

Huisarts en arbeid: een blinde vlek?

Het belang van aandacht in de eerste lijn voor ‘werk’, en van afstemming met bedrijfsartsen

Peter Buijs

SAMENVATTING

Al decennia wordt in LHV- en NHG-documenten het belang onderstreept, dat huisartsen aandacht besteden aan ‘werk’ en daarover afstemmen met bedrijfsartsen. In praktijk gebeurt dat echter weinig, terwijl huisartsen juist een prima positie hebben voor vroegsignalering en -interventie, omdat de meeste werkenden met gezondheidsproblemen eerst hén bezoeken, en niet of pas (veel) later hun bedrijfsarts. Bovendien willen patiënten bij verzuim graag hun huisarts inschakelen, vertrouwen hem/haar en blijken ook tevredener als hun werk besproken wordt. En intussen groeit het bewijs dat (behoud van) werk een cruciale randvoorwaarde is voor gezondheid en welzijn.

In dit artikel worden achtergronden en mogelijke gevolgen van deze ‘blinde vlek voor werk’ bij huisartsen besproken, naast pogingen tot verbetering – ook internationaal –, met (bestuurlijke) steun uit de bedrijfsartsenwereld. Die pogingen zijn temeer belangrijk vanwege de verwachte forse toename van medische problemen binnen de beroepsbevolking door vergrijzing, langer doorwerken en vooral een verwachte sterke groei van chronische/life style-aandoeningen.

Huisartsen kunnen, in goede afstemming met bedrijfsartsen, helpen deze problemen te bestrijden, zeker gezien hun onlangs herziene NHG-kernwaarden. Zij verdienen daarbij alle steun van andere betrokkenen, sociale partners voorop. Daarvoor is het, na al het ‘geduldige beleidspapier’ ook hoog tijd, vanuit patiëntbelang en het belang van een gezonde beroepsbevolking – de kurk waarop onze welvaart drijft!

AANDACHT VOOR WERK: EEN HUISARTSENTAAK OP PAPIER

Aandacht voor werk hoort al vanaf de jaren zeventig tot de huisartsentaken, althans op schrift. Zo nam de LHV-ledenvergadering in 1983 het basistakenpakket aan, met als taken met betrekking tot de beroepsbevolking:

- ▮ werksituatie betrekken in het behandelplan;

- ▮ rekening houden met wisselwerking patiënt-gezin-werkomgeving;
- ▮ zo nodig met bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige samenwerken;
- ▮ bedrijfs- of beroepsgebonden oorzaken van klachten/aandoeningen signaleren.

Uit de toelichting: ‘De huisarts zal in gesprek met de patiënt de relatie betrekken tussen diens gezondheidstoestand, (resterende) werkcapaciteit en werkomstandigheden. Dit betekent een gemotiveerd advies ter beantwoording van de vraag of werkhervatting dan wel werkstaking nadelig of voordelig voor de gezondheid van de patiënt kan zijn. Over werkaanpassing kunnen adviezen worden ingewonnen, bijvoorbeeld via de bedrijfsarts.’

Contact met bedrijfsartsen werd dus geëntameerd maar ontstond op bestuurlijk niveau pas januari 1997 naar aanleiding van onderzoek naar (ontbrekende) samenwerking tussen bedrijfs- en huisartsen, hun meningen daarover (>80% wilde meer samenwerking, om medisch-inhoudelijke redenen), de achtergronden, belemmeringen en voorwaarden voor verbetering.^{1,2} Bij de aanbieding aan minister Borst (VWS), staatssecretaris De Grave (SZW) en de KNMG-, NVAB- en LHV-voorzitters meldden de laatste twee, Ton Ostendorf en Jan Bergen, diezelfde avond voor het eerst bijeen te komen. Met succes, want 3 maanden later tekenden zij een convenant, gebaseerd op genoemd onderzoek.

Dit LHV-NVAB-convenant benoemt relevante ontwikkelingen, maar ook belemmeringen, doordat ‘huisartsen de factor arbeid te weinig betrekken in diagnostiek en begeleiding van werkenden en (...) bestaande richtlijnen onvoldoende invulling geven aan samenwerking’. Vandaar voornemens voor gezamenlijke nascholing, richtlijnontwikkeling, samenwerkingsexperimenten, betere informatie-uitwisseling en een gezamenlijke visie op samenwerking. Die visie – ontwikkeld door een gezamenlijke

HUISARTS,
BEDRIJFSARTS,
WERKGERELATEERDE
GEZONDHEIDS-
PROBLEMEN,
SIGNALEREN
AFSTEMMEN

Dr. P.C. Buijs is bedrijfsarts, oud-huisarts en senior onderzoeker/adviseur TNO Work&Health.

CORRESPONDENTIEADRES
E-mail: peter.buijs@tno.nl.

werkgroep, inclusief beide voorzitters, Roeland van Velzen (LHV) en Jan Casper van Beek (NVAB) – werd in 1998 aangeboden aan minister Borst, en verspreid via een special van *De Huisarts*, met koppen als ‘Koude oorlog huisarts-bedrijfsarts voorbij’. Vervolgens aanvaardden beide ledenvergaderingen de visie, met voor huisartsen gebruikelijke randvoorwaarden zoals ‘Werkgevers zijn eerstverantwoordelijk voor preventie, begeleiding en re-integratie’ en ‘Werkgevers en arbo-diensten stellen bedrijfsartsen in staat hun beroep verantwoord uit te oefenen en een vertrouwenspositie t.o.v. werknemers in te nemen, door hun professionele onafhankelijkheid te respecteren en hen geen controle of claimbeoordeling te laten doen’, maar ook: ‘Huisartsen betrekken “werk” in hun probleemverheldering en behandelplan’.

Er kwam ook een regulier bestuurlijk overleg, dat een nieuwe mijlpaal opleverde: de LHV-NVAB-Leidraad huisarts-bedrijfsarts (TNO, 2001), bedoeld om tegenstrijdige adviezen te voorkomen en consensus over elkaars taken/verantwoordelijkheden te bevorderen.³ Elkaar consulteren wordt aangeraden als informatie-uitwisseling of onderlinge verwijzing nodig is, dan wel afstemming van inzicht of advies. Via een gezamenlijke *TBV/De Huisarts*-special werd de leidraad verspreid onder alle bedrijfs- en huisartsen – helaas zonder implementatie-, monitoring- en evaluatietraject, zodat de effecten onbekend zijn.

Later onderschreef ook het NHG de Leidraad, schoof aan bij het Bestuurlijk Overleg en verzorgde onder andere opleiding- en nascholingsmodules over betere afstemming huisarts-bedrijfsarts.⁴ Gedrieën verzorgden ze een LHV/NHG/NVAB-publicatie ter zake (2005)⁵ en samen met anderen het Preventieconsult (2010).

HUISARTS VAAK EERSTE AANSPREEKPUNT VOOR WERKENDEN

Werkenden met gezondheidsklachten bezoeken meestal eerst hun huisarts, en later de bedrijfsarts – indien voorhanden. Dat gebeurde reeds in de jaren zeventig,⁶ terwijl bijvoorbeeld in 2005 72% van 2500 werkenden de huisarts bezocht, 25% de specialist, 20% de fysiotherapeut en 13% de bedrijfsarts.⁷ Van 5200 bij het UWV gemelde langverzuimers bezocht 89% eenmaal, en 65% twee of meer keer de huisarts tijdens verzuim, tegenover 92% respectievelijk 80% de bedrijfsarts.⁸ En van 555 werknemers met fatigue zag 43% de huisarts in de 2 maanden voor ziekmelding, tegen 11% de bedrijfsarts; 4 weken na ziek-

melding waren die percentages 74% respectievelijk 69%.⁹ Ten slotte, van 12.000 niet-verzuimende werknemers bezocht 35% binnen 6 maanden de huisarts wegens gezondheidsproblemen, tegen 3% de bedrijfsarts (namelijk zij, die hun klachten als ‘psychisch’ duiden).¹⁰

Door hun traditionele vertrouwenspositie en functie als ‘eerste aanspreekpunt’ hebben huisartsen een prima positie voor vroegsignalering en -interventie.¹¹ Bovendien willen patiënten zelf graag betrokkenheid van hun huisarts tijdens ziekteverzuim¹² en blijken significant tevredener als huisartsen hierop ingaan.⁷

Ten slotte blijkt de voorkeur voor de huisarts boven de bedrijfsarts heel duidelijk uit recent *AStri*-onderzoek: slechts 25%, respectievelijk 16% van de werknemerssteekproef beaamt (zeer) de stelling: Als ik (gezondheids)klachten zou hebben, waarvan ik sterk vermoed, dat ze door het werk komen, dan zou ik eerder kiezen om naar de bedrijfsarts te gaan dan naar de huisarts, respectievelijk meer belang hechten aan het advies van de bedrijfsarts dan van de huisarts.¹³

AANDACHT VOOR WERK: OOK EEN HUISARTSENTAAK IN DE PRAKTIJK?

Wordt aandacht voor werk, zoals bepleit in genoemde LHV-documenten, ook gepraktiseerd? Enkele onderzoeksresultaten:

- I Bij dossieronderzoek van circa 13.000 huisartscontacten met werkenden bleken maar 3844 als zodanig herkend, waarvan bij 39% ‘werk’ werd aangeroerd.¹⁴
- I Van chronisch vermoeide werknemers, die in 2 maanden vóór ziekmelding de huisarts

I Door hun traditionele vertrouwenspositie en ‘eerste-aanspreekpunt-zijn’ hebben huisartsen een prima positie voor vroegsignalering en vroeginterventie bij werkgerelateerde gezondheidsproblemen.

I Werkenden zien zelf ook graag meer betrokkenheid van hun huisarts tijdens ziekteverzuim.

I Het ‘afvinken’ van het werkdomein op ‘pluis/niet-pluis’ dient voor huisartsen net zo normaal te worden als bij roken, drinken en seksueel gedrag van hun patiënten.

I Voor een betere afstemming met bedrijfsartsen hebben LHV, NHG en NVAB al jaren geleden een leidraad ontwikkeld, met een actieve rol voor de betreffende patiënt/werkende. Deze wacht echter nog steeds op wetenschappelijk begeleide toepassing op grote schaal.

bezochten, werd slechts 26% bevraagd over werk, en na 1 maand verzuim 37%.⁹

- I Uit de NEA-enquête onder 10.000 werknemers blijkt dat 47% tijdens verzuim een behandelend arts bezoekt; van hen zegt 36% gevraagd te zijn naar een mogelijke relatie tussen klachten en werk.¹⁴
- I Van 2500 werkenden zegt meer dan 60%, dat bedrijfsartsen, fysiotherapeuten en psychologen vragen naar hun werk, tegen behandelend artsen 25%.⁷
- I Nivel filmde 500 huisartsconsultaties met werkenden. In 269 gevallen werd 'werk' aangeroerd, meestal terloops door de patiënt, niet leidend tot verdere vragen. Slechts in 25% van de 269 gevallen vroeg de huisarts naar 'werk'.
- I 'Werkstakings- of hervattingsadviezen geven' vindt 88% respectievelijk 74% een huisartsentaak, maar slechts 39%, respectievelijk 35% zegt dat ook altijd of vaak te doen.¹
- I Respectievelijk 57%, 52% en 49% van 232 bedrijfsartsen vond dat behandelend artsen onvoldoende weten van arbozaken en relevante wet- en regelgeving, onvoldoende rekening houden met het werk van hun patiënten, en niet beseffen dat ziekteverzuim hun patiënten kan schaden.²
- I Gebrekkige afstemming huisarts-bedrijfsarts speelt al jaren.¹⁵⁻¹⁷

Ook adviesorganen als de SER en de Gezondheidsraad hebben herhaaldelijk gewezen op bovenstaande onbevredigende situatie.¹⁸⁻²¹

WERK: EEN 'BLINDE VLEK' BIJ HUISARTSEN, MET NADELIGE GEVOLGEN?

Veel huisartsen lijken dus al jaren een 'blinde vlek' te hebben – onvoldoende aandacht voor de causale én conditionele relatie werk-gezondheid – en weinig te coördineren met bedrijfsartsen. Daarvoor zijn diverse verklaringen, al ontbreekt hier systematisch onderzoek:

- I onvoldoende kennis van de relatie gezondheid-arbeid, mede door onvoldoende aandacht hiervoor in opleiding en nascholing;
- I (ervaren) tijdgebrek, mede omdat 'arbeid' wordt gezien als een onbekend, complex terrein;
- I vrees voor (tuchtrechtelijke) problemen bij overleg met derden over verzuimende patiënten – zeker bij arbeidsconflicten –, mede door onduidelijkheid of de scheiding behandeling-controle huisartsbemoeienis met het werk van patiënten wel toelaat;
- I vrees om verwachtingen niet te kunnen waarmaken;

- I onbekendheid met bestaande instrumenten als genoemde leidraad en NHG-nascholingsmodules of voor risico-inschatting op langverzuim;¹¹
- I onbekendheid met het takenpakket van bedrijfsartsen – bijvoorbeeld wél begeleiden naar herstel, géén controle of claimbeoordeling –, onduidelijkheid over hun positie en mogelijk (mede) daarop gebaseerde twijfel aan hun onafhankelijkheid;^{1,2,8}
- I weinig 'arbeid' in NHG-standaarden, omdat in veel RCT's werkgerelateerde uitkomstmaten ontbreken.²²

Ook systematisch onderzoek naar de gevolgen van bovenstaande ontbreekt, maar het lijkt aanemelijk, dat genoemde blinde vlek kan leiden tot onvolledige anamneses, onjuiste/onvolledige diagnoses, inadequate behandelingen, medicalisering, tegenstrijdige adviezen, verwijzing naar instanties zonder adequate expertise enzovoort. Kortom, suboptimale zorg, met als risico: presentisme, onnodig (lang) verzuim, (tijdelijke/ gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid en baanverlies, terwijl steeds meer onderzoek uitwijst dat '(behoud van) werk' juist cruciaal is voor gezondheid en welzijn.²³

'BLIND SPOT': EEN INTERNATIONAAL FENOMEEN...

Zijn buitenlandse (huis)artsen die verzuim sanctioneren met ziekenbriefjes, attenter op 'werk'? Weevers et al. concluderen in hun review: *'Often GPs don't recognize work-relatedness of diseases; that can cause more serious health problems, (long) absenteeism and higher costs.'*²⁴ Baker (1990) stelt: *'Heightened sensitivity of primary care providers to occupationally induced diseases is of urgent priority.'*²⁵ Maar Goldstein moet 15 jaar later constateren: *'Current approaches failed to achieve a desirable level of interest and involvement in occupational care by the average primary care practitioner.'*²⁶ Kortom: genoemde 'blind spot' is niet *typical Dutch*, zoals ook geconstateerd in een eerste indicatieve internationale studie ter zake.²⁷

... EN INTERNATIONALE OPLOSSINGSRICHTINGEN

Verbeterinitiatieven spelen eveneens buiten onze grenzen. Zo leidde in Engeland het Black-report over 'Workers' health' (2008) tot talrijke maatregelen, met huisartsen in een sleutelrol, ondersteund door specifieke bijscholing,²⁸ een zeer informatieve website²⁹ en vooral de 'sicknote→fitnote'-aanpak: huisartsen tekenen niet meer routinematig ziekenbriefjes, maar moeten

zich verdiepen in het werk van hun patiënten en elektronisch aangeven wat deze (binnenkort weer) wél kunnen.³⁰

Op Wonca-congressen werd vanaf 2005 (Kos) het ‘blind spot’-thema geagendeerd, met vooral Nederlandse sprekers, zoals bij een Round Table over ‘GP&Work’ (Wonca World Congress (2010)). Hetzelfde gebeurde in ICOH-verband: eerst tijdens deelcongressen,* waar André Weel en Peter Buijs het ‘blind spot’-thema presenteerden. Vervolgens organiseerden beiden Special Sessions tijdens de ICOH Wereldcongressen in Milaan (2006) en Kaapstad (2009) over ‘How to cope with the blind spot?’ en ‘How to build bridges between primary and occupational health care?’, met respectievelijk Wonca-presidenten Chris van Weel en Igor Svab als gastspreker. En in 2006 vond de eerste ontmoeting plaats van de Wonca- en ICOH-president leidend tot onder andere de oprichting van een gezamenlijke werkgroep.

Deze geluiden bereikten ook de WHO, wiens streven naar arbodiensten wereldwijd al jaren stagneerde op 10-15% dekking van de global workforce. De rest bezoekt eerstelijnsvoorzieningen, indien voorhanden. Dit leidde tot een WHO-intercountry consultation (Chili, 2009), waar geadviseerd werd alternatieven te onderzoeken, met name binnen de eerste lijn.

Daarover organiseerde de WHO eind 2011 in Den Haag, in samenwerking met TNO en VWS/SZW de Conference: What role for occupational health in primary health care (PHC)?³⁰ Onder het motto ‘Connecting Health & Labour’ discussieerden daar 3 dagen lang voor het eerst genodigden uit zo’n veertig landen, afkomstig uit twee gescheiden werelden: PHC (onder anderen Wonca-president Roberts) en Occupational Health (onder anderen ICOH-voorzitter Kogi). Verrassend snel ontstond consensus over belangrijke uitgangspunten (zie

box) en over een executive summary.³¹

Tijdens de follow-up, november 2012 in Genève, werd het thema opgenomen in de WHO 5-jaren-planning, de voortgang in diverse landen besproken, pilots gepresenteerd uit Thailand, Filipijnen, Italië en Colombia, evenals een kosten-baten-instrument om besparingen te berekenen van systematische aandacht in PHC voor ‘werk’. Vervolgens werden WHO-opdrachten uitgelijnd voor onderzoek naar welke ‘occupational interventions’ bruikbaar zijn in PHC, en voor het verzamelen van informatie en leermateriaal voor eerstelijnsverleners ten behoeve van een website – inmiddels gegund aan TNO Arbeid en Coronel.

Ten slotte is deze thematiek op verzoek van de Europese Commissie ook ingebracht bij haar 3-daagse conventie ‘Investing in a Social Europe’, december 2012. Dat klonk door in *key messages* voor de ministers op de slotdag, zoals: ‘Sustainable economic growth cannot be achieved without a healthy population and workforce’ en ‘Health care professionals need to be trained about social determinants of health (especially work factors) in order to better help people with (chronic) health problems to keep their job’.

POSITIEVE BINNENLANDSE ONTWIKKELINGEN

Ook uit Nederland vallen inmiddels meer positieve ontwikkelingen te melden, met name vanuit het NHG, waarvan >90% van de huisartsen lid is. Zo leidde eerdergenoemd NHG-TNO-project²² tot de ‘standaardvraag’ bij ontwikkeling of revisie van NHG-standaarden: ‘Is “werk” hier relevant?’ (Zie bijvoorbeeld de herziene NHG-standaard Depressieve klachten, 2012.) En na de Lesa Overspanning, de eerste NHG-focusgroep ‘Huisarts & arbeid’ en het LHV/NHG/NVAB-Preventieconsult werden in 2011 de tien geherformuleerde NHG-kernwaarden aangenomen: ‘De huisarts houdt rekening met individuele kenmerken van de

PRINCIPLES FOR INTEGRATING OHC IN PHC

- a. Workers’ health is part of general health and life
- b. Health systems should facilitate local strategies to meet workers’ health needs
- c. In moving towards universal OHC coverage, target first those at greatest risk or needs
- d. Involve all relevant stakeholders when developing policies about workers’ health
- e. Training in health and work should be part of all health care professionals training
- f. Workers empowerment and encouraging decision makers are critical for promotion of workers’ health and safety

Bron:

www.who.int/occupational_health/publications/hague_executive_summary/en/index.html.

patiënt en diens context, zoals leef- en werkomgeving.’(nr 1), en ‘De huisarts heeft een signalerende taak t.a.v. (dreigende) arbeidgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts’ (nr. 6). Ter toelichting worden lessen uit afgelopen jaren getrokken: ‘Werk of het ontbreken daarvan kan leiden tot fysieke en/of psychische klachten of aandoeningen en vormt een belangrijk deel van de context van patiënten. Het is dan ook belangrijk dat huisartsen weten wat voor soort werk de patiënt doet en alert zijn op mogelijke wisselwerkingen tussen werk en gezondheid. Verzuimende werknemers zien graag een prominenter rol van huisartsen bij begeleiding tijdens ziekteverzuim. Werknemers verwachten dat hun huisarts, net als hun bedrijfsarts, bijdraagt aan herstel en terugkeer naar werk, en hechten (daarbij) vooral aan vertrouwen, onafhankelijkheid en communicatie.¹² Van oudsher is de huisarts de medische vertrouwenspersoon bij uitstek, die handelt zonder derdenbelang, zoals werkgever of verzekeraar. Werknemers kloppen vaker en eerder bij hun huisarts aan voor werkgerelateerde gezondheidsproblemen dan bij de bedrijfsarts.’

Voorts vraagt de huisarts ‘...zich structureel af of de patiënt een probleem heeft op het gebied arbeid-gezondheid, of er na probleemverheldering/-beoordeling informatie ontbreekt en of er afstemming van inzicht en/of advies nodig is met de bedrijfsarts. Als de huisarts sterke aanwijzingen heeft (...) voor structurele ziekmakende arbeidsomstandigheden, zoekt hij contact met de verantwoordelijke bedrijfsarts’.³ Maar ook wordt eerlijk vermeld: ‘In praktijk blijken huisartsen deze taak nog onvoldoende te vervullen.’

Eerder bleek uit voorzichtige TNO-berekening een besparingspotentie op dit dossier van maar liefst 2 miljard euro/jaar.³² Mede op basis daarvan wendden de werkgevers zich onlangs tot de DG'en van VWS en SZW met een ‘hardnekkig probleem’: ‘... onvoldoende aandacht in de gezondheidszorg voor werk, waardoor mensen onnodig (lang) buiten het arbeidsproces raken’ ten nadelen van zichzelf, bedrijven en onze concurrentiepositie. Bepleit wordt ‘... een grondige analyse van de problematiek en haar hardnekkigheid, in kaart brengen van oorzaken, achtergronden en oplossingsrichtingen, (...) en vooral gecoördineerd handelen van alle betrokkenen: ministeries, sociale partners, medische wereld, zorgverzekeraars enzovoort,’ en zelfs het agenderen van een nationale ‘marsroute’! Geconcludeerd wordt: ‘VNO-NCW en MKB-Nederland willen met beide ministeries overleggen over hoe een structurele vergroting van aan-

dacht in de gezondheidszorg voor arbeid kan worden bereikt.’³³

Overleg met beide DG'en leidde tot een knelpuntenstudie³⁴ en op 3 juli 2012 tot een nationale stakeholdersbijeenkomst – een WHO-aanbeveling. Daar bleek een behoorlijke consensus en ontstonden diverse vervolgideeën, zoals een VNO-NCW-voorstel om te onderzoeken hoe het NHG te helpen haar Kernwaarde 6 te realiseren. Nader overleg tussen VNO en NHG leidde tot het verkennen van mogelijkheden om in proeftuinen al ontwikkelde instrumenten uit te proberen ‘...met medewerking van bedrijven uit eigen kring’ (VNO-NCW-brief). Daarbij kan voortgebouwd worden op ervaringen elders (zie bijvoorbeeld de experimenten in Hardenberg, A'dam-ZO en A'dam-Noord). Bovendien biedt dat zorgverzekeraars een goede gelegenheid om initiatieven te ontplooien.

Ten slotte bepleitten de RVZ en de SER in december 2012 meer aandacht voor ‘arbeid’ binnen de eerste lijn en betere samenwerking tussen BGZ en reguliere gezondheidszorg.^{19,20}

CONCLUSIE

Na een lange voorgeschiedenis van niet of onvoldoende gerealiseerde huisartsenvoornemens ten aanzien van ‘arbeid’ is het hoog tijd voor daadwerkelijke verbetering, met als belangrijkste stap het in praktijk brengen van NHG-Kernwaarden met betrekking tot ‘werk’, en het mobiliseren daarbij van maximale steun van andere betrokkenen/belanghebbenden, zoals sociale partners, zorgverzekeraars, overheid, wetenschap én collega-bedrijfsartsen. Dit omwille van de gezondheid van individuele patiënten/werkenden en van een gezonde beroepsbevolking – de motor van onze welvaart!

NOOT

* Met name die van het *ICOH-Scientific Committee Occupational Health Services Research & Evaluation* (voorzitter: Carel Hulshof); Wonca en ICOH: mondiale organisatie voor respectievelijk huis- en bedrijfsartsen.

LITERATUUR

1. Amstel RJ van, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar. Amsterdam: NIA-TNO, 1997.
2. Buijs PC, Amstel R van, Dijk FJ van. Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve co-operation. *Occup Environ Med* 1999; 56: 709-713.
3. Anema JR, Buijs PC, Putten DJ van. Samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen: een praktische leidraad. *Med Contact* 2001; 56: 790-793.
4. Buijs PC, Weel, ANH, Nauta NP, et al. Teaching general practitioners and occupational physicians to cooperate: Joint training to provide better care for

- European workers, Eur J Gen Pract 2009; 15 (3): 125-127.
5. Rijdt AHJ van de (red.). De zorg van de huisarts aan werkende patiënten. Utrecht: LHV, NHG, NVAB, 2005.
 6. Tordoir WF. Gezondheidszorg en langdurig ziekteverzuim. TSG 1976; 54: 249-260.
 7. Bakhuis Roozeboom M, Ybema JF, Buijs PC. Aandacht van huisarts en bedrijfsarts voor arbeid. TSG 2011; 1: 27-34.
 8. Heuvel FMM van den, Steenbeek R, Buijs PC. Werknemers wensen bij verzuim een prominenter rol van bedrijfsarts én huisarts. Tijdschr Bedrijfs Verzek 2006; 7: 299-306.
 9. Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, et al. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the OP and GP. J Occup Rehabil 2006; 16: 41-52.
 10. Andrea H, Metsemakers JFM, Kant Y, et al. Seeking help in relation to work – visiting the occupational physician or the GP. Occup Med Lond 2004; 54: 419-421.
 11. Dijk PCM van, Hogervorst VWG, Buijs PC, Dijk FJH van. The potential role of Dutch GPs in imminent long-lasting sickness absence. Eur J Gen Pract 2006; 12: 74-76.
 12. Buijs PC, Heuvel F van de, Steenbeek R. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. H&W 2009; 52(3): 147-151.
 13. AStri. Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Eindrapport. Leiden: AStri, 29-6-2011, tabel 3.56, p. 68.
 14. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden. Hoofddorp: TNO, 2005.
 15. Nauta N. Een vertrouwenskwestie? Over samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen (diss). Rotterdam: Optima Grafische Vormgeving, 2004.
 16. Bakker RH. Samenwerking huisarts-bedrijfsarts (dissertatie). Groningen: RUG, 2005.
 17. Beach J, Watt D. General practitioners and occupational health professionals. Consensus statement to improve interaction is timely and welcome. BMJ Editorial 2003; 372: 302-303.
 18. SER-advies 'Een kwestie van gezond verstand', Den Haag: SER, 17-4-2009, p. 16.
 19. RVZ. 'Regie aan de poort', Den Haag: RVZ, 7-12-2012.
 20. SER. Advies Stelsel voor gezond en veilig werken. Den Haag: SER, 21-12-2012.
 21. Beoordelen, behandelen, begeleiden: medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
 22. Balen JAM, Goudswaard AN, Kremer AM, et al. NHG-Standaarden doorgelicht op arbeid. H&W 2012; 53: 6-13.
 23. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and wellbeing? Londen: TSO, 2006, www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you.pdf.
 24. Weevers HJA, Beek AJ van der, Anema JR, et al. Work-related disease in general practice: a systematic review. Fam Pract 2005; 22(2): 197-204.
 25. Baker DB, Landrigan PJ. Occupationally related disorders. Med Clin North Am 1990; 74(2): 441-460.
 26. Goldstein BD. Editorial. JOEM 2007; 49: 1060-1062.
 27. Buijs PC, Weel AN. Blind spot in general health care for work: only a Dutch problem? Een eerste internationale verkenning voor het ministerie SZW. Hoofddorp: TNO, 2005.
 28. Sheffield Occupational Health Advisory Service: www.sohas.co.uk/healthupdates.php.
 29. www.healthyworkinguk.co.uk/home.
 30. Buijs PC, Gunneyon B, Weel C van. Primary health care: what role for occupational health? Editorial. BJGP, 2012; 623-624.
 31. World Health Organization. Hague Conference Connecting Health and Labour. Executive Summary: zie www.who.int/occupational_health/publications/hague_executive_summary/en/index.html.
 32. Steenbeek R, Hooftman W, Geuskens G, Wevers C. Objectiveren van gezondheidsgerelateerde nonparticipatie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan. Hoofddorp: TNO, maart 2010. <http://arbeidenzorg.com/uploads/rapport%201b%20tot%2020april%202010.pdf>.
 33. Brief VNO-NCW d.d. 27-6-2011.
 34. Nivel 'Samenwerking huisarts-bedrijfsarts'. 2013 (nog in bewerking).

AGENDA

28 juni 7e Nationale Werkcongres. Locatie: Achmea congressentrum, Zeist. Inlichtingen en aanmelden: www.juliusacademy.nl > congressen.

17-20 september Infectious diseases at work. Three-day workshop with contribution of European Centre for Disease Prevention and Control. Met gelegenheid tot deelname aan Midsommarfeesten. Locatie: Stockholm University. Inlichtingen en aanmelden: www.efoh.eu.

7 oktober Wat is er aan de hand? Arbeidsgerelateerde aandoeningen van hand en pols. Locatie: Universiteit Twente, conferentiehotel

Drienerburght. Inlichtingen en aanmelden: www.hoytemastichting.nl/cursusaanbod.

5-8 november A + A 2013. Internationale vakbeurs met congres voor persoonlijke bescherming, veiligheid en gezondheid op de werkvloer. Locatie: Messe Düsseldorf. Inlichtingen en aanmelden: www.aplusa-online.com.

18-21 november Nascholing voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Locatie: Philipsburg, Sint Maarten. Inlichtingen en aanmelden: www.efoh.eu.