kwaliteitssystemen van arbodiensten, wat naleving toetsbaar maakt.

Hierna ging de visie-werkgroep voortvarend van start, met als leden R.W.M. van Velzen en H. Witmer, resp. (vice-)voorzitter en secretaris LHV; J.C. van Beek en H.C.G. Backus, resp. voorzitter en vice-voorzitter NVAB; E. Sietsma, beleidsmedewerker LHV en P.C. Buijs (NIA TNO), schrijver/bewerker van de teksten.

De **taakstelling** luidde: ontwikkelen van een visie op de sociaal-medische zorg voor werknemers, in het bijzonder het in kaart brengen van de positie, taken en beoogde samenwerking van huisarts en bedrijfsarts op het terrein van SMB (punt 1 LHV-NVAB-Convenant) met als **beoogd eindproduct**: een door het LHV- en NVAB-bestuur geaccordeerd rapport, bevattend:

- a. een raamwerk voor SMB en een globale plaatsbepaling van daarbij betrokken actoren als de werknemer, werkgever/leidinggevenden, artsen en met hen samenwerkende professionals;
 - b. een nadere uitwerking van de plaats en taak van de bedrijfsarts en huisarts daarbij, hun onderlinge relatie, de beoogde samenwerking en de daarvoor benodigde randvoorwaarden.
-

Dit beoogde eindproduct ligt thans voor U, met als opzet:

Hoofdstuk 2: Doelstellingen, uitgangspunten en randvoorwaarden.

Hoofdstuk 3: Bijdragen van bedrijfs- en huisartsen aan de SMB, in samenhang met die van de werknemer en werkgever³, ingedeeld in fasen: 0. Sollicitatieperiode; I. Aan het werk zonder klachten; II. Idem mét klachten; III. 'Ziek gemeld en dan ...', onderverdeeld in verzuim korter en langer dan 2 weken (IIIa en IIIb); IVa. Weer hervat; IVb. (Vooralsnog) niet hervat.

Hoofdstuk 4: een samenvattende visie op SMB, gevolgd door enkele bijlagen.

PS. Waar hij/hem/zijn staat dient vanzelfsprekend ook zij/haar gelezen te worden.

² Amstel RJ van, Buijs PC. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij SMB. NIA TNO, A'dam, 1997.

³ Voor het weergeven van hun aandeel (zie ook randvoorwaarde 1) wordt (soms letterlijk) geput uit Sociaal-medische begeleiding van de Algemene Werkgevers Vereniging en de Industriebond FNV (AWV/IB-FNV, 1994), vanwege de brede consensus, die ontstaan is, ook in medische kring (KNMG, NVAB), over de daarin bepleite aanpak, met een belangrijke rol voor de bedrijfsarts/arbodienst, in samenhang met de huisarts/curatieve sector.

Hoofdstuk 2

Doelstellingen, uitgangspunten en randvoorwaarden

Omschrijving en doelstelling SMB: Het totaal aan gecoördineerde inspanningen van het bedrijf, de arbodienst en de curatieve gezondheidszorg om samen met de betrokken werknemer diens balans tussen belasting en belastbaarheid (BBB) in evenwicht te houden of te brengen. Het betreft dus met name individuerichte activiteiten vanaf in diensttreding en niet pas na ziekmelding.

De (gezamenlijke) bijdragen hieraan van huis- en bedrijfsartsen - vanuit ieders eigen positie en verantwoordelijkheden - beogen het beschermen, bevorderen en herstellen van gezondheid en welzijn van de werknemer en van diens vermogen aan het arbeidsproces te blijven deelnemen.

Uitgangspunten

1. Het verrichten van passende arbeid onder goede arbeidsomstandigheden bevordert in het algemeen de gezondheid en het welbevinden van de werknemer.
2. Behoud van gezondheid, arbeidsgeschiktheid en arbeidsparticipatie van de werknemer staat bij SMB centraal. De werknemer heeft daarbij een eigen verantwoordelijkheid.
3. Preventie van gezondheidsschade en reïntegratie na ziekte dienen te worden bevorderd.
4. Medicalisering moet zoveel mogelijk worden voorkomen.
5. Voor de huisarts is de bedrijfsarts de deskundige op het terrein van arbeid en gezondheid.
6. Voor de bedrijfsarts is de huisarts de deskundige op het terrein van de generalistische curatieve geneeskunde;
7. Bijzondere groepen als chronisch zieken, ouderen en migranten verdienen aparte aandacht;
8. Tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden moet worden vermeden.

Randvoorwaarden

1. De werkgever neemt zijn eerstverantwoordelijkheid voor preventie, begeleiding en reïntegratie, en de werknemer werkt mee aan preventie, het in acht nemen van gedragsregels en het naar vermogen bevorderen van zijn herstel.
 2. De werknemersvertegenwoordiging/OR kan instemmen met het SMB-beleid.
 3. (Nieuwe) werknemers krijgen adequate informatie over de arbodienst, de bedrijfsarts in zijn rol als adviseur en begeleider, en over de gang van zaken rond SMB binnen het bedrijf.
 4. Werkgevers en arbodiensten stellen bedrijfsartsen in staat verantwoord hun beroep uit te oefenen en een vertrouwenspositie in te nemen t.o.v. de werknemer, door de professionele onafhankelijkheid te respecteren en hen geen controle of claimbeoordeling te laten doen.
 5. Bedrijfsartsen maken huisartsen duidelijk voor welk doel zij informatie vragen (begeleiding, reïntegratie, keuring).
 6. Bedrijfsartsen/arbodiensten garanderen dat derden alleen met gerichte toestemming van de betrokken werknemer informatie kunnen krijgen, die afkomstig is van behandelend artsen.
 7. Huisartsen betrekken het werk in hun probleemverheldering en behandelplan.
 8. Een reëel tijdsbeslag vanwege samenwerking vereist een reële vergoeding voor beide artsen.
-

-
9. Het verwijzen naar medisch specialisten en anderen wordt geregeld: de huisarts blijft de centrale verwijzer, maar het moet mogelijk zijn dat op initiatief van de bedrijfsarts, handelend vanuit diens deskundigheid, in overleg met de huisarts een verwijzing tot stand komt.
 10. De bedrijfsarts kan vanuit zijn deskundigheid de huisarts voorstellen doen voor behandeling van arbeidgerelateerde problematiek. De huisarts kan de bedrijfsarts suggesties doen voor preventie of reïntegratie.
 11. Er worden een gezamenlijk begrippenkader en daarop gebaseerde richtlijnen ontwikkeld.
 12. De onderlinge bekendheid op plaatselijk en regionaal niveau wordt bevorderd.
 13. In het medisch curriculum, beroepsopleidingen en bij- en nascholing verdient SMB aandacht.
 14. Huisartsen en bedrijfsartsen werken binnen hun deskundigheidsgrenzen, op basis van hun Basistakenpakket resp. beroepsprofiel, Code en Professioneel Statuut (zie bijlage 2).
-

Hoofdstuk 3

Plaats, taak en samenwerkingsmomenten bij SMB

Fase 0:

De sollicitatieperiode.

Doel: een goede belasting-belastbaarheidsbalans (BBB) bij het begin van de SMB.

Al is er pas na indiensttreding sprake van SMB, bij een beroepskeuze kunnen adviezen van huis- en bedrijfsartsen reeds relevant zijn. De laatste dienen de arbeidsinhoud, -omstandigheden en potentiële gezondheidsrisico's in 'hun' bedrijven te kennen via de verplichte RI&E: Risico Inventarisatie en Evaluatie. De huisarts kan in algemene zin adviseren over beperkte inzetbaarheid bij allergiën, CARA, diabetes e.d. Of dat relevant is voor de geambieerde functie hangt af van de taak/functie-eisen. Die kent een bedrijfsarts bij uitstek door zijn kennis van de werkplek, de gezondheidsrisico's en de (fysieke) mogelijkheden van de werknemer om aan die eisen te kunnen voldoen (ter bescherming van de eigen en andermans gezondheid en veiligheid).

Aanstellingskeuringen zijn alleen nog toegestaan bij risicofuncties. Hiervoor is gedegen kennis van de gezondheidsrisico's op de werkplek nodig. De bedrijfsarts moet kunnen beoordelen of de risico's een keuring rechtvaardigen. Volgens de Arboret moet een functie bovendien passen bij de capaciteiten en de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de werknemer.

Een goede sollicitatieprocedure hoort te resulteren in de juiste man of vrouw op de juiste plaats en daarmee in een belasting-belastbaarheidsbalans (BBB) die van meet af aan in evenwicht is.

Conclusie: beide artsen kunnen bijdragen aan een goede startpositie van een werknemer.

Fase I:

Gezond/zonder klachten aan het werk.

Doel SMB: het in evenwicht houden van de BBB.

Dit is de normale situatie, die lang kan duren als de BBB in evenwicht blijft. Die kans is groter naarmate een functie meer **regelmogelijkheden** heeft, zodat een werknemer ook zelf zijn balans in evenwicht kan houden in diverse situaties en zo inhoud kan geven aan de eigen verantwoordelijkheid. In deze fase zal dan ook weinig sprake zijn van medische bemoeienis. Wel kunnen werknemer en bedrijfsarts contact hebben bij informatiebijeenkomsten, werkplekbezoek, het AGSU (ArbeidsGezondheidskundig Spreekuur) voor vragen rond bijvoorbeeld zwangerschap en werk; zie verder fase II) en het PAGO (Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek), dat tot doel heeft nadelige gezondheidseffecten op het werk tijdig te ontdekken en maatregelen te kunnen nemen (een PAGO is dus geen **health-checkup**). Werkgevers zijn sinds 1994 verplicht hun werknemers daaraan op vrijwillige basis te laten deelnemen.

De huisarts kan een patiëntencontact aangrijpen voor vragen als:

'Werkt U? Waar? Welk beroep/functie?

Welke arbodienst/bedrijfsarts (+ tel.nr)?

Zijn er gezondheidsrisico's?'

Conclusie: In fase I zal in de regel weinig sprake zijn van samenwerking.

Fase II:
Met klachten aan het werk.

Doel SMB: de uit evenwicht rakende BBB pogen te herstellen vóór het tot ziekmelden komt.

Rol werknemer en leidinggevende/chef

Doorwerken met klachten hoeft niet ongezond te zijn. Raakt de BBB echter steeds verder uit evenwicht, dan komt het toch tot verzuim, vaak langerdurend dan bij tijdige werkstaking. De werknemer merkt klachten als eerste. Heeft hij genoeg mogelijkheden dan kan hij tijdig z'n balans her vinden. Ook kan hij het probleem aankaarten in het reguliere werkoverleg of bij z'n chef, zeker als hij een relatie met het werk vermoedt (allergiën, werkdruk, conflicten). Ook bij functioneringsgesprekken kunnen klachten tijdig gesignaleerd worden en kan aanpassing van taken of arbeidsomstandigheden soelaas bieden. Tot zover is er vaak geen arts nodig.

Rol van de bedrijfsarts en huisarts, en hun samenwerkingsmomenten

Wendt een werknemer zich wel tot de bedrijfs- of huisarts, dan zullen deze na probleemverheldering een advies geven, elkaar consulteren of naar elkaar verwijzen. Het al genoemde open spreekuur van de bedrijfsarts (AGSU) is er voor werknemers met vragen of problemen over hun gezondheid in relatie tot arbeid: causaal (arbeid als oorzaak) of conditioneel (arbeid geen oorzaak maar wel bepalend voor het al dan niet kunnen doorwerken). Dat kan bijvoorbeeld leiden tot onderzoek van de werkplek (zodat deze zo aangepast kan worden dat de juiste houding aangenomen kan worden en lichamelijke klachten worden

voorkomen), tot overleg met de chef bij werkstress of tot versterking van het copinggedrag van de werknemer door enkele gesprekken.

Zowel bedrijfsarts als huisarts hebben vaak relevante aanvullende informatie die elkaars begeleidings- en behandelingstrajecten positief kunnen beïnvloeden, mits natuurlijk de werknemer informed consent geeft. Dit kan leiden tot een gezamenlijk gedragen beleid in het belang van de werknemer, zoals bij dreigende overspanning of andere klachten, die met het werk verband kunnen houden. Dit geldt zeker bij chronische aandoeningen. Die kunnen leiden tot het tijdelijk uit balans raken, waardoor de betrokken werknemer zijn werk niet volledig kan doen. Het is van belang in goed samenspel tussen huisarts, bedrijfsarts en werkgever/werknemer concrete afspraken te maken over hoe bij zulke vroege signalen van dreigende uitval verzuim te voorkomen.

Een veelbelovend terrein van samenwerking is het in onderling overleg adviseren over al dan niet (aangepast) doorwerken in afwachting van een consult, onderzoek of ingreep in de tweede lijn. Daarbij dient wel weer gewaakt te worden voor doorwerken tot schade van de gezondheid.

Conclusie: In deze fase kan samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts een ziekmelding voorkómen door tijdig te signaleren, contact te leggen en te coördineren.

Fase III:
Ziekgemeld en dan ...

Doel SMB: de te zeer uit balans geraakte BBB zodanig herstellen dat het werk hervat kan worden.

Onderscheid tussen kort en lang verzuim

Deze fase begint in de regel als de BBB zo uit evenwicht is door acute of al langer bestaande klachten dat een werknemer meent het werk niet goed genoeg meer te kunnen doen en zich ziek meldt. Dat is meestal een autonoom besluit, net als het zich wel of niet onder behandeling stellen.

Ziekteverzuim is in eerste instantie op te vatten als een probleem tussen werknemer en werkgever, waarbij artsen een complementaire, adviserende rol hebben. Zo bepleiten AWW/Industriebond FNV (noot 1) bij verzuim: '... niet te snel een arts in te schakelen vanwege het gevaar van medicalisering oftewel het onnodig in medisch vaarwater doen belanden van klachten en problemen van in wezen niet-medische aard. (...) Het verdient de voorkeur de zaak door chef en werknemers samen te laten behandelen zonder tussenkomst van een bedrijfsarts, met name in de eerste week.'

Na één week heeft vaak zo'n 65% van de ziekgemelden het werk weer hervat, na twee weken meer dan 80 % en na 6 weken meer dan 90%. Het is daarom handzaam om twee fasen te onderscheiden (IIIa en IIIb): kort (<2 weken) en langdurend verzuim (>2 weken). Dat laatste valt dan nog te verdelen in middellang (2-6 weken) en lang verzuim (>6 weken).

De houding van artsen kan in de eerste paar weken afwachtend zijn, al is soms tijdige interventie nodig, met name bij arbeidsgebonden aandoeningen. Bij langer verzuim is toenemende alertheid geboden of er geen redenen zijn tot medisch handelen, al dan niet in samenwerking, omdat werknemers dan in de gevarezone kunnen raken richting (blijvende) arbeidsongeschiktheid.

Fase IIIa:

Kort verzuim (<2 weken): terughoudend, tenzij ...

Doel SMB: zodanig herstel van de te zeer uit evenwicht geraakte BBB dat het (aangepaste) werk op korte termijn hervat kan worden.

Rol werknemer en werkgever/chef

Werknemers melden zich veelal bij hun leidinggevende ziek. Dat blijkt vaak positief te werken op het verzuimbeloop. Het is immers van groot belang voor de terugkeer van de werknemer dat er een goed contact ontstaat en blijft bestaan tussen de werknemer en de werkvloer. Tenzij de werknemer meer wenst te vertellen komen daarbij slechts onderwerpen aan bod die het de werkgever mogelijk maken de juiste maatregelen op het werk te nemen, zoals vervanging, afzeggen of overnemen van gemaakte afspraken. Daarnaast is het van belang te weten of het werk een oorzakelijke of belemmerende factor is en of het bedrijf ondersteuning kan geven om herstel/reïntegratie te bevorderen.

Rol bedrijfsarts

Vaak kan de bedrijfsarts zich een indruk vormen van de verstoorde BBB via een **Eigen Verklaring (EV)** van de werknemer - vallend onder het medisch beroepsgeheim - met informatie over de aard van de klachten, diagnose, vermoedelijke duur, relatie met het werk, artsenbezoek, therapie/medicijngebruik, behoefte aan contact met de arbodienst enz. Aanvullende informatie kan komen uit vorige verzuimperioodes, het open spreekuur, een PAGO of RI&E. Voor het SMB-traject kan hij kiezen uit diverse vervolgstappen om de BBB te

herstellen. Afhankelijk van de ter beschikking staande gegevens zoals inzicht in de aard van het verzuim, werkgerelateerdheid (intoxicaties, ongevallen, arbeidsconflicten), verzuimpatroon in het verleden etc. wacht de bedrijfsarts af of maakt een afspraak met betrokkene. Pas na zo'n contact zijn in overleg met hem stappen naar derden aan de orde zoals contact leggen met de curatieve sector of sleutelpersonen in het bedrijf.

Rol huisarts

Ook de rol van de huisarts zal aanvankelijk vaak beperkt zijn. Bovendien weet hij lang niet altijd dat er verzuimd wordt. Werknemers in Nederland hoeven immers niet bij hem langs voor een ziekenbriefje en het raakt steeds meer geaccepteerd dat griep of verkoudheid ook vanzelf overgaan.

Dat scheelt in het medicaliseringsrisico, maar maakt het te meer van belang dat huisartsen 'standaard' bij (telefonische) patiëntencontacten het aspect arbeid meenemen, en de vraag of men verzuimt. De huisarts houdt bij medicatie rekening met effecten op het eventueel te hervatten werk. Geneesmiddelen die de rijvaardigheid beïnvloeden doen dat ook met de alertheid op het werk.

Conclusie: Veel werknemers hervatten binnen twee weken, zodat er vaak weinig reden is voor onderling contact tussen huis- en bedrijfsarts, behalve bijvoorbeeld bij het vermoeden van een relatie met het werk, arbeidsconflicten, acute situaties op het werk, frequent kortdurend verzuim met onduidelijke oorzaak of een problematische werkhervatting.

Fase IIIb:

Verzuim langer dan twee weken: van toenemende alertheid tot maximale, gecoördineerde inspanning om herstel te bevorderen.

Doel SMB: voorkómen dat de BBB zodanig uit evenwicht blijft, dat de werknemer/patiënt het (aangepaste) werk niet hervat en afglijdt naar blijvende arbeidsongeschiktheid.

De werknemer en zijn leidinggevende

In deze fase dient de werknemer actief betrokken te zijn en blijven bij het oplossen van zijn probleem. Want ondanks goede voornemens van hulpverleners de patiënt centraal te stellen, gaat het bij langer verzuim nog te vaak vóór, over, maar zónder de betrokken werknemer, terwijl diens inzet vaak doorslaggevend blijkt voor zijn eigen reïntegratie. Daarbij is vaak een omslag van denken nodig van 'Wat kan ik niet (meer)?' naar 'Wat kan ik (nog) wel?'

Voor het bedrijf geldt: 'Hoe langer een aandoening duurt, hoe belangrijker het wordt om contact te houden. Het laten verslappen kan heel demotiverend zijn voor een werknemer: 'Zie je wel, ze vergeten me. Ze hebben me toch niet nodig. Ze willen me zeker kwijt!'. En dat terwijl werknemers na lang verzuim toch al een hoge drempel moeten overwinnen om het werk te hervatten. Met het oog daarop kan naast de chef een 'contact-collega' worden aangesteld (...) terwijl ook de werknemer activiteiten kan ontplooiën om contact te houden met het bedrijf.' Aldus AWW/IB-FNV, die de wenselijke rol van de chef omschrijven als: '...belangstellend, steunend, stimulerend, behulpzaam en voorwaardenscheppend. Hij zal attent

moeten zijn op het opheffen van eventueel ziekmakende of reïntegratiebelemmerende arbeidsomstandigheden, alsook op het zo nodig aanpassen van het werk, de werkdruk of de werktijden.'

De bedrijfsarts/arbodienst

Eén van de eerste acties van de bedrijfsarts in deze fase is de werknemer uitnodigen op het spreekuur. Daar kan hij door eigen onderzoek en een direct gesprek, vallend onder zijn beroeps-geheim, een nader oordeel vormen over de BBB. Een spreekuuroproep dienen werknemers in principe te honoreren, als hun vertegenwoordigers hebben ingestemd met het verzuimbeleid binnen het betreffende bedrijf. Het SMB-vervolgtraject wordt hierna steeds meer maatwerk, bijvoorbeeld nader onderzoek van de werksituatie van betrokkene om diens belasting beter te kunnen beoordelen, verwijzing naar andere arbo-professionals (bedrijfsmaatschappelijk werk, arbeidshygiënist) of bespreking in het sociaal-medisch overleg (SMO). Doelstelling daarvan is vanuit een gezamenlijke aanpak, met de werknemer centraal, zoveel mogelijk belemmeringen weg te nemen die behoud of herstel van arbeidsgeschiktheid in de weg staan. Daar kunnen de bedrijfs-arts, personeelszaken, bedrijfsmaatschappelijk werk, zonodig de chef en de werknemer of diens vertrouwenspersoon, en eventueel de adviserend arts van de Uitvoeringsinstelling (UVI) periodiek verzuimsituaties bespreken, die medewerking vereisen van meerdere partijen: een gecompliceerde kwaal, frequent of langverzuim, niet herplaatsbaar zijn, arbeidsconflicten of een vastgelopen SMB. Men inventariseert en stemt onderling af welke acties ondernomen moeten worden. Dit alles mits

de werknemer informed consent verleent en zijn privacy gegarandeerd is. Zo kan voorkomen worden dat werknemers tussen wal en schip raken of dat er langs elkaar heen gewerkt wordt. Daarnaast kan periodiek op basis van een verzuimanalyse geadviseerd worden over preventieve maatregelen ten aanzien van bedrijfs- en werkgebonden oorzaken.

Na 13 weken dient een voorlopig of volledig reïntegratieplan ingediend te worden bij de UVI met de functie-eisen (bv. tillen, bukken, staan), de beperkingen van betrokkene en wat er moet gebeuren om toch weer aan de slag te kunnen. Dit varieert van behandeling tot werkaanpassing en als dat niet mogelijk is een andere functie bij dezelfde of een andere werkgever.

De huisarts

Veel werknemers hebben bij ziekte, die langer dan een week duurt contact met de huisarts of specialist, bv. bij chronische aandoeningen. Toch valt het te overwegen om behandelaars systematisch te informeren dat hun patiënt zich bijvoorbeeld 2, 4 of 6 weken geleden ziekgemeld heeft. Ook nu is het van belang attent te zijn op relaties van de klachten met het werk. Vanwege de grote variëteit gaan we op behandelingsmogelijkheden slechts globaal in. Zo vinden bedrijfsartsen blijkens onderzoek (zie noot 2) dat huisartsen te weinig rekening houden met de factor 'arbeid' en met het feit dat het meer nog dan voorheen (ook) een werknemer/patiëntenbelang is om zo kort als medisch verantwoord is te verzuimen: uit de vakliteratuur is bekend dat langverzuim extra drempels opwerpt voor werkhervatting, los van de kwaal zelf. Mede daarom zijn adviezen als 'Ga er eens lekker tussenuit' niet zonder risico, zeker bij

niet-werkgerelateerde psychische problematiek. Werk biedt immers vaak een doel, ritme en sociale contacten. Daarnaast kan (onnodig) lang verzuim de arbeidsmarktpositie van de werknemer meer bedreigen dan voorheen. Behoedzaamheid geldt ook bij verwijzingen in het medische circuit. Anderzijds dient gewaakt te worden voor sneller hervatten dan raadzaam is voor de gezondheid of voor aandrang op ongewenste therapie in plaats van het natuurlijk ziektebeloop af te wachten.

Coördinatie, overleg en samenwerking

Bij langerdurend verzuim zal de noodzaak voor overleg tussen huis- en bedrijfsarts veel vaker aan de orde zijn, met name om te komen tot een gecoördineerde aanpak. In goed overleg met de werknemer en met diens **informed consent** kan het gaan over: Waar zit het probleem: op het werk, thuis of elders? (om te voorkómen dat de ene arts iets gaat ondernemen, terwijl het probleem op het terrein van de ander ligt. Hierbij is een vertrouwensrelatie tussen bedrijfsarts en werknemer essentieel om vrijuit te kunnen praten); Wat kunnen beide artsen of anderen bijdragen aan een oplossing? Kan er onder aangepaste werktijden of omstandigheden hervat worden? Is een verwijzing zinvol? Wat de laatste vraag betreft: De huisarts blijft de centrale verwijzer, maar het moet mogelijk zijn dat op initiatief van de bedrijfsarts, handelend vanuit zijn deskundigheid, in overleg met de huisarts een verwijzing tot stand komt. Dit raakt de **wachttijstproblematiek**. Daarmee kan de huisarts rekening houden door bijvoorbeeld patiënten te wijzen op een wat verder weg gelegen ziekenhuis met kortere wachttijden. Overigens hebben de LHV en NVAB, net als de

organisaties van o.a. ziekenhuizen, patiënten, werknemers én werkgevers een gezamenlijk Plan onderschreven vòòr het aanpakken van wachttijden en tegen voorrangszorg en tweedeling in de zorg.

De KNMG werkt inmiddels aan verruiming van de **Code inzake beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens**, vooral ten behoeve van aanvullend intercollegiaal overleg. Dat is vaak ook nodig voor het opstellen van het eerder besproken **Reïntegratieplan**.

Conclusie: bij langdurend verzuim kan betere samenwerking de kans op werkhervatting vergroten.

Fase IVa: Weer aan het werk.

Doel SMB: de weer voldoende herstelde BBB trachten in evenwicht te houden, zodat het (eventueel aangepaste) werk weer voor langere tijd verricht kan worden.

Acht de bedrijfsarts de BBB voldoende hersteld dan adviseert hij de werknemer te hervatten, zodat nog nodig is: vaak is deze zelf alweer begonnen. Tot nu toe lijken zich hierbij weinig meningsverschillen voor te doen. Bovendien zijn er speciale procedures om de vertrouwensrelatie tussen bedrijfsarts, werknemer én curatieve sector te beschermen (zie bijlage 3). Conform het Takenpakket kan de huisarts eveneens adviseren bij werkhervatting. Dat veronderstelt wel voldoende kennis van de arbeidsomstandigheden, zodat overleg met de bedrijfsarts sterk aan te raden is, mede

om tegenstrijdige adviezen te voorkómen. Na langverzuim is aandacht van alle betrokkenen en zo nodig intercollegiaal overleg vereist om een (snel) recidief te voorkómen.

**Fase IVb:
Blijvend arbeidsongeschikt voor alle werkzaamheden bij de eigen werkgever.**

Doel SMB: elders werk vinden dat qua belasting wél overeenkomt met de belastbaarheid van de werknemer, danwel hem helpen accepteren dat zijn BBB (voorlopig) geen gangbare arbeid verdraagt.

Na langdurig verzuim lukt het niet altijd om bij de eigen werkgever te hervatten, ondanks adequate behandeling, begeleiding, werkplekaanpassingen of het aanbieden van ander werk.

Omdat arbeid een bron van inkomsten én van sociale contacten, inspiratie en uitdaging kan zijn, is verlies van werk vaak een rouwproces. Daarbij kunnen de bedrijfs- en huisarts ondersteuning bieden. Daarnaast krijgt de werknemer te maken met andere aspecten en personen van ons sociale zekerheidsstelsel. Wetten als PEMBA (Premie-differentiatie en Marktwerking bij Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) en REA ((Re)integratie arbeidsgehandicapten) beogen de werknemer te stimuleren en te ondersteunen bij het vinden van nieuw werk. Daartoe geeft de adviserend arts van de UVI een medische beoordeling van de mate van arbeids(on)geschiktheid, waarna een arbeidskundige de 'restcapaciteit' bepaalt en vertaalt naar beschikbare functies, die wél passen bij de medische beperkingen. Acht men die functies

geschikt dan kan dat stoppen van het 'ziekengeld' betekenen en niet zelden werkloosheid, omdat het vaak (zeer) moeilijk is om geduide functies ook werkelijk te verwerven, vooral voor oudere werknemers

Conclusie: dit vaak pijnlijke proces onderstreept het belang van gecoördineerde inzet van huis- en bedrijfsarts voor tijdig herstel van de BBB. Terugkeer naar arbeid is immers het makkelijkst vanuit een bestaand dienstverband. En hoe langer het verzuim, hoe kleiner de kans daarop.

Hoofdstuk 4

Een gemeenschappelijke visie op samenwerking bij SMB

Vanaf 1998 heeft elke Nederlandse werknemer niet alleen een huisarts maar ook een bedrijfsarts, wat tot voor kort slechts voor één op de drie gold. Mede tegen deze achtergrond is het belangrijk dat huis- en bedrijfsartsen te kennen hebben gegeven beter te willen samenwerken dan tot nu toe, om de kwaliteit van beider bijdrage aan sociaal-medische begeleiding (SMB) van werknemers te verbeteren (zie noot 2). LHV en NVAB sloten daartoe in april 1997 een Convenant. De belangrijkste van de vijf voor-nemens daaruit is in dit rapport uitgewerkt: een gezamenlijke visie op samenwerking bij SMB en de plaats en taak van de beide disciplines daarbij.

Gezamenlijk uitgangspunt is dat beide professies streven naar het beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers en naar behoud van arbeidsgeschiktheid, vanuit de overtuiging dat het verrichten van passend werk onder goede arbeidsomstandigheden in het algemeen een gezondheids- en welzijnsverhogend effect heeft. SMB valt daarbij te beschouwen als de gecoördineerde inspanningen van het bedrijf, de arbodienst en de curatieve gezondheidszorg om samen met de betrokken werknemer diens balans tussen belasting en belastbaarheid in evenwicht te houden dan wel te brengen. Daarbij berust de eerstverantwoordelijkheid bij de werkgever, terwijl ook de werknemer een eigen, actieve inbreng dient te hebben. Eerstverantwoordelijk voor de medische aspecten van de SMB binnen het bedrijf is de bedrijfsarts. Maar ook de huisarts heeft een verantwoordelijkheid, nl. om de factor arbeid te betrekken bij de behandeling van zijn patiënten en om, als dat in het belang is van hun gezondheid, samen te werken met de bedrijfsarts. Omgekeerd handelt

ook de bedrijfsarts in goede afstemming en samenwerking met curatieve collegae.

Beide artsen werken samen op basis van gelijkwaardigheid, van respect voor elkaars deskundigheid en van een onafhankelijke positie, die huisartsen vanouds bezitten maar die bedrijfsartsen in een ingrijpend gewijzigde (wettelijke) context opnieuw hebben moeten definiëren en veiligstellen middels een Professioneel Statuut (zie bijlage 2). Hun deskundigheid betreft de preventie, diagnostiek en begeleiding van arbeidsgebonden gezondheidsproblematiek, terwijl de huisarts deskundig is op het gebied van de generalistische curatieve geneeskunde.

Beide disciplines benutten elkaars deskundigheid door onderlinge consultatie en informatie-uitwisseling conform de KNMG-code terzake en tegen een adequate onkostenvergoeding. Daarnaast gebruiken zij bij arbeidsgebonden problematiek in onderling overleg mogelijkheden tot advisering en ondersteuning op het terrein van preventie, diagnostiek en behandeling door medische specialisten, paramedici en psychologen zoals gebruikelijk in de gezondheidszorg.

Tenslotte: niet de minst belangrijke voorwaarde voor betere samenwerking is meer onderlinge persoonlijke bekendheid. Die dient vooral regionaal en plaatselijk gestalte te krijgen via refereer-, bij- en nascholingsbijeenkomsten en vooral in de praktijk van de samenwerking langs hierboven aangeduide en in dit rapport verder uitgewerkte lijnen. 'Werkende weg' en uit evaluatieonderzoek zal dan moeten blijken hoe het bevalt en waar bijstellingen nodig zijn. Want uiteindelijk zal de praktijk moeten uitmaken of patiënten/werknemers er ook werkelijk beter van worden.

Bijlage 1

Het Convenant van LHV en NVAB inzake samenwerking bij SMB

De partijen

de Landelijke Huisartsen Vereniging, gevestigd te Utrecht, nader te noemen de LHV, de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, gevestigd te Utrecht, nader te noemen de NVAB,

stellen vast

- dat met het wijzigen van de Arbowet en het sociale zekerheidsstelsel aan de bedrijfsartsen, verbonden aan arbodiensten, zowel een belangrijke taak is toebedeeld terzake de preventie van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen als terzake de sociaal-medische begeleiding van werknemers in verband met ziekteverzuim;
- dat vanaf 1 januari 1998 iedere werknemer in Nederland beschikt over een huisarts en een bedrijfsarts;
- dat een nauwe samenwerking van huisarts en bedrijfsarts voorwaarde is om de curatieve zorg van de huisarts en de preventieve zorg en verzuimbegeleiding van de bedrijfsarts op doelmatige wijze te realiseren;

constateren

- dat de beoogde samenwerking belemmerd wordt door onduidelijkheden aangaande de taak en de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts in het begeleidingsproces rond ziekteverzuim;
- dat huisartsen de factor arbeid te weinig in de diagnostiek en begeleiding van werkenden betrekken;

- dat in de bestaande richtlijnen en protocollen onvoldoende invulling gegeven wordt aan de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts;

overwegen

- dat betere samenwerking tussen partijen bijdraagt aan het optimaliseren van de kwaliteit van de sociaal-medische zorg voor werknemers, waarbij de taak van de bedrijfsarts aangaande de werknemer vooral ligt op het terrein van zorg in relatie tot arbeid en bedrijf en de taak van de huisarts aangaande diezelfde werknemer vooral ligt op het gebied van het verlenen van curatieve zorg;
- dat gezien het bovenstaande vooral behoefte is aan:
 - nadere profilering van de bedrijfsarts in zijn hoedanigheid van sociaal-medisch begeleider van ziekteverzuim, met de nadruk op diens deskundigheid op het terrein van arbeid-gerelateerde problematiek;
 - een nadere positionering van de bedrijfsarts als onafhankelijk functionerend arts hetgeen tot uiting zou moeten komen in het opstellen van een professioneel statuut;
 - een doelmatige gegevensuitwisseling tussen huisarts en bedrijfsarts binnen de daarvoor gestelde regelgeving van de KNMG en een daaraan gerelateerde;
 - regeling van de kostenaspecten van de informatie-uitwisseling tussen huisarts en bedrijfsarts;
 - het meer integreren door huisartsen van de factor arbeid in de medische begeleiding van werkenden, waardoor de huisarts en bedrijfsarts beter in staat zijn om gezamenlijk vorm

te geven aan de sociaal-medische begeleiding van werkverzuimende patiënten.

spreken als hun mening uit:

er moet gestreefd worden naar een gezamenlijke zorgvisie van huisartsen en bedrijfsartsen aangaande de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Vanuit deze gezamenlijk gedragen visie dienen richtlijnen te worden ontwikkeld terzake de protocollering van de samenwerking en van de standaardisering van de advisering op het terrein van arbeidsongeschiktheid.

Vanuit dit perspectief spreken de LHV en de NVAB, met respect voor ieders beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid, de intentie uit om zich, met inachtneming van elkaars belangen en gebruiken, in te spannen de samenwerking van huisarts en bedrijfsarts vorm en inhoud te geven. Het versterken van het beeld van de bedrijfsarts als deskundige op het gebied van arbeidergerelateerde problematiek is hiervoor essentieel, evenals het stimuleren van huisartsen om de factor arbeid te betrekken bij de medische begeleiding van werkenden.

Partijen komen in het kader van en met het oog op de te ontwikkelen visie op de sociaal-medische zorg voor werknemers het volgende overeen:

1. LHV en NVAB formeren een gezamenlijke werkgroep welke een visie ontwikkelt op de sociaal-medische zorg voor werknemers; in het bijzonder zal de beoogde samenwerking van huisarts en bedrijfsarts op het terrein van de sociaal-medische begeleiding in kaart worden gebracht.

2. LHV en NVAB stellen in overleg met het NHG gezamenlijk een werkgroep in welke richtlijnen zal ontwikkelen aangaande het beoordelen van arbeidsongeschiktheid door huisartsen en bedrijfsartsen. Mogelijk kunnen deze richtlijnen in het verlengde van de NHG-standaarden worden ontwikkeld.
3. LHV en NVAB stimuleren het opzetten van experimenten terzake de samenwerking van huisarts en bedrijfsarts met als doel het ontwikkelen van protocollen voor die samenwerking.
4. LHV en NVAB bevorderen dat de onderlinge informatie-uitwisseling tussen bedrijfsarts en huisarts, waar mogelijk, wordt gefaciliteerd.
5. LHV en NVAB bevorderen dat huisartsen en bedrijfsartsen op basis van de resultaten van bovengenoemde werkgroepen, experimenten en activiteiten gezamenlijke nascholingsactiviteiten opzetten en bijwonen in de regio met als nevenliggend doel het verbeteren van de persoonlijke contacten en daarmee de daadwerkelijke totstandkoming van de onderlinge samenwerking.

Aldus overeengekomen en in tweevoud ondertekend te Utrecht op 7 april 1997

voor de LHV: J.F.M. Bergen, voorzitter
J.M. Witmer, secretaris

voor de NVAB: A.N.H. Ostendorf, voorzitter
J.C. van Beek, secretaris

Bijlage 2

Taken en verantwoordelijkheden van bedrijfsartsen en huisartsen t.a.v. arbeid-gezondheid, voorzover relevant voor hun samenwerking

Taken, beschreven in het Beroepsprofiel van de bedrijfsarts:

- Primaire, secundaire en tertiaire preventie van arbeidsgebonden gezondheidsproblemen en van arbeidsongeschiktheid;
- Bescherming en bevordering van de veiligheid, gezondheid en welzijn van de werknemers;
- Bij verschillende belangen, primair de gezondheid van de werknemer beschermen, voorzover dit geen (ernstige) schade toebrengt aan derden;
- Zich rekenschap geven van zijn vertrouwenspositie;
- De werknemer bij informatieuitwisseling hiervoor toestemming vragen;
- Advisering van en samenwerking met behandelende artsen.

Passages uit het Professioneel Statuut van de NVAB:

- 2.6. Onder professionele onafhankelijkheid (autonomie) wordt verstaan: de vrijheid van oordeels-vorming, handelen en advisering van de bedrijfsarts (gegeven de wettelijke kaders, de professionele standaard en de maatschappelijke normen en waarden) t.a.v. preventie van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen en t.a.v. de zorg voor behoud en bevordering van de gezondheid en arbeids-geschiktheid.
- 7.1. De bedrijfsarts dient als arts en als medewerker van de arbodienst het terzake gestelde in de Wet op de PersoonsRegistratie en WGBO na te leven.
- 8.2. De arbodienst draagt er zorg voor dat alle (...) bedrijfsartsen binnen een periode van 2 jaar

na aanvang van het dienstverband in staat gesteld worden om via de daartoe erkende opleidingen een inschrijving te verwerven in het register van (...) bedrijfsarts, en

8.3. Stelt de bedrijfsarts in de gelegenheid de benodigde bij- en nascholing te volgen.

9.3. Bij ziekteverzuim van werknemers heeft de bedrijfsarts een begeleidende taak.

Beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en het geven van werkhervattingsadviezen vormen daarvan een onderdeel, claim-beoordeling en controle niet (9.3).'

Relevante passages uit het Basistakenpakket van de huisarts:

Het Basistakenpakket van de huisarts bevat een functieomschrijving en een taakomschrijving van de huisarts.

In de functieomschrijving van de huisarts staat o.a. dat "de huisarts patiënten zelf behandelt wanneer hun aandoeningen, na diagnose, door hem en in het eigen leefmilieu adequaat kunnen worden behandeld. Bij deze behandeling behoort ook het geven van adviezen omtrent het functioneren van mensen in het arbeidsproces".

Bij de taakomschrijving van de huisarts wordt onder de paragraaf "Voorlichting en adviezen" het volgende vermeld:

" Het werkadvies.

De huisarts zal in het gesprek met de patiënt de relatie tussen diens gezondheidstoestand, zijn (resterende) werkcapaciteit en zijn werkomstandigheden betrekken. Dit betekent dat de huisarts, indien mogelijk, een gemotiveerd advies geeft ter beantwoording van de vraag of werkhervatting

dan wel werkstaking nadelig dan wel voordelig voor de gezondheid van zijn patiënt kan zijn. Over werkaanpassing kunnen nadere adviezen worden ingewonnen bijvoorbeeld via de bedrijfsarts.”

De taken van de huisarts met betrekking tot de Beroepsbevolking zijn:

- het op adequate wijze betrekken van de werksituatie in het handelingsplan
- rekening houden met de wisselwerking tussen patiënt, gezin en werkomgeving
- zo nodig met de bedrijfsarts en verzekerings-geneeskundige samenwerken
- in het bedrijf gelegen of aan het beroep gebonden oorzaken van klachten of aandoeningen signaleren.

Toelichting

Het geven van werkadvisen is een onderdeel van het hulpverleningsproces van de huisarts. In dit kader kan samenwerking met de bedrijfsarts en verzekeringsarts van grote betekenis zijn. Invalidering kan hierdoor in een aantal gevallen worden voorkomen. De taak van de huisarts reikt dus verder dan de zorg voor de individuele patiënt. Als hij door het contact met meer patiënten aanwijzingen krijgt dat aan het beroep gebonden of in het bedrijf gelegen factoren oorzaken van de klachten of aandoeningen zouden kunnen zijn, neemt de huisarts contact op met de betreffende bedrijfsarts of het bedrijf .”

Bijlage 3

Procedures rond het werkhervattingsadvies van de bedrijfsarts

Zoals in elke langdurige patiënt-artsrelatie kan de bedrijfsarts alleen als er een vertrouwensrelatie is met de werknemer, goed zijn werk doen: het bewaken van de BBB. Die taak verandert na ziekmelding niet wezenlijk, alleen komt dan het accent te liggen op herstel van die balans. De bedrijfsarts blijft adviseur en begeleider. Tevens is hij degene die zich een gezondheidskundig oordeel moet vormen van het moment waarop die balans weer voldoende in evenwicht is, om daar vervolgens een werkhervattingsadvies aan te verbinden. Onwenselijk zou het zijn als hij ná de ziekmelding tegenover dezelfde werknemer, die hij eerst in alle vertrouwelijkheid op het arbeidsgezondheidskundig spreekuur had, nu opeens komt te staan als controleur. Dat vergroot de kans dat de werknemer zich gaat fixeren op allerlei medische klachten en desnoods met een gang langs vele specialisten zijn gelijk probeert te halen, om maar aan te tonen dat hij niet ten onrechte verzuimt. (...) Dan is bovendien de kans groot dat de werknemer vitale informatie over zijn gesteldheid achterwege laat (een besmettelijke ziekte of een conflict met de chef) uit angst dat dit tegen hem gebruikt wordt. (...) *Bovendien is zo'n benadering voorwaarde voor een goede, efficiënte samenwerking met behandelend artsen. Dat is ook in ieders belang, vooral met het oog op de duur van het verzuim (curs.pb).*' Aldus AWW/IB-FNV, die vervolgen:

'Een werkhervattingsadvies moet zorgvuldig tot stand komen, in goed overleg tussen arts en werknemer, zeker bij langerdurend verzuim. Bij elk contact dienen beiden stil te staan bij de vraag: is de BBB weer zodanig hersteld dat werkhervatting mogelijk is? Vaak zal de werknemer dat zelf al te

kennen geven, ev. in reactie op de vraag: Wanneer denkt u weer aan de slag te gaan?

Bij een SMB waar werknemers volwaardige gesprekspartners zijn, zal hun oordeel en dat van de arts meestal gelijklopend zijn. Soms zullen zij echter van mening verschillen en net als elders in de gezondheidszorg wil dat niet op voorhand zeggen dat de dokter gelijk heeft. Zorgvuldigheid is dan gepast, om de gezondheid te beschermen en ook om onnodige escalatie te voorkomen, te meer omdat de werknemer na de hervatting met dezelfde arts verder moet. (...) Is de werknemer het oneens met het advies van de arts, dan worden eerst argumenten gewisseld. Komt men er niet uit, dan kan het verstandig zijn er nog 'een nachtje over te slapen'. Blijven beide bij hun mening, dan zijn de SMB-mogelijkheden op dat moment uitgeput en dient de arts zijn advies onder respectering van het medisch beroepsgeheim te melden aan de werkgever.'

Meent de werknemer in zijn recht te staan dan kan hij een onafhankelijk deskundigen-oordeel aanvragen bij de UVI (vroeger de *second opinion* bij de bedrijfsvereniging) à f 35,- als de aanvrager ongelijk krijgt. Op korte termijn vormt de adviserend UVI-arts zich op grond van eigen onderzoek een oordeel over de BBB. Is dat gelijk aan dat van de bedrijfsarts, dan kan de werknemer nog naar de kantonrechter stappen. Is de arts het met de werknemer eens, dan zal de UVI zonodig het loon doorbetalen in de vorm van ziekengeld, met verhaal op de werkgever.

Ook de werkgever kan zo'n deskundigen-oordeel aanvragen als hij het oneens is met de werknemer én de bedrijfsarts. De UVI kan dat echter alleen

geven als de werknemer bereid is mee te werken. Weigert deze, dan kan dat wel zijn positie verzwakken tegenover de kantonrechter. Krijgt de werkgever gelijk, dan kan hij de loon- doorbetaling stoppen. Krijgt hij ongelijk, dan ligt een stap naar de kantonrechter niet voor de hand.

Om voor alle partijen onkosten en verharding te voorkomen raden AWW/IB-FNV een **zorgvuldigheidstoets** aan: 'Bij een blijvend meningsverschil tussen werknemer en arts geeft een collega- bedrijfsarts op korte termijn, bv. de volgende dag, een eigen, onafhankelijk oordeel op grond van een gesprek en ev. aanvullend (lichamelijk) onderzoek. Bevestigt dat de mening van de werknemer, dan moeten de beide collega-artsen onderling een

voortzetting van de SMB vanuit de arbo-dienst bepalen. Wordt de mening van de eerste arts bevestigd, dan kan het verstandig zijn de betrokken werknemer even respijt te geven om een weloverwogen besluit te nemen. Volgt hij na 'een nachtje slapen' het advies van de artsen, dan hervat hij het werk. Blijft hij bij zijn mening dan wordt het bedrijf daarvan in kennis gesteld en kunnen eerder geschetste stappen volgen. Voorts is met de arbodienst af te spreken dat een werknemer (tijdelijk) bij een andere arts terecht kan als er onverhoopt toch een vertrouwensbreuk ontstaat. Tenslotte valt te overwegen om een klachtenprocedure voor de SMB in te bouwen in bestaande bedrijfsklachtenregelingen.

Bijlage 8

Het onderzoek onder huisartsen en bedrijfsartsen: Samenvatting van de onderzoeksresultaten



(uit: *Voor verbetering vatbaar (deel 1), De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding, TNO Arbeid, Hoofddorp, 1997*)

Samenvatting van de onderzoeksresultaten

Aan de hand van de punten waarin het onderzoek inzicht moet geven, wordt onderstaand samengevat wat de betrokken huisartsen en bedrijfsartsen hierover naar voren hebben gebracht.

a. Hoe verlopen volgens de betrokkenen hun huidige onderlinge contacten?

De huisartsen

Contact met een bedrijfsarts heeft circa 1 op de 5 huisartsen wekelijks; de anderen hebben dit hooguit één of een paar keer per maand.

De meeste huisartsen hebben voornamelijk telefonisch contact met een bedrijfsarts (46%) of meer telefonisch dan schriftelijk (20%). Slechts 7% van de huisartsen stelt dat zij voornamelijk schriftelijk communiceren met een bedrijfsarts.

De meeste huisartsen (84%) geven tevens aan dat het initiatief voor onderling contact over een patiënt, zelden of nooit van hen uitgaat.

Als zij contact met een bedrijfsarts opnemen, is dit meestal om redenen die verband houden met de begeleiding van hun patiënt, veel minder vaak om een bedrijfsarts bijvoorbeeld te attenderen op meer preventieve zaken en zelden om door te geven dat naar hun oordeel een patiënt het werk weer zou kunnen hervatten.

Wanneer men contact wil opnemen met de bedrijfsarts van een patiënt, dan vragen verreweg de meeste huisartsen (ruim 8 op de 10) daarvoor altijd eerst expliciet toestemming aan hun patiënt. Voor telefonisch contact volstaan de meesten met een mondelinge toestemming; voor schriftelijk contact met de bedrijfsarts laat circa 1 op de 7 deze ook altijd nog door de patiënt schriftelijk bevestigen.

Zelden of nooit blijkt een patiënt die toestemming niet te geven: circa 8 op de 10 is dat bijvoorbeeld nog nooit overkomen.

De meeste huisartsen brengen naar voren dat zij hun houding tegenover een bedrijfsarts niet zozeer zouden omschrijven als zonder meer terughoudend, maar geven aan dat dit afhankelijk is van de aard van de informatie waarom wordt gevraagd (*'terughoudend wanneer het gaat om vragen over arbeidsgeschiktheid of om informatie van vertrouwelijke aard'*) en/of van de opstelling van de bedrijfsarts tegenover hen en met name tegenover de patiënt (*'het belang van de patiënt moet ermee gediend zijn'*).

Op de vraag naar een algemeen oordeel over hun contacten met bedrijfsartsen geeft bijna de helft (45%) van de huisartsen aan dat men die redelijk vindt verlopen en 38% vindt ze in het algemeen goed verlopen.

De bedrijfsartsen

Van de bedrijfsartsen die aan het onderzoek hebben meegedaan heeft 2 op de 3 gemiddeld genomen één of meer keren per week contact met een huisarts over een werknemer/patiënt. Met medisch specialisten blijkt dit aanmerkelijk minder het geval; met hen heeft nog niet de helft van de genquêteerde bedrijfsartsen wekelijks contact.

Ook over hoe de contacten in de praktijk plaatsvinden, blijken aanmerkelijke verschillen. De meeste respondenten hebben met huisartsen voornamelijk telefonisch contact over een patiënt en communiceren met een medisch specialist daarover alleen schriftelijk.

Een behandelend arts wordt door hen niet vaak benaderd om bijvoorbeeld te proberen de wachttijd voor een werknemer te verkorten of om kanttekeningen te plaatsen bij een behandeling. Men neemt vooral contact met hen op voor nadere informatie over de aard van de klachten of over de inhoud van de behandeling van een patiënt. Met huisartsen wordt tevens relatief vaak contact opgenomen voor overleg over een gezamenlijk behandelings/begeleidingsplan; medisch specialisten worden weer meer benaderd voor een prognose omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid en de beperkingen van een patiënt om het werk te hervatten.

In beide gevallen blijkt er sprake van voornamelijk eenrichtingverkeer: bijna alle genquêteerde bedrijfsartsen melden dat het initiatief voor contact over een patiënt altijd of vaak van hun uitgaat en zelden tot nooit van de betrokken behandelend arts. Kennelijk speelt dit punt niet mee in hun algemene oordeel over hun contacten met behandelend artsen: verreweg de meeste respondenten vinden dat die redelijk tot goed verlopen (bijna 9 op de 10 vindt dat van hun contacten met huisartsen en bijna 8 op de 10 vindt dat van hun contacten met medisch specialisten).

In de praktijk vragen vrijwel alle respondenten altijd eerst toestemming aan de betrokken werknemer/patiënt, zeker wanneer men schriftelijk contact wil opnemen met zijn of haar behandelend arts. Gaat het om schriftelijk contact, dan blijken vrijwel alle bedrijfsartsen in dit onderzoek die toestemming door de werknemer ook schriftelijk te laten bevestigen. Circa 6 op de 10 doet dat ook voor telefonisch overleg met een behandelend arts; de anderen volstaan dan met de mondelinge toestemming maar maken er veelal nog wel een aantekening van in het dossier en/of vragen aan betrokkene of deze de behandelend arts wil informeren dat men hiervoor toestemming heeft gegeven. Door circa 6 op de 10 wordt gesteld dat hen nog nooit is overkomen dat een werknemer geen toestemming gaf om contact op te nemen met zijn of haar behandelend arts.

Slechts weinig respondenten zouden hun opstelling tegenover de behandelend artsen typeren als zeer terughoudend (hooguit 6%) of als onduidelijk over de reden waarom men van hen informatie nodig heeft. Dit laatste wordt echter niet bevestigd door de huisartsen; zij stellen dat juist dit vaak voor hen niet duidelijk is.

Tenslotte

Hoewel de invoering van het wetskoppel TZ/Arbo op 1 januari 1994 mede was bedoeld om de samenwerking tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen te bevorderen, blijkt in de praktijk hiervan nauwelijks sprake. Zo meldt bijvoorbeeld 18% van de huisartsen dat het aantal contacten met bedrijfsartsen sindsdien is toegenomen, maar anderzijds geeft 12% aan dat zij bij hen juist zijn afgenomen. En slechts 5% van de huisartsen vindt dat de contacten sindsdien zijn verbeterd, tegenover 10% die ze eerder slechter vindt geworden.

b. Welke knelpunten worden ervaren in de huidige samenwerking?

De huisartsen

Vooraf onduidelijkheid in de contacten omtrent de rol van de bedrijfsarts, blijkt voor veel huisartsen een belangrijk, zo niet het belangrijkste, obstakel te vormen. Zoals: onduidelijkheid over of de gevraagde informatie door de bedrijfsarts alleen gebruikt zal worden voor de SMB of ook voor verzuimcontrole, over wiens belangen hij of zij behartigt (die van de werknemer of die van de werkgever), of onduidelijkheid over wat een bedrijfsarts concreet kan en wil doen voor een patiënt.

Door ruim eenderde wordt ook het commerciële worden van Arbodiensten als een belangrijk obstakel gezien, evenals het ontbreken van vergoedingen terwijl samenwerken wel tijd kost. En circa eenderde ervaart eveneens als een belangrijk knelpunt dat men zelf te weinig kennis heeft van bedrijfsgezondheidszorg en van de (recente) wetgeving op dit terrein.

Daarna volgen punten zoals elkaar niet persoonlijk kennen, het ontbreken van richtlijnen over hoe te handelen in situaties waar samenwerking is geïndiceerd, het ontbreken van een vertrouwensrelatie tussen de bedrijfsarts en een patiënt, en het niet 'open' met elkaar kunnen communiceren over een patiënt. Ruim een kwart van de huisartsen ervaart deze eveneens als belangrijke knelpunten.

Het moeilijk telefonisch bereikbaar zijn van bedrijfsartsen en het gevoel dat zij alleen maar oog hebben voor hoe zij zo snel mogelijk de patiënt weer aan het werk krijgen, vindt hooguit 1 op de 6 à 7 huisartsen belangrijke obstakels in de huidige samenwerking.

De bedrijfsartsen

Weinig begrip en kennis bij de behandelend artsen ten aanzien van het werk van bedrijfsartsen, wordt door veel respondenten als één van de belangrijkste knelpunten genoemd in de huidige contacten. Zoals: behandelend artsen die te weinig kennis hebben van bedrijfsgezondheidszorg en de wetgeving terzake, die geen helder beeld hebben van wat ze van een bedrijfsarts mogen verwachten, of behandelend artsen die geen oog hebben voor het werk van hun patiënten. Daarnaast vindt 4 à 5 op de 10 een belangrijk knelpunt in de contacten dat behandelend artsen niet lijken te beseffen dat het ook een werknemersbelang is om onnodig te verzuim te vermijden en dat zij veelal denken dat bedrijfsartsen niet de belangen van een werknemer behartigt maar die van de werkgever.

Punten zoals het moeilijk telefonisch bereikbaar zijn van behandelend artsen, dat men met medisch specialisten alleen maar schriftelijk contact kan opnemen omdat daar een financiële vergoeding tegenover staat en het ontbreken van richtlijnen voor beide partijen over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is, wordt door 35 à 40% van de respondenten eveneens als belangrijke knelpunten ervaren in de huidige samenwerking.

Daarnaast merkt ruim eenderde op dat ook een belangrijk obstakel is dat behandelend artsen in de contacten met hen er al bij voorbaat van uitgaan dat de informatie voor de verzuimcontrole zal worden gebruikt omdat zij het verschil niet meer zien tussen een bedrijfsarts en een verzekeringsgeneeskundige.

Circa 1 op de 5 ervaart tevens nog als belangrijk obstakel het vaak niet persoonlijk kennen van de behandelend artsen met wie men contact heeft, en circa 1 op de 10 stipt eveneens nog knelpunten aan zoals huisartsen die alleen maar informatie willen geven wanneer zij er een vergoeding voor krijgen en het gevoel hebben door de behandelend artsen niet als een 'echte' arts te worden gezien.

Nog het minst vaak (door hooguit 1 op de 10) wordt door de respondenten als belangrijk knelpunt in de huidige samenwerking genoemd het feit dat er tussen hen en behandelend artsen niet 'open' kan worden gecommuniceerd over een patiënt/werknemer (dus zonder diens expliciete toestemming).

Tenslotte

Uit het onderzoek komt tevens nog een ander punt naar voren waarvan het niet ondenkbaar is dat dit de verstandhouding tussen huisartsen en bedrijfsartsen negatief beïnvloedt omdat men hierover aanzienlijk van mening blijkt te verschillen. Dit betreft de kwestie of een bedrijfsarts een werknemer zonedig zelf zou mogen doorverwijzen naar een hulpverlener binnen het medische circuit voor nadere diagnosestelling of voor een behandeling. De meeste huisartsen blijken daar zonder meer bezwaar tegen te hebben; de meeste bedrijfsartsen vinden daarentegen dat dit, zeker onder bepaalde voorwaarden, wel moet kunnen.

c. Vindt men het nodig dat de samenwerking wordt verbeterd, wat zouden daarvan de voordelen zijn en is men op de hoogte van het beleid van de eigen belangorganisatie(s)?

Zowel onder de huisartsen als onder de geënquêteerde bedrijfsartsen leeft bij velen (ruim 8 op de 10) de wens voor een betere samenwerking. Zo zou 76% van de bedrijfsartsen en 68% van de huisartsen in het algemeen beter willen samenwerken; 9% respectievelijk 15% brengt hierin een nuance en stelt dat men alleen bij bepaalde patiënten graag (beter) onderling contact zou willen hebben.

Door de bedrijfsartsen wordt hierbij een pleidooi gehouden voor minder eenrichtingverkeer dan tot nu toe het geval is, in het algemeen meer overleg en met name meer telefonisch overleg. Door de huisartsen wordt vooral de wens uitgesproken dat bedrijfsartsen meer duidelijk maken wat zij zelf concreet voor een patiënt kunnen en willen doen en dat de contacten voortaan meer zullen gaan over preventie of de reïnte-

gratiemogelijkheden van een patiënt en minder over (legitimering van) het ziekteverzuim.

Het streven van de betrokken beroepsorganisaties naar een betere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts lijkt door hun achterban dus in hoge mate te worden ondersteund. In hoeverre men met dit beleidsdoel ook bekend is, is -om onderzoekstechnische redenen- niet gevraagd. Wel blijken de meeste respondenten redelijk tot goed op de hoogte van het beleid van hun eigen beroepsorganisatie in het algemeen.

Over de voordelen van een betere samenwerking zijn beide groepen het in grote lijnen met elkaar eens. Zo hechten beide veel minder waarde aan het feit dat hierdoor het ziekteverzuim in het algemeen zou kunnen worden teruggedrongen of dat hierdoor de controle op het verzuim van de patiënt zou kunnen worden verbeterd. Beide zien veel meer als belangrijke voordelen van een betere samenwerking dat hierdoor de patiënt niet meer met eventuele tegenstrijdige adviezen wordt begeleid en elkaars taken bij de begeleiding beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Daarnaast noemen beide, maar de bedrijfsartsen wat meer dan de huisartsen, dat hierdoor door allebei ook kwalitatief beter werk zal kunnen worden geleverd omdat er een integraal beeld verkregen wordt van de patiënt, dat het de kans op een voorspoedige reïntegratie van de patiënt zal vergroten en dat het medicalisering van de klachten van de patiënt kan tegengaan.

d. Hoe zou volgens de betrokkenen de onderlinge samenwerking kunnen worden verbeterd?

De huisartsen

Ruim driekwart van de huisartsen noemt als belangrijke, zo niet de belangrijkste, voorwaarden voor een betere samenwerking: bedrijfsartsen dienen het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werknemer als uitgangspunt te nemen, hun professionele onafhankelijkheid te waarborgen en te garanderen dat de verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld. Bijna tweederde van de huisartsen geeft tevens aan dat de samenwerking wat hen betreft (ook) beter zou verlopen wanneer bedrijfsartsen in de contacten steeds duidelijk aangeven waarvoor zij de informatie nodig hebben en wat zijzelf voor de patiënt concreet kunnen doen.

Daarnaast worden nog voorwaarden genoemd zoals een vergoedingensysteem voor het verstrekken van informatie en meer praktische werkafspraken zoals bijvoorbeeld van een bedrijfsarts schriftelijk bericht krijgen dat zij een patiënt begeleiden. Hoewel deze zaken door de huisartsen eveneens als belangrijke voorwaarden worden beschouwd voor een betere samenwerking, nemen zij binnen het totaal echter niet de eerste plaats in: het gaat hen in eerste instantie vooral om de beroepsopvatting van bedrijfsartsen en om hun professionele onafhankelijkheid.

De bedrijfsartsen

(Ook) volgens ruim 8 op de 10 van de geënquêteerde bedrijfsartsen zal het waarborgen van de professionele onafhankelijkheid van hen als bedrijfsarts, een belangrijk punt

vormen om de samenwerking met behandelend artsen beter te laten verlopen. Dit zal volgens een bijna even groot aantal ook het geval zijn wanneer zij zich als beroeps-groep meer gaan profileren als medisch specialist op het terrein van arbeid en gezondheid. Bijna driekwart van de respondenten geeft (tevens) aan dat naar hun mening de samenwerking ook beter zal verlopen wanneer zij als bedrijfsarts het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werknemer als uitgangspunt nemen en zowel bedrijfsarts als behandelend arts van eenzelfde begrippenkader uitgaan. Circa tweederde denkt dat dit ook het geval zal zijn als voor beide partijen duidelijk is wanneer samenwerking nodig respectievelijk nuttig is, er richtlijnen zijn opgesteld wie in dat geval waar voor verantwoordelijk is, als zij een behandelend arts kunnen garanderen verstrekte informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar te stellen en als zij in de contacten ook meteen aangeven wat zij als bedrijfsarts concreet voor de betrokken patiënt kunnen doen.

Door de bedrijfsartsen zelf wordt hun eigen houding en opstelling dus eveneens als een belangrijke ingang gezien die de samenwerking met behandelend artsen zou kunnen verbeteren. Daarnaast worden nog andere 'ingangen' genoemd, zoals bijvoorbeeld: refereerbijeenkomsten organiseren waardoor men onder meer de kans krijgt elkaar persoonlijk te leren kennen en huisartsen een vergoeding geven voor het geven van schriftelijke informatie waar zij echt tijd in hebben moeten steken. Deze worden echter door veel minder respondenten als echt belangrijke voorwaarden beschouwd voor een betere samenwerking.

Tenslotte

Eén van de aanleidingen tot het onderzoek was de vraag of de overtuiging bij de overheid dat met name een open communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts de samenwerking zou kunnen bevorderen, ook gedeeld wordt door degenen die er in de praktijk mee moeten werken. Uit het onderzoek komt naar voren dat zowel door de huisartsen als door de bedrijfsartsen die aan dit onderzoek hebben meegedaan, die overtuiging niet echt wordt gedeeld. Binnen het totaal aan voorwaarden die belangrijk worden geacht om de samenwerking te verbeteren, wordt door beide groepen het uitwisselen van informatie zonder expliciete toestemming van de patiënt steeds het minst vaak genoemd.