

TNO-rapport r7610

Op weg naar betere samenwerking
tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen
bij begeleiding van (zieke) werknemers:
nadere voorstellen

Datum februari 2002

Auteurs P.C. Buijs

TNO Arbeid

Nederlandse organisatie voor toegepast-
natuurwetenschappelijk onderzoek



Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93

F 023 554 93 94

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.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Uitgangspunten en randvoorwaarden	7
3	Beschrijving primaire proces: een stroomdiagram	9
4	Nadere aanduiding van knelpunten en van oplossingsrichtingen/ -mogelijkheden	11
5	Relevante, reeds lopende projecten	13
6	Beknopte projectvoorstellen ter bevordering van de samenwerking tussen medisch. specialisten en bedrijfsartsen	15
6.1	Inleiding: de aanbevelingen uit <i>Voor verbetering vatbaar-II</i>	15
6.2	Projectvoorstellen	16
	Project 1. Screening CBO-richtlijnen op “arbeid”	16
	Project 2. Ontwikkeling nieuwe samenwerkingsrichtlijnen	16
	Project 2a. Pilot van CBO-multidisciplinair project Lage rug-klachten	17
	Project 3. Omwerking leidraad samenwerking huisarts-bedrijfsarts naar een Leidraad t.b.v. bedrijfsarts en medisch specialist	17
	Project 4. Kwantificering van verzuimperioden voor aandoeningen, die zich daarvoor lenen	18
	Project 5. Inventarisatie van good practises	18
	Project 6. Ontwikkelen arbeidsanamnese voor medisch specialisten	19
	Project 7. Regionale Samenwerkingsprojecten	20
	Project 8. Artikelen in vakbladen	21
6.3	Overige Ideeën	21
7	Verdere aanpak: draagvlak maken	23
8	Bijlagen PM	25

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport *Op weg naar betere samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen bij begeleiding van (zieke) werknemers* van de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Het bevat de neerslag van de onderlinge gedachtewisselingen van de *Werkgroep Samenwerking Medisch specialisten – Bedrijfsartsen*. Deze werkgroep kwam tot stand in vervolg op de aanbieding in april 2000 van het onderzoeksrapport van TNO Arbeid “Voor verbetering vatbaar II: medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding” aan minister Borst¹, staatssecretaris Hoogervorst (SZW) en de voorzitters van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB, de Orde van Medisch Specialisten en de Wetenschappelijke Verenigingen voor orthopedie, psychiatrie, neurologie en revalidatiegeneeskunde. Deze voorzitters ondertekenden ter plekke een Intentieverklaring om een gezamenlijke werkgroep te vormen, “...die op basis van het TNO onderzoek (...) nadere voorstellen formuleert, gericht op de door 84% van de 622 respondenten gewenste verbetering van de samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen.”

Het doet ons genoeg te constateren, dat deze eerste gezamenlijke exercitie van onze beide verenigingen inderdaad succesvol is geweest: de bovengenoemde voorzitters hebben zelf de kern van de werkgroep gevormd, met als resultaat het onderhavige rapport. Daarin worden, na een inleidend hoofdstuk, eerst uitgangspunten en randvoorwaarden benoemd voor een betere samenwerking. Dan volgt een schets van het proces van een werknemer, die gezondheidsklachten krijgt, en de wijze waarop de direct betrokkenen – waaronder de bedrijfsarts en medisch specialist – daarmee te maken (kunnen) krijgen. Vervolgens worden de knelpunten beschreven, die daarbij kunnen optreden en mogelijke oplossingen daarvoor. Na een korte inventarisatie van relevante, reeds lopende projecten volgt, zoals bedoeld in de Intentieverklaring, het hoofdbestanddeel van dit rapport: een achttal beknopte projectvoorstellen, inclusief een schatting van het tijdpad en de kosten, en een verkenning van mogelijke financiers. Besloten wordt met een aanduiding van de verdere aanpak.

Het is onze bedoeling de projectvoorstellen te bespreken met relevante instanties en financiers, met als doel de voorstellen van keuze in onderling overleg nader uit te werken en te doen uitvoeren. Op deze wijze hopen wij ook in de praktijk van alledag een begin te kunnen maken met de door velen gewenste daadwerkelijk betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten.

Mariëlle A-Tjak
Voorzitter NVAB

Rob Valentijn
Voorzitter Orde

¹ vertegenwoordigd door drs. A.A.W. Kalis, directeur gezondheidsbeleid

1 Inleiding

Zoals ook in het Voorwoord te lezen viel, bevat de voor u liggende rapportage een neerslag van de onderlinge gedachteswisselingen van de ad-hoc *Werkgroep Samenwerking Medisch specialisten – Bedrijfsartsen*. De basis voor deze werkgroep werd gelegd op 5-4-2000 bij de aanbieding door Prof. Pot van TNO Arbeid, van het onderzoeksrapport “Voor verbetering vatbaar II; medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding” aan minister Borst, VWS (vertegenwoordigd door drs. Kalis, directeur gezondheidsbeleid), staatssecretaris Hoogervorst (SZW) en de voorzitters van de betrokken artsorganisaties en van de BOA, de Branche Organisatie Arbodiensten.

Dit rapport was een vervolg op het onderzoek “Voor verbetering vatbaar I” over de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen (NIA TNO, 1997), dat geleid heeft tot een bestuurlijke toenadering tussen NVAB en LHV, het sluiten van een gezamenlijke Convenant (1997) en een groot aantal projecten, gefinancierd door o.a. VWS, SZW, ZON/MW en NWO.

In de hoop een dergelijk traject te kunnen bewandelen ondertekenden op 5-4-2000 de voorzitters van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB, van de Orde van Medisch Specialisten en van de Wetenschappelijke Verenigingen voor orthopedie, psychiatrie, neurologie en revalidatiegeneeskunde de volgende, in overleg met hen opgestelde Intentieverklaring: “Vertegenwoordigers van onderstaande organisaties spreken de intentie uit om uit hun kring een ad-hoc werkgroep te vormen, die op basis van het TNO onderzoek “Voor verbetering vatbaar II” op korte termijn nadere voorstellen formuleert, gericht op de door 84% van de 622 respondenten gewenste verbetering van de samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen.”

Na bestuurlijke terugkoppeling bleken alle direct betrokken artsorganisaties het thema dermate belangrijk te vinden, dat zij hun voorzitters aanwezen als afgevaardigden naar de bedoelde ad-hoc werkgroep, te weten mevrouw A-Tjak (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB) en de heren Sanders (Orde van Medisch Specialisten OMS), Plasmans (Nederlandse Orthopedische Vereniging NOV), Van Tilburg (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie NVP; later vervangen door Koerselman), Koehler (Nederlandse Vereniging voor Neurologie NVN) en Wever (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen VRA).

De werkgroep kwam vanaf de zomer 2000 een vijftal keren bijeen, terwijl daarnaast nog diverse tussenbijeekomsten in kleinere kring plaats vonden. Op verzoek van de deelnemers heeft de (oud-)voorzitter van de Orde, Sanders, de bijeenkomsten voorgezeten. Daaraan namen ook deel: de heren Peters (vice-voorzitter NVAB), Dillmann (directeur Orde), Miedema (op verzoek van de NOV) en Buijs (TNO Arbeid). Laatstgenoemde bereidde als adviseur op verzoek en op kosten van de Orde de vergaderingen inhoudelijk voor en schreef op basis van de discussies onderhavig rapport, in de eindfase in samenspraak met mevrouw A-Tjak en de heer Dillmann.

De gedachtenwisselingen waren van meet af aan constructief en oplossingsgericht van toon, mede tegen de achtergrond van de, ook van de zijde van de Ministeries van VWS en SZW gewekte verwachting, dat er voor nog nader te formuleren “passende” voorstellen in principe binnen en buiten de departementen financieringsmogelijkheden voorhanden waren, dan wel te vinden zouden zijn.

Voorts valt hier te vermelden dat de betrokken artsorganisaties in hun eigen periodieken de nodige aandacht hebben besteed aan “Voor verbetering vatbaar.II”. Zo wijdde de KNMG-voorzitter Hagenouw zijn column in *Medisch Contact* van 23 juni 2000 (pag. 953) aan het thema: “Arbo-curatieve samenwerking: allen voor één!” En Ordevoorzitter Sanders werkte de speech die hij gehouden had op 5-4-2000 bij de presentatie van het TNO-onderzoeksrapport om tot zijn voorzitterscolumn in *Orde-nieuws* van mei 2000. Na eerst nog eens het belang van de conclusies en de aanbevelingen van het onderzoek te hebben onderstreept, schreef hij: “Kennelijk hebben we in Nederland gezamenlijk een cultuur opgebouwd – en daarmee bedoel ik ook een medische cultuur – waarin we er aanvankelijk oprecht van overtuigd waren er goed aan te doen om zieke werknemers als arbeidsongeschikt te bestempelen en ze geheel of gedeeltelijk aan het arbeidsproces te onttrekken. En dat vaak voor langere duur. Maar die opvatting is niet langer houdbaar. (...) Ik ben daarom van oordeel dat met werkadvisen tijdens het traject van diagnostiek en therapie alsmede – meer algemeen gesproken – met gerichte aandacht voor zowel preventie als reïntegratie bij alle betrokkenen – dus ook medisch specialisten – ook het belang van de werknemer/patiënt wordt gediend.”

Van recenter datum, en al preluderend op de inhoud van onderhavig rapport, is de Voorzitterscolumn van Mariëlle A-Tjak, *Orde en NVAB, een mooi paar!* (MC, 14-12-2001). Na kort aangeduid te hebben, dat er tussen bedrijfsartsen en huisartsen al allerlei samenwerkingsverbanden ontstaan zijn in vervolg op ‘Voor verbetering vatbaar-I’, schrijft zij: “... dat ook bedrijfsartsen en medisch specialisten projecten voorbereiden om tot effectievere vormen van overleg en samenwerking te komen. (...) We zijn inmiddels een jaar verder, maar we hebben dan ook bijna, geholpen door Peter Buijs van TNO, een mooie set samenhangende voorstellen.” Na een beknopte aanduiding daarvan besluit zij: “Ronduit positief is dat binnen de Orde recent een medewerker is aangesteld, die zich vooral met het terrein arbeid en gezondheid gaat bezighouden. Daarmee is er concreet uitzicht op een doeltreffende uitvoering van bovenstaande ideeën en projecten, ondersteund door de regionale infrastructuur van de Orde. Ik had dit tot voor kort niet kunnen denken, en ben hier dan ook erg blij mee.”

Hiernaast hebben de diverse betrokken organisaties ook zelf concretere activiteiten ondernomen. Zo werd mevrouw A-Tjak uitgenodigd over het onderwerp *Samenwerking/afstemming* het woord te voeren op een Symposium van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie te Utrecht, 9-2-2001,

Het rapport VVV-II - en dan met name de gegevens over de ervaringen van psychiaters met betrekking tot samenwerking en afstemming met bedrijfsartsen - is ook ingebracht in de Commissie Donner-I, over de aanpak van psychische, arbeidsgerelateerde problematiek.

De heer Buijs ten slotte heeft op voorstel van de VRA een lezing gehouden over VVV-II - en dan met name over de samenwerking tussen bedrijfsartsen en revalidatieartsen - op een mede door de VRA georganiseerd Internationaal Congres van de International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), te Amsterdam, in juli 2001. Zijn bijdrage is inmiddels bewerkt tot een hoofdstuk in het nog uit te komen Congresboek.

De opbouw van dit rapport is verder als volgt. Na deze Inleiding (hfdst. 1) worden de **Uitgangspunten en Randvoorwaarden** weergegeven, waarvoor de Werkgroep heeft gekozen (hfdst. 2). Dan volgt een beschrijving van wat wel het **primaire proces** genoemd wordt (hfdst.3): hoe vergaat het een werknemer, die klachten krijgt van zijn of haar gezondheid? Met wie krijgt men dan van doen, met name wat betreft de diverse artsen De **knelpunten**, die daarin kunnen optreden, alsmede **oplossingsrichtingen**

worden besproken in Hoofdstuk 4. Alvorens dan tot de daarop gebaseerde **nadere voorstellen** te komen (H.6) worden eerst, ter voorkoming van doublures, al **lopende projecten** besproken, voor zover bekend bij de Werkgroep (hfdst. 5). Besloten wordt met een beknopte aanduiding van een mogelijk **verdere aanpak** (hfdst. 7).

Mocht deze werkwijze daadwerkelijk tot nadere projecten leiden, dan betekent dat een volgende, niet onbelangrijke loot aan de steeds verder groeiende stam van arbo-curatieve samenwerking. Daaraan vallen overigens reeds diverse andere takken te onderscheiden, die voor een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten van belang (kunnen) zijn, uitgaande van het Platform Aanpak Wachttijden (PACT, MedWerk e.d.). In hoofdstuk 5 zal dat uitgebreider aan te orde komen.

2 Uitgangspunten en randvoorwaarden

De Werkgroep kon zich, voor zover van toepassing, goed vinden in de uitgangspunten en randvoorwaarden, zoals de LHV en NVAB die in 1998 formuleerden in hoofdstuk 2 van hun *Visie op samenwerking bij sociaal-medische begeleiding (SMB)*. Waar relevant aangepast aan de relatie bedrijfsarts-medisch specialist, luiden kortweg die

Uitgangspunten

1. Het verrichten van passende arbeid onder goede arbeidsomstandigheden bevordert in het algemeen de gezondheid en het welbevinden van de werkenden;
2. Bij SMB dienen behoud van gezondheid, arbeidsgeschiktheid en -participatie centraal te staan. De werknemer heeft daarbij een eigen verantwoordelijkheid;
3. Preventie en reïntegratie dienen te worden bevorderd, en medicalisering moet tegengegaan worden;
4. Voor de specialist is de bedrijfsarts de medisch deskundige op het terrein van arbeid-gezondheid. Omgekeerd is de medische specialist voor de bedrijfsarts de deskundige op diens specifieke terrein van de curatieve geneeskunde;
5. Geen tweedeling in de zorg tussen werkenden en niet-werkenden, noch tussen werkenden onderling;

De Werkgroep voegde daar op basis van haar discussies nog een aantal uitgangspunten aan toe, te weten:

6. Arbocuratieve afstemming zal het meeste effect hebben, als het *snel* gebeurt;
7. Het voorschrijven van rust, thuisblijven of andere vormen van passiviteit is bij arbeidsrelevante klachten lang niet altijd (meer) als adequaat te beschouwen;
8. Een werkhervatting(sadvies) kan een goed therapeuticum zijn;
9. De nadruk moet liggen op wat de patiënt/werknemer nog wèl kan;
10. Herstel moet, zodra dat mogelijk is, (gedeeltelijk) plaats kunnen vinden op de werkplek.

Zoals gezegd baseerde de werkgroep zich ook wat betreft de randvoorwaarden allereerst op datgene, wat reeds geformuleerd was in genoemde LHV-NVAB-Visie, zij het in aangepaste vorm. Daarnaast had zij er nog enkele voorwaarden aan toe te voegen.

Randvoorwaarden

1. Werkgevers maken hun eerstverantwoordelijkheid waar voor preventie, begeleiding en reïntegratie; werknemers hebben daarbij een eigen verantwoordelijkheid (opvolgen van veiligheidsregels, zich zo nodig onder behandeling stellen, meewerken aan herstel e.d.);
2. Verankering in het bedrijf (Instemming OR met keuze arbodienst en SMB-beleid; adequate voorlichting aan (nieuwe) werknemers over de gang van zaken bij SMB);
3. Werkgevers/arbodiensten respecteren de professionele autonomie van bedrijfsartsen en stellen hen in staat een vertrouwenspositie in te nemen tegenover de werknemer, o.a. door hen geen controle of claimbeoordeling te laten doen;

4. Bedrijfsartsen maken medisch specialisten duidelijk voor welk doel zij informatie vragen (begeleiding, reïntegratie, keuring) en garanderen dat die informatie alleen naar derden gaat met gerichte toestemming van de betrokken werknemer;
5. Medisch specialisten betrekken de factor ‘arbeid’ in hun anamnese en behandelplan;
6. Een reëel tijdsbeslag ten behoeve van samenwerking vereist een reële vergoeding voor *beide* artsen;
7. Er komen goede afspraken tussen NVAB, LHV en Orde over het verwijzen, waarbij de huisarts de centrale verwijzer blijft, maar het op termijn mogelijk moet zijn dat de bedrijfsarts, in goed overleg met de huisarts, zelfstandig verwijst bij arbeidsgerelateerde aandoeningen²;
8. De medisch specialist kan vanuit zijn deskundigheid de bedrijfsarts voorstellen doen voor preventie of reïntegratie. Omgekeerd kan de laatste suggesties doen voor behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen;
9. Ontwikkeling van een gezamenlijk begrippenkader en daarop gebaseerde richtlijnen;
10. Het bevorderen van onderlinge bekendheid op lokaal/regionaal niveau;
11. In de curatieve opleiding en nascholing krijgt (samenwerken bij) ‘arbeid’ meer aandacht;

Op grond van de discussie in de Werkgroep vallen daar nog de volgende randvoorwaarden aan toe te voegen:

12. Het beschikbaar zijn van voldoende geregistreerde bedrijfsartsen;
13. Het contract van de werkgever met de arbodienst moet bedrijfsartsen voldoende ruimte bieden voor adequate afstemming en samenwerking met medisch specialisten, net als met huisartsen.

² Zie ook de brief van minister Borst aan de Tweede Kamer, juli 2001 (inleiding hfdst. 6)

3 Beschrijving primaire proces: een stroomdiagram

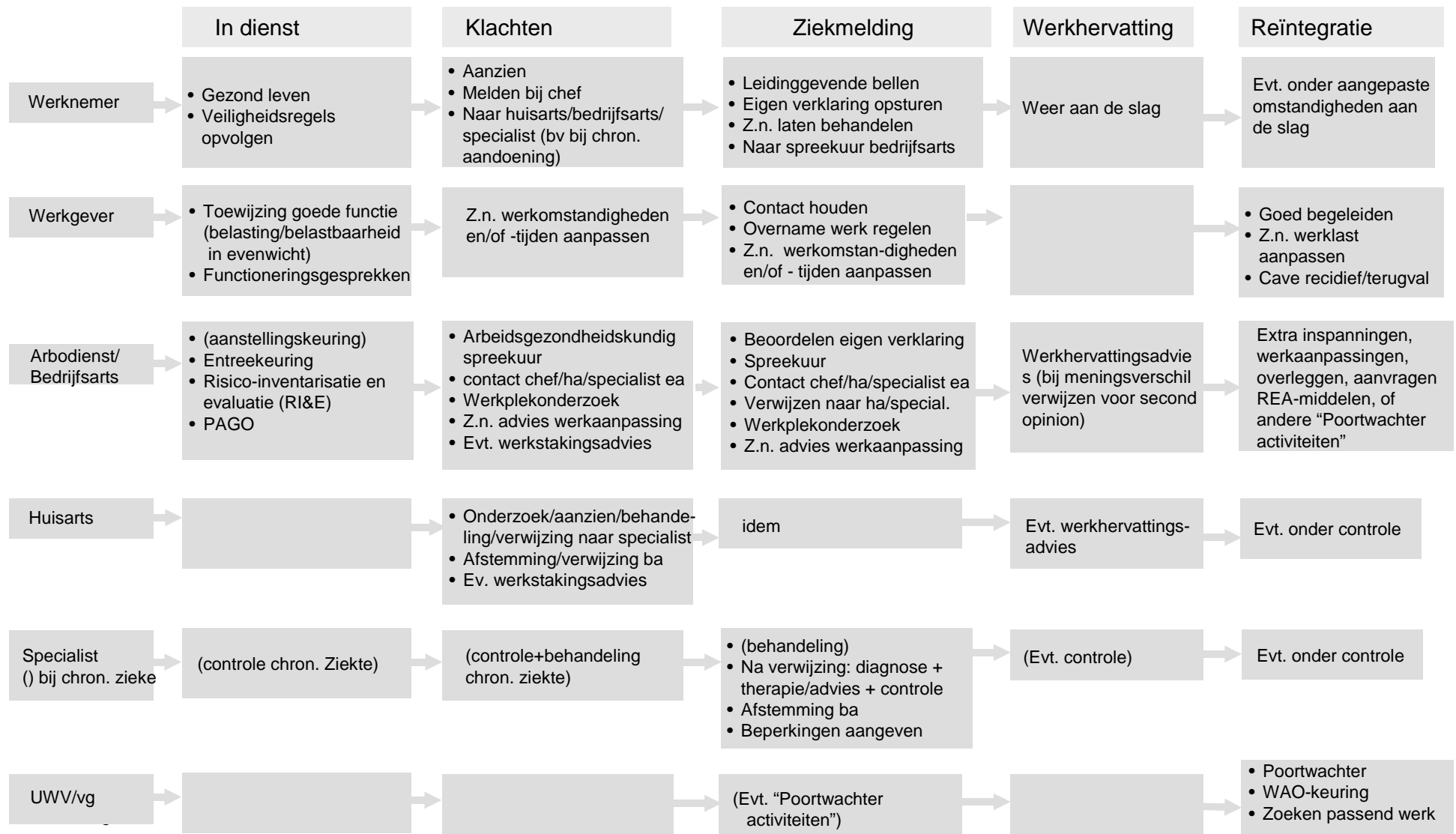
Met behulp van een stroomdiagram (zie Schema 1) kan fasegewijs het traject geschetst worden van een werknemer, waarmee aanvankelijk niets aan de hand is, maar die op een gegeven moment gezondheidsklachten krijgt, zich eventueel ziek meldt, behandeld/begeleid wordt en – na korte of langere tijd – weer aan het werk gaat, hetzij op de eigen, eventueel tijdelijk/blijvend aangepaste werkplek, hetzij (tijdelijk) elders in het eigen bedrijf, of in een ander(e) bedrijf(stak). In een klein percentage van de gevallen is werkhervatting in regulier werk helaas niet meer mogelijk. Men is dan aangewezen op een volledige WAO-uitkering of op de WSW (Wet op de Sociale Werkvoorzieningen)-bedrijven.

Gerelateerd aan dat traject van ‘klachten krijgen etc.’ – ook wel aangeduid als het ‘primaire proces’ - kunnen de meest relevante actoren benoemd worden: werkgever/-leidinggevende/management/chef; bedrijfsarts/arbodienst; huisarts; medisch specialist; verzekeringsarts/UWV (Uitvoeringsorganisatie Werknemersverzekeringen, vanaf 2002 de landelijke bundeling van de 5 UVI's, de vroegere bedrijfsverenigingen).

Bovendien kan per fase aangegeven worden wat elk van genoemde actoren kan bijdragen aan het voorkómen van respectievelijk klachten, een ziekmelding, langdurig verzuim c.q. WAO-intrede of van het geheel verdwijnen uit het arbeidsproces. (respectievelijk te beschouwen als primaire, secundaire, tertiaire en desgewenst quartaire preventie van blijvende arbeidsongeschiktheid).

In het stroomdiagram zijn voorts samenwerkingsmomenten aan te geven, met name die tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten. Hierbij lijkt een onderscheid zinnig tussen acute, meestal eenmalige aandoeningen en chronische klachten. Ook kunnen hierin knelpunten onderscheiden worden, van algemene aard of specifiek voor de samenwerking.

De nadruk zal liggen op mogelijkheden van de bedrijfsarts/arbodienst en die van de medisch specialist, met respectering van de poortwachtersfunctie van de huisarts bij het verwijzen naar de tweede lijn in het algemeen en naar medisch specialisten in het bijzonder.



Schema 1. Stroomdiagram: Actoren en hun taken/mogelijkheden bij Sociaal Medische Begeleiding © TNO.

4 Nadere aanduiding van knelpunten en van oplossingsrichtingen/ -mogelijkheden

Uit VVV-II kwamen als **belangrijke knelpunten** in de huidige samenwerking met bedrijfsartsen volgens de betrokken medisch specialisten naar voren:

1. Onduidelijkheid of bedrijfsartsen de belangen van de werkgevers laten prevaleren boven die van de werknemers (genoemd door 44% der respondenten);
2. Wordt informatie uit de curatieve sector door bedrijfsartsen voor andere dan begeleidingsdoeleinden gebruikt? (43%);
3. Medisch specialisten weten niet wat bedrijfsartsen kunnen/willen doen voor hun patiënten (38%);
4. Er zijn geen samenwerkingsrichtlijnen (36%);
5. De financiële regelingen voor informatie-uitwisseling zijn niet voldoende (27%);
6. Arbodiensten worden steeds commerciëler (23%).

In *Voor verbetering vatbaar-1* (1997) staat te lezen, dat de huisartsen melding maken van overeenkomstige knelpunten. In dat rapport worden bovendien de knelpunten besproken, die bedrijfsartsen signaleren ten opzichte van behandelend artsen (zowel huisartsen als medisch specialisten), te weten:

Behandelend artsen

1. Hebben te weinig kennis van bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) en van sociale wetgeving (57%);
2. Hebben geen beeld van wat je eigenlijk van een bedrijfsarts mag verwachten (54%);
3. Hebben geen oog voor het werk dat hun patiënten verrichten (52%);
4. Beseffen niet dat het tegengaan van onnodig lang verzuim juist ook een patiëntenbelang is (49%);
5. Denken dat bedrijfsartsen vooral de belangen van de werkgever dienen (44%);
6. Zijn moeilijk bereikbaar (40%);
7. Weten niet meer het verschil tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen (34%);
8. Ken je als bedrijfsarts niet persoonlijk (22%).

Daarnaast noemen de bedrijfsartsen nog de volgende knelpunten (VVV-1):

9. Er zijn voor beide partijen geen richtlijnen over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is (37%);
10. Met medisch specialisten verloopt de communicatie in hoofdzaak *schriftelijk* vanwege de vergoeding (35%).

In de werkgroep lag de nadruk vooral op de volgende knelpunten en/of belemmeringen bij het samenwerken met bedrijfsartsen:

- a. Specialisten hebben een onduidelijk beeld van bedrijfsartsen;
- b. Veel specialisten hebben een “blinde vlek” voor de factor *arbeid* en de implicaties daarvan;
- c. De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is onvoldoende gegarandeerd;
- d. Onbekendheid met elkaar op lokaal/regionaal niveau.

Als **instrumenten voor verbetering** kwamen uit de werkgroep naar voren:

- Ad a.: Een omvangrijke ‘Ophelderingscampagne’ (zie ook de eerste aanbeveling uit het VVV-II-rapport);
- Ad b. Specialisten doordringen van belang van het afnemen van een adequate *arbeidsanamnese*.
Voorts het bevorderen van veel meer publicaties in de vakbladen over de thema’s *arbeid(somstandigheden) - gezondheid - sociale zekerheid*.
- Ad c. Zie allereerst ad a. Mocht dat niet voldoende zijn/geacht worden, dan zijn aanvullende (wettelijke) maatregelen nodig.
- Ad d. Visitekaartjes laten meegeven door de bedrijfsarts; gezamenlijke nascholing, refereeravonden; copie van de specialistenbrief naar de huisarts ook sturen naar de bedrijfsarts.

Daarnaast zijn de **Voorwaarden, waardoor de samenwerking beter kan verlopen** (VVV-II, Tabel 5.5.) eveneens te beschouwen als oplossingsrichtingen. De belangrijkste daarvan waren:

1. Bedrijfsartsen moeten het beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers/patiënten als uitgangspunt nemen (volgens 81% van de 622 respondenten);
2. De professionele onafhankelijkheid van bedrijfsartsen dient gewaarborgd te zijn (volgens 80% der respondenten);
3. Bedrijfsartsen moeten kunnen garanderen dat aan hen verstrekte (curatieve) informatie nooit zonder toestemming van de patiënt aan derden beschikbaar zal worden gesteld (volgens 73%);
4. Voor beiden moet duidelijk zijn wanneer samenwerking nodig is en wie dan waarvoor verantwoordelijk is (67%);
5. Bedrijfsartsen moeten aangeven wat zij concreet kunnen doen voor een bepaalde patiënt (62%);
6. De bedrijfsarts moet bij een vraag om curatieve informatie aangeven, waarvoor hij die nodig heeft (56%);
7. Spoedconsulten/-behandelingen op verzoek van de bedrijfsarts zouden apart gehonoreerd moeten worden, en niet ten laste komen van het macrobudget (52%).

Tegen de achtergrond van deze knelpunten en oplossingsrichtingen heeft de Werkgroep nadere ideeën en voorstellen ontwikkeld ter verbetering van de samenwerking tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten. Voorstellen die overigens breder zijn dan alleen het werkterrein van de vier Wetenschappelijke Verenigingen, die aan het VVV-II-onderzoek hebben meegedaan.

Alvorens dergelijke voorstellen te formuleren dient echter eerst te worden nagegaan wat er al aan relevante projecten en initiatieven loopt dan wel binnenkort van start gaat.

5 Relevante, reeds lopende projecten

Zonder te streven naar volledigheid worden hieronder beknopt de voor bedrijfsartsen en medisch specialisten meest relevante projecten en initiatieven op arbo-curatief terrein aangeduid, die thans lopen, afgerond zijn dan wel binnenkort van start gaan.

- a. **Het ZON-programma Samenwerken bij sociaal-medische begeleiding**, met als hoofdlijnen:
 1. Richtlijnontwikkeling (PARAG-project van CBO, NHG, NVAB, NVVG, o.l.v. de KNMG. Als eerste is een richtlijn ontwikkeld voor psychische klachten, m.n. voor huis- en bedrijfsartsen, en uitgetest in Kennemerland. (door de SKB). Een dergelijke project op het gebied van lage rugklachten is in uitvoering, waarbij gewerkt wordt met de richtlijnen van huis- en bedrijfsartsen en een daarop gebaseerd samenwerkingsprotocol. Aanvullende voorstellen vanuit de medisch specialisten zijn welkom;
 2. Deskundigheidsbevordering, met name module-ontwikkeling voor opleiding, bij- en nascholing voor huis- en bedrijfsartsen. Een groot project van de bedrijfsartsenopleidingen en drie huisartsenopleidingen (A'dam UvA en VU, R'dam) is in afrondende fase. Levert een basismodule en vier modules t.b.v. nascholing (Huisarts en bedrijfsarts leren samenwerken bij chronische, luchtweg, bewegingsapparaat en psychische aandoeningen). Afronding: medio 2002.
Deze 'lijn' wordt weer 'geopend', met name ook voor voorstellen uit medisch-specialistische hoek;
 3. Regionale initiatieven lopen; evaluatie door TNO Arbeid, Coronel', Erasmus Universiteit en Kenniscentrum AKB
 4. Patiëntenlijn (is nog in ontwikkeling).
- b. **Het Platform Aanpak Wachtlijden**, waaraan o.a. de Orde, NVAB, LHV en KNMG deelnamen, naast zorgverzekeraars, NVZ, GGZ Nederland, werkgevers- en werknemerscentrales en zowat alle andere bij de gezondheidszorg/wachtlijden betrokken partijen, op basis van het onderschrijven van het Actieplan van 12-3-1998. Dat bestaat uit 12 actiepunten, waarvan 6 t/m 9 arbeidsgerelateerd zijn, en dus voor onze werkgroep relevant, al is het Platform momenteel in een minder actieve fase. Het laatste actiepunt dat in ontwikkeling is genomen betreft punt 9: gespecialiseerde, aandoeningsgerichte zorg, in samenhang met regionale expertisecentra (REC's). Een advies van het Platform dienaangaande, dd 15-3-2000, is door minister Borst overgenomen, en op haar verzoek heeft de ZON dit eind 2000 omgewerkt tot een nieuw programma voor regionale samenwerkingsverbanden en een landelijk netwerk van regionale expertisecentra. Dit als infrastructurele investering ter verspreiding van kennis over arbeidsrelevante aandoeningen en ter versterking van de samenwerking en communicatie tussen diverse medische beroepsbeoefenaren, teneinde tot een meer doelmatige en doeltreffende gevalsbehandeling te komen. ZON organiseerde hierover op 16-11-2000 een invitationale conference, waarna ze begin 2001 haar nadere voorstellen publiceerde onder de titel: Beter zorg, tevreden patiënten. Inmiddels is het project omgedoopt tot Medwerk, en is april 2002 gepresenteerd.
- c. De vier **Landelijke kenniscentra** voor arbeidsrelevante aandoeningen (psyche, bewegingsapparaat, longen, huid.), die in april 2000 van start gingen. De betreffende Wetenschappelijke Verenigingen van medische specialismen hebben daar diverse contacten mee lopen.

- d. PACT; **Project Arbo-Curatie Transmuraal**. Begonnen als pilot voor arbo-curatieve bij-/nascholing bij één specialisme. Uit de rapportage Fase I (juli 2000) kwamen cardiologie en reumatologie als keuze naar voren. Fase II ging in september 2001 officieel van start. Er worden nu voor de twee specialismen modules ontwikkeld t.b.v. opleiding en bij- en nascholing. Hierbij zijn betrokken NVAB, NVVG, ORDE + Wetenschappelijke Verenigingen van Cardiologie en Reumatologie. Beoogde afronding: december 2002.
- e. De **LHV en NVAB** hebben inmiddels behoorlijk wat ervaring opgedaan in het traject, dat zij gezamenlijk hebben afgelegd sinds het tekenen van hun Intentieverklaring (12-2-1997) en Convenant (4-4-1997). Dat loopt inmiddels via het gemeenschappelijke Visiestuk (1998) en gezamenlijke overleggen met VWS en SZW naar zes regionale samenwerkingsprojecten, inclusief evaluatie. Voorts zijn zij nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling door TNO Arbeid van de **Leidraad** voor Samenwerking, waarin o.a. criteria zijn opgesteld om te bepalen wanneer afstemming/samenwerking/verwijzing over en weer geïndiceerd is. Op 12-2-2001 werd deze op de afsluitende bijeenkomst van het Platform Wachttijden alvast provisorisch overhandigd door de voorzitters van de LHV en NVAB aan Dick Dees, voorzitter van het Platform, de opdrachtgever. In maart 2002 is hij verspreid onder alle huis- en bedrijfsartsen door middel van een gecombineerde extra uitgave van De Huisarts en het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.
- f. Het door het College voor Zorgverzekeringen gesubsidieerde project **Chronisch zieken en Werk**, uitgevoerd door het Coronellaboratorium van het AMC, de NSOH en TNO Arbeid. Het bestaat uit een reeks deelprojecten, bedoeld om via literatuurresearch, onderzoek en anderszins (inter)nationale relevante informatie op te leveren t.b.v. behandelaars, sociaal-geneeskundigen, zorgverzekeraars, andere betrokkenen en werknemers met een chronische aandoening, teneinde de arbeidsparticipatie van de laatste groep zo veel mogelijk te bevorderen, o.a. via opleidingsmodules, websites en artikelen in vakbladen.
- g. Het **Richtlijnenbureau van de NVAB**, op advies van het Platform Wachttijden in oktober 2000 van start is gegaan. Er is een voorlopige financiering van overheidswege tot 2003, maar continuïteit is nog geenszins gewaarborgd.
- h. Het al langer bestaande **Nederlands Centrum voor Beroepsziekten** (NCvB), verbonden aan het AMC en een voorbeeld van topklinische 3e-lijns arbozorg; waar bedrijfsartsen al langer samenwerken met medisch specialisten.
- i. Effecten van **arbeidsbegeleiding** in poliklinische setting voor patiënten met chronische artritis, die problemen ondervinden in hun arbeidssituatie. Project van afd. Reumatologie van LUMC Leiden (contactpersoon mw.dr Vliet Vlieland). Ook in Amsterdam is men bezig met de opzet van een dergelijk project voor reumapatiënten (Jan van Breemen Instituut, contactpersoon revalidatiearts Nijssen).
- j. Verder zijn er nog tal van **andere initiatieven**, zoals de beide Commissies Donner (I en II), het Beroepsziekten-bureau van de FNV, werkgroepen in het kader van het WAO-Plan van staatssecretaris Hoogervorst – met name rond het model vernieuwde Poortwachter - en natuurlijk de KNMG-BeleidsAdviesCommissie *Arts en arbeid*.

6 Beknopte projectvoorstellen ter bevordering van de samenwerking tussen medisch. specialisten en bedrijfsartsen

6.1 Inleiding: de aanbevelingen uit *Voor verbetering vatbaar-II*

Alvorens de nadere voorstellen weer te geven, willen we eerst nog even terugkomen op de basis van de activiteiten van onze Werkgroep: de aanbevelingen uit VVV-II. Ze worden hier verkort weergegeven:

1. Een ophelderingscampagne, met name gericht op de curatieve sector over de positie en de taken van de bedrijfsarts;
2. Duidelijkheid over verwijzen;
3. Gezamenlijke richtlijnontwikkeling;
4. Honorering wens honoreren;
5. Draagvlak maken voor een Plan van Aanpak.

De aanbevelingen 2 en 4 zijn al geruime tijd onderwerp van overleg (geweest) tussen VWS/SZW en het veld. Over haar standpunt over verwijzen heeft Minister Borst in juli 2001 de Tweede Kamer per brief geïnformeerd. Daarin stelt zij op termijn te willen streven naar een eigen verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts, met vergoeding door de ziektekostenverzekeraars. Daaraan voorafgaand zal worden geëxperimenteerd in een nader te bepalen aantal proefregio's met het implementeren van een *de facto* verwijfsfunctie op basis van de eerder aangehaalde passage uit het gezamenlijke Visiestuk van de LHV en de NVAB (hfdst. 2, 7^e randvoorwaarde). Daarnaast is sinds zomer 2000 een regeling van kracht, opgesteld door het CTG op verzoek van minister Borst, op grond waarvan huisartsen een tarief voor informatie-uitwisseling in rekening kunnen brengen bij arbodiensten.

Onze werkgroep ziet voor zichzelf t.a.v. de punten 2 en 4 geen directe rol weggelegd, hooguit een stimulerende. Anders ligt dat ten aanzien van een **ophelderingscampagne** (Aanbeveling 1). Duidelijkheid omtrent de taken en vooral een professioneel onafhankelijke positie van de bedrijfsarts zijn te beschouwen als een *conditio sine qua non* voor het doen slagen van de hierna te formuleren voorstellen. Naast de NVAB lijken daarvoor de BOA en de ministeries van VWS en SZW de eerstverantwoordelijken, waarbij de steun van de KNMG, LHV, Orde van Medisch Specialisten etc. zeer welkom is, evenals die van de sociale partners, die één en ander in de praktijk moeten (doen) regelen.

Van de vijf Aanbevelingen blijven dan over: nr. 3. Richtlijnontwikkeling, die in dit rapport op diverse punten nader uitgewerkt wordt (zie met name de hierna volgende voorstellen 1, 2, 3 en 4), en ten slotte aanbeveling nr. 5. *Draagvlak maken voor een Plan van Aanpak*.

Het onderhavige rapport is als (een aanzet tot) een dergelijk Plan van Aanpak te beschouwen. Het bevat in eerste instantie een achttal projectvoorstellen, die hierna beknopt zullen worden weergegeven. Die kunnen later nader uitgewerkt worden, op geleide van belangstelling van hierna te benaderen potentiële financiers, zoals de ministeries van VWS en SZW, ZON/MW, CvZ, ZN, het SIG (Stichting Instituut GAK) e.a.. Bij die nadere uitwerking zal vanzelfsprekend zoveel mogelijk aansluiting

worden gezocht bij andere reeds in gang gezette initiatieven om de arbo-curatieve samenwerking te bevorderen, zoals Medwerk en PACT.

Dan volgen nu de nader te beschrijven projecten:

6.2 Projectvoorstellen

Project 1. Screening CBO-richtlijnen op “arbeid”

Het is geen gewaagde veronderstelling dat de “Blinde vlek voor arbeid” in de curatieve sector (zie bijvoorbeeld het zesde Actiepunt van het Platform Aanpak Wachttijden) zich o.a. kan uiten in het (grotendeels) ontbreken van de factor arbeid(somstandigheden) bij de tot nu toe ontwikkelde (CBO)-richtlijnen voor medisch specialisten.

Projectvoorstel:

Inventariseren van CBO-richtlijnen, die relevant kunnen zijn vanuit ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheids oogpunt. Deze moeten vervolgens gescreend worden op de aanwezigheid van de factor ‘werk’ bij diagnosestelling, etiologie en behandeling/begeleiding, gericht op adequate, tijdige werkhervatting/reïntegratie. Waar dat onvoldoende of niet het geval is zou een werkgroep van bedrijfsartsen en medisch specialisten aanvullende voorstellen ter zake kunnen ontwikkelen. Die zouden ook betrekking kunnen hebben op momenten, waarop het zinvol is dat medisch specialisten contact opnemen met bedrijfsartsen, of omgekeerd (zie ook voorstel 3. Leidraad). Beoogd resultaat: meer structurele aandacht voor arbeid bij medisch specialisten

Fasering:

Meerdere jaren, afhankelijk van het aantal te screenen richtlijnen.

Haalbaarheid:

Goed

Globale kostenindicatie:

Het betreft hier tussen de 80 en 100 bestaande richtlijnen. Screenen komt al gauw op 75 a 100 KEuro. Een verdere schatting van de kosten is sterk afhankelijk van het aantal voor bewerking in aanmerking komende richtlijnen. Per richtlijn zou het aanvullen (inclusief bestudering literatuur en publicatie in vakbladen) ca. 25 Euro kosten.

Mogelijke financieringsbronnen:

ZON_SMB-II; SZW/VWS; zorgverzekeraars (via ZN dan wel CvZ); eventueel al beschikbaar gesteld ‘richtlijnen-geld’ van VWS.

Project 2. Ontwikkeling nieuwe samenwerkingsrichtlijnen

Een nuttige manier om tot een betere samenwerking te komen is het gezamenlijk ontwikkelen van richtlijnen, conform de stand van wetenschap.

Projectvoorstel:

In overleg tussen de NVAB en de relevante Wetenschappelijke Verenigingen worden een aantal aandoeeningen uitgekozen, die van belang zijn vanuit het oogpunt van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid(spreventie) en waarvoor nog geen samenwerkingsrichtlijnen bestaan. Daarna wordt er volgens verantwoord wetenschappelijk procedé een dergelijke gezamenlijke richtlijn ontwikkeld (zie als voorbeeld de richtlijn voor huisarts en bedrijfsarts over hoe te handelen bij psychische, arbeidsgerelateerde

problematiek) en gepubliceerd in de daarvoor geschikte vakbladen. Wellicht kunnen, waar mogelijk, de landelijke kenniscentra ingeschakeld worden.

Fasering:

Afhankelijk van gekozen aanpak;

Haalbaarheid:

Redelijk tot goed;

Globale kostenindicatie:

Dient nader onderzocht te worden. (CBO-)ervaring tot nu toe wijst uit dat met het maken van een multidisciplinaire richtlijn al gauw zo'n 150 a 200 KEuro gemoeid is;

Mogelijke financieringsbronnen:

VWS/SZW; CvZ/ZN; Stichting Instituut GAK; ZON/MW;

PM. Implementatie-traject

Project 2a. Pilot van CBO-multidisciplinair project Lage rug-klachten

Het CBO is bezig met een multidisciplinair project op terrein van rugklachten. Hierbij is echter nog geen implementatietraject voorzien, zodat de directe effecten op de samenwerking niet bestudeerd kunnen worden. Een implementatie-pilot op basis van deze richtlijn (eind 2001/begin 2002 gereed) zou een goede gelegenheid bieden om de effecten op samenwerking van tal van beroepsgroepen te bestuderen.

Project 3. Omwerking leidraad samenwerking huisarts-bedrijfsarts naar een Leidraad t.b.v. bedrijfsarts en medisch specialist

Nu er een algemene, niet aandoenings specifieke Leidraad Samenwerking huisarts - bedrijfsarts is ontwikkeld, in goede afstemming met de besturen van LHV en NVAB, ligt het voor de hand om ook een dergelijke leidraad te (doen) ontwikkelen t.b.v. de afstemming/samenwerking bedrijfsarts - medisch specialist. De NVAB en de OMS zouden de professionals kunnen vertegenwoordigen, in afstemming met de LHV, vanwege de verwijsp procedures.

Projectbeschrijving (gebaseerd op het indertijd door VWS goedgekeurde TNO-leidraadvoorstel):

- Fase 1. Omwerken/aanpassen haba-leidraad naar concept speba-leidraad
- Fase 2. Deze voor een inhoudelijke toets voorleggen aan een Klankbordgroep van ter zake kundige ba' en en medisch specialisten, aangevuld met 1 a 2 huisartsen;
- Fase 3. Commentaar verwerken en opnieuw voorleggen aan Klankbordgroep;
- Fase 4. De dan bereikte consensus verwerken in testleidraad en die op z'n bruikbaarheid toetsen door A. 2x10 bedrijfsartsen en specialisten een uur te bevragen aan de hand van eigen spreekuurcontacten, en B. 2 x 100 ba' en/specialisten schriftelijke casuïstiek in te laten vullen;
- Fase 5. Op grond van deze praktijktoets concipiëren van definitieve leidraad;
- Fase 6. Op grote schaal verspreiden en publiceren van de Leidraad in de specifieke vakbladen;

Het bovenstaande dient te gebeuren in goede bestuurlijke afstemming met de NVAB en de OMS/Wetenschappelijke Verenigingen, o.a. te realiseren via deelname van bestuursleden aan de Klankbordgroep.

Beoogd resultaat:

Een op validiteit en bruikbaarheid geteste Leidraad voor samenwerking/afstemming tussen bedrijfsarts en medisch specialist.
Publicaties in daarvoor bestemde media/vakbladen.

Haalbaarheid:

Goed.

Fasering:

12-15 maanden na verkrijgen van opdracht.

Globale kostenindicatie:

75 – 100 KEuro.

Mogelijke financieringsbronnen:

VWS/SZW/(Stichting Instituut GAK)

Project 4. Kwantificering van verzuimperioden voor aandoeningen, die zich daarvoor lenen

Als er tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen overeenstemming valt te bereiken over gemiddelde herstelperiodes bij bepaalde aandoeningen, in relatie tot globale arbeidsomstandigheden (staan, zitten, tillen e.d.), dan kan dat onderling contact deels overbodig maken³.

Projectvoorstel:

Per Wetenschappelijke Vereniging wordt voor aandoeningen en ingrepen, die zich daarvoor lenen overzichtelijk in kaart gebracht, welke mate van arbeidsongeschiktheid gedurende welke tijd mag worden verwacht (bijvoorbeeld: na een onderbeenfractuur twee weken niet staan bij een behandeling met pen, en vier weken bij een gipsbehandeling).

Fasering:

Sterk afhankelijk van aantal hiervoor geschikte aandoeningen

Haalbaarheid:

Redelijk tot goed. Wellicht eerst enkele pilots.

Globale kostenindicatie:

PM

Mogelijke financieringsbronnen:

VWS/SZW; CvZ; UWV, Stichting Instituut GAK

Project 5. Inventarisatie van good practises

De laatste jaren zijn diverse min of meer gestructureerde samenwerkingsverbanden tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten ontstaan (zie o.a. Voor Verbetering Vatbaar-I, Arbodienstenpanel, Arbeidsgeneeskundige consultants te Zwolle en Zutphen) of pogingen daartoe ondernomen. Wat kan daarvan geleerd worden?

Projectbeschrijving:

³ Voorstel werkgroep lid Plasmans (NOV)

Mede aan de hand van een Astri/Zon-studie (1999), het Arbodienstenpanel van TNO Arbeid en – recent – de REC's (regionale expertisecentra) wordt getracht om bovenbedoelde verbanden op te sporen en te inventariseren, gesprekken te voeren met sleutelpersonen en zodoende een beeld te vormen van de resultaten, voordelen, randvoorwaarden e.d.

Daarnaast wordt getracht samenwerkingsverbanden op te sporen, die niet van de grond kwamen, teneinde de oorzaken daarvan nader te beschrijven en zo mogelijk te analyseren.

Tezamen dient dit te resulteren in conclusies en aanbevelingen voor nieuw op te zetten samenwerkingsverbanden, waaraan nadere bekendheid wordt gegeven via publicaties in de daartoe geëigende vakbladen.

Beoogd resultaat:

Een systematisch overzicht van ervaringen met reeds bestaande samenwerkingsverbanden tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten, met name succesfactoren en randvoorwaarden daartoe.

Fasering:

Ca. één à anderhalf jaar, afhankelijk van het aantal te analyseren samenwerkingsverbanden.

Haalbaarheid:

Goed.

Globale kostenindicatie:

25 a 50 KEuro, afhankelijk van het aantal practises.

Mogelijke financieringsbronnen:

CvZ, VWS/SZW, Stichting Instituut GAK.

PM. Wellicht kan zo'n project ook samenhang met de REC's/Medwerk op dit punt bevorderen - om het door elkaar gaan lopen van allerlei (nieuwe) lijnen te voorkomen - als ook het verkrijgen van meer duidelijkheid over wat wel en niet mag in het kader van financiering van (snelle) zorg voor mensen met arbeidsrelevante aandoeningen, zoals door *centra voor arbeid en gezondheid* en andere, meest poliklinische voorzieningen

Project 6. Ontwikkelen arbeidsanamnese voor medisch specialisten

Van groot belang is het afnemen door medisch specialisten van een deugdelijke arbeidsanamnese⁴. Een standaard hiervoor ontbreekt echter, zodat het zeker te overwegen is te trachten een algemeen geldend voorbeeld te laten ontwikkelen. Hierbij moet - vooral ter wille van de implementatie - wel duidelijk worden aangegeven wat het belang is voor de specialist om aan arbeidsrelevante factoren aandacht te besteden in het kader van de diagnostiek/ behandeling, waarvoor hij/zij verantwoordelijk is. Voorts dient in dit verband zeker ook aandacht besteed te worden aan de nog te weinig gestelde vraag, in hoeverre patiënten/werknemers (aangepast) dóór kunnen werken in afwachting van nader onderzoek of behandeling.

Projectvoorstel:

1. Opstellen van een set van relevante vragen op het terrein van arbeid-gezondheid en van arbocuratieve afstemming/samenwerking

⁴ voorstel van het Werkgroeplicid Koehler (NVN)

2. Vervolgens voorleggen van vragenset aan deskundig panel (wellicht dezelfde Klankbordgroep als voor de Leidraad ba-specialist?), gevolgd door
3. Uitproberen in de praktijk + evalueren.
4. Publicatie in de relevante vakbladen + vervaardigen van geplastificeerde versie (met logo's van de betrokken artsorganisaties) voor op het spreekkamerbureau.

Fasering:

Ca. een half à heel jaar.

Haalbaarheid:

Goed.

Kostenindicatie:

25 a 50 KEuro, afhankelijk van de omvang van Fase III.

Mogelijke financieringsbronnen:

SZW/VWS, Instituut GAK, ZN, CvZ.

PM. 1. Het geheel kan later ingebed/opgenomen worden in samenwerkingsprotocollen (de uitkomst van dit onderdeel van het consult leidt tot gerichte communicatie met bedrijfsarts).

PM 2. Gecheckt moet worden in hoeverre iets dergelijks al als voorstel bij/door het CBO ontwikkeld is.

Project 7. Regionale Samenwerkingsprojecten

In het hoofdstuk 5 is het nieuwe ZON-programma *Betere zorg, tevreden patiënten (Medwerk)* genoemd. In dat kader worden o.a. regionale expertisecentra ontwikkeld. Hierbij zou wellicht aan te haken zijn, zij het dat REC's weinig budget meekrijgen (ca. 70 Euro per jaar), van waaruit geen extra projecten gefinancierd kunnen worden. In de samenwerkingsverbanden kunnen misschien wel pilots van implementatie van in andere projecten ontwikkelde producten plaatsvinden.

Projectvoorstel:

Het regionaal experimenteren met bestaande of nog op te zetten samenwerkingsverbanden tussen bedrijfsartsen/arbodiensten en medisch specialisten/ziekenhuizen/poliklinieken. Wellicht uit te voeren als transmuraal zorgvernieuwingsproject in het kader van het "District op Orde-project".

Fasering:

1-3 jaar.

Haalbaarheid:

Redelijk tot goed.

Kostenindicatie:

PM.

Mogelijke financieringsbronnen (eventueel via Platform Wachtlijden):

ZON-SMB, VWS/SZW; regionale zorgverzekeraars.

Project 8. Artikelen in vakbladen

Van groot belang om draagvlak voor betere arbocuratieve samenwerking te creëren onder de beroepsgenoten is het geven van nadere bekendheid in de (curatieve) vakbladen aan het belang van die samenwerking - m.n. voor de patiënt/ werknemer – en in dat verband aan de uitkomsten van VVV 2, de vervolgstappen van onze werkgroep en aan andere relevante ontwikkelingen. Dit alles zo mogelijk op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Projectbeschrijving:

Het (doen) schrijven van dergelijke artikelen, aan te bieden aan:

1. Het NTvG;
2. TBV (Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde);
3. De bladen van de vier participerende Wetenschappelijke Verenigingen;
4. Eén internationale publicatie.

Fasering:

Te produceren binnen een jaar, aansluitend aan het toewijzen van de financiering.

Haalbaarheidsschatting:

Redelijk tot goed (redacties van zowel het NTvG (Van Gijn, Overbeke) als het TBV hebben zich geïnteresseerd getoond).

Globale kostenraming:

1. Basisartikel NTvG, omwerken voor TBV + artikelen voor de specialismen: ca. 30 KEuro;
2. Internationaal artikel (BMJ, OEM): ca. 20 KEuro

Mogelijke financieringsbronnen:

VWS/SZW/Stichting Instituut GAK

6.3 Overige Ideeën

Ten slotte volgen hier nog aanduidingen van enkele andere, desgewenst nog geheel nader uit te werken ideeën

- Ontwikkelen van specifieke deskundigheidsbevorderingspakketten (vgl. NHG-DKB-pakketten voor huisartsen, evenals wellicht PACT-II-producten);
- Entameren van stages over en weer (met als mogelijke financieringsbronnen: ZON -SMB-2; aparte gelden VWS/SZW/OC&W?);
- Entameren van meer inbreng van medisch specialisten in de opleiding van bedrijfs- en verzekeringsartsen (NSOH doet al pilots);
- Ontwikkelen en uitproberen van gezamenlijke consultvoering bedrijfsarts-medisch specialist, bv. naar analogie van het consult huisarts-medisch specialist, zoals is ontwikkeld in Maastricht (contactpersoon: dr Vierhout, afdeling Huisartsgeneeskunde).

7 Verdere aanpak: draagvlak maken

- Uitbrengen van dit rapport als publicatie van de Orde en de NVAB, verzorgd door TNO; Inclusief toezending ter kennisname aan de werkgroepleden ; en aan de KNMG c.q. diens BACAA (BeleidsAdviesCie Arts en Arbeid);
- Voorleggen van met name de beknopte projectvoorstellen aan mogelijke financiers, zoals VWS, SZW, ZON/MW, Platform Wachttijden, CvZ, ZN, Stichting Instituut GAK e.a.;
- Verdere uitwerking van die voorstellen, die door potentiële financiers interessant bevonden worden;
- PM. Verdere organisatorische vormgeving (bijv. het instellen van een permanent bestuurlijk overleg NVAB/Orde, of van een Begeleidingscommissie of Klankbordgroep).

8 Bijlagen

1. Conclusie en aanbevelingen uit “Voor verbetering vatbaar II”

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1 Inleiding

Om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terug te dringen heeft de overheid vanaf de jaren '80 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 '70 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.

Uit het onderzoek van TNO Arbeid onder praktiserende huisartsen en bedrijfsartsen bleek al dat de betrokkenen zélf ook beter willen samenwerken, veel ideeën hebben over hoe dat doel bereikt kan worden en welke obstakels daarbij te overwinnen zijn. Hetzelfde beeld komt ook naar voren uit het onderzoek dat hierop is gevolgd onder praktiserende medische specialisten waarvan in dit rapport verslag is gedaan. Hieronder volgen de belangrijkste conclusies.

7.2 Conclusies

1. De huidige 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 1 maal per maand contact met een bedrijfsarts, een kwart 1 à 2 maal per maand en nog geen derde 5 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, meest telefonisch, om informatie te geven ten behoeve van de begeleiding en reïntegratie, maar ook om gezamenlijk te overleggen. Daarnaast hebben één op de tien respondenten afspraken met bedrijfsartsen/arbodiensten over verwijspcedures. Kortom, van een bloeiende, tweezijdige samenwerking lijkt weinig sprake..

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.

3. *Privatisering heeft niet geleid tot betere samenwerking of open communicatie*

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.

Een andere kabinetsdoelstelling - *open communicatie* tussen bedrijfs- en behandelend arts (met *veronderstelde* instemming van de werknemer) lijkt evenmin gerealiseerd, maar wordt door de betrokkenen ook niet nodig gevonden.

4. *Duidelijke wensen tot verbetering*

Het overheidsstreven naar een betere arbocuratieve 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 nièt wanneer het werk kan worden hervat. Voorts dienen de contacten (vooral volgens de psychiaters) 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 betere vergoeding voor informatie-uitwisseling.

5. *Duidelijke knelpunten in de huidige samenwerking*

Naast het ontbreken van samenwerkingsrichtlijnen noemen de respondenten, en vooral de psychiaters, als belangrijkste knelpunten: onduidelijkheid of de bedrijfsarts niet vooral de werkgeversbelangen behartigt, of hij curatieve informatie ook gebruikt voor controle/claimbeoordeling, en over wat hij eigenlijk kàn en wíl doen voor patiënten. Kortom, net als in *Voor verbetering vatbaar-I* 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 leiden tot veel eenstemmigheid en hoge scores. Zo stelt 8 op de 10 betrokken 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 geeft aan: richtlijnontwikkeling, terwijl circa 6 op de 10 (de psychiaters nog wat meer) als voorwaarde stelt: bedrijfsartsen moeten aangeven wat zij concreet kunnen doen en of zij informatie vragen voor begeleiding of controle. 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.

7. 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, zoals eenderde der respondenten wenst.

8. Wachttijden nemen eerder toe dan af

Bij nog geen derde van de respondenten kan men binnen twee weken terecht voor een eerste consult bij 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 t.o.v. 1998 gelijkgebleven, éenderde 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 voorgaande conclusie).

9. Een genuanceerd oordeel over voorrangbehandeling

Over een andere oplossing voor deze wachttijden, zoals bijvoorbeeld een 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 bijvoorbeeld een sociaal-medische indicatie (36%), wanneer er sprake is van een beroepsgerelateerde aandoening (20%), en met name de orthopeden hebben er geen bezwaar tegen wanneer de behandelingskosten dan niet ten laste komen van het

macrobudget en/of de behandeling buiten de reguliere spreekuur- of kliniektijd plaatsvindt.

10. Verwijzen door bedrijfsarts kan, na overleg met de huisarts

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

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 artsenorganisaties, 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 arbeidsgesondheid, 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

Er is dringend duidelijkheid en consensus gewenst over het verwijzen door de bedrijfsarts, in relatie tot de *poortwachtersfunctie* van de huisarts. In hun Visiestuk zijn LHV en NVAB 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 is overgenomen in

een recente notitie van het Ministerie van VWS, die als basis moet dienen voor overleg met alle betrokkenen om tot een regeling te komen.

Aanbeveling 3 Gezamenlijke richtlijnontwikkeling

Een constructieve bijdrage van beide kanten aan een betere samenwerking kan het samen ontwikkelen van richtlijnen zijn, zowel procedureel als inhoudelijk, rond specifieke aandoeningen. Begonnen zou 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 is hiervoor beperkt geld gereserveerd en bovendien al ervaring opgedaan met het PARAG-project (Zie 7.2. Recente ontwikkelingen)

Aanbeveling 4 Honoreringwens 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 medisch specialisten lag 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 BOA, VWS/SZW of COTG- , maar wel om erop te wijzen dat deze wens niet genegeerd kan worden.

Aanbeveling 3 Regionale experimenten

Nader onderzocht zou kunnen worden waar in den lande regionale/lokale samenwerkingsverbanden functioneren of in oprichting zijn tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen, die financiële of organisatorische ondersteuning verdienen, wellicht in het kader van het actieplan Platform Aanpak Wachttijden en de daar gelden uitgangspunten (actiepunt 9 over regionale samenwerkingsverbanden)

Aanbeveling 5 Plan van Aanpak opstellen

De LHV en NVAB hebben in drie jaar forse stappen gezet naar betere samenwerking (Convenant, Visiestuk, proefregio's), mede door een Plan van Aanpak, opgesteld op basis van de conclusies en aanbevelingen uit *Voor verbetering vatbaar-I*, in samenspraak met beide besturen, gefinancierd door VWS en SZW, aangevuld door de betrokken artsenorganisaties. Zo'n werkwijze valt ook nu weer te overwegen, waarbij ook de Orde van Medisch Specialisten betrokken zou moeten worden, evenals de ervaringen, opgedaan door LHV en NVAB.

Om meer draagvlak te verwerven voor vervolginiciatieven is het tevens nuttig nadere bekendheid te geven aan *Voor verbetering vatbaar-I en II* en de daarop volgende stappen, bijvoorbeeld in de vorm van artikelen in de periodieken van de vier specialismen, en in de algemene (internationale) medische vakbladen

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. 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 drie belangrijkste knelpunten en voorwaarden voor verbetering wijzen alle in dezelfde richting: de gewenste samenwerking kan pas echt 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 allereerst een gerichte ophelderingcampagne van de NVAB en de koepel van arbodiensten BOA, gesteund door de Wetenschappelijke Verenigingen van betrokken medische specialisten, de Orde, KNMG en LVSG, en door de overheid (VWS en SZW) en de sociale partners. Materiaal is voldoende voorhanden: 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 ophelderingssactie onder het grote publiek, in het bijzonder onder werknemers. Hierbij zij opgemerkt dat zoiets uiteraard alleen zin heeft als bedrijfsartsen in de praktijk ook naar dat beeld (kunnen) handelen.

Aanbeveling 2 Gezamenlijke richtlijnontwikkeling

Een constructieve bijdrage van beide kanten aan een betere samenwerking kan het samen ontwikkelen van richtlijnen zijn, zowel procedureel als inhoudelijk, rond specifieke aandoeningen. Begonnen zou kunnen worden met een veel voorkomende arbeidsrelevante aandoening op het terrein van elk der vier bij dit onderzoek betrokken specialismen. In het ZON (Zorg Onderzoek Nederland)-programma Sociaal-medische Begeleiding-I en II zijn hiervoor gelden gereserveerd en is bovendien al enige ervaring opgedaan (het zogenoemde PARAG-project onder leiding van de KNMG, waaraan naast medisch specialisten (CBO) en bedrijfsartsen ook huisartsen (NHG) en verzekeringsgeneeskundigen deelnemen).

Aanbeveling 3 Regionale experimenten

Nader onderzocht zou kunnen worden waar in den lande regionale/lokale samenwerkingsverbanden functioneren of in oprichting zijn tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen, die financiële of organisatorische ondersteuning verdienen, wellicht in het kader van het actieplan Platform Aanpak Wachttijden (het actiepunt 9, te weten: regionale samenwerkingsverbanden). Dat zou dan wel dienen te geschieden binnen bepaalde landelijke kaders en spelregels, zoals bijvoorbeeld aangegeven in de augustus-brief van VWS en SZW⁵.

Aanbeveling 4 Plan van Aanpak opstellen

De LHV en NVAB hebben in drie jaar 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 Voor verbetering vatbaar, in nauwe samenspraak met beide besturen, 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.

Teneinde meer draagvlak te verwerven 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

Aanbeveling 6 Honoreringswens honoreren

Kwam bij de huisartsen al duidelijk als randvoorwaarde voor betere samenwerking naar voren dat er een reële vergoeding dient te komen voor reëel bestede tijd, besteed aan die samenwerking, bij de ondervraagde medisch specialisten lag dit nog pregnanter. Het is hier niet de plek om nader aan te geven hoe dat aan te pakken – dat ligt meer op de weg van bijvoorbeeld de koepel van arbodiensten BOA en VWS/SZW -, maar wel om erop te wijzen dat deze wens niet genegeerd kan worden.

⁵ Zie noot 11, paragraaf 5.4.