

De bedrijfsarts en de eerste lijn

Over samenwerking, zorgverzekeringen
en regionale ondersteuningsstructuren



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

De bedrijfsarts en de eerste lijn

Over samenwerking, zorgverzekeringen
en regionale ondersteuningsstructuren

Colofon

De publicatie is mogelijk gemaakt met een financiële bijdrage van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).

Voor de totstandkoming van deze publicatie zijn wij dank verschuldigd aan Marjolein Bastiaanssen (KNMG), Ron Helsloot (NHG), Pieter van den Hombergh (LHV), Jan Erik de Wildt (LVG).

<i>Tekst</i>	Annet Lenderink, freelance journalist, PresScriptio
<i>Eindredactie</i>	Marian Lebbink, Jos Manders
<i>Illustraties</i>	John Körver
<i>Vormgeving/opmaak</i>	Pieter Hordijk, Blink ontwerpers BV
<i>Drukwerk</i>	Drukkerij E.P.A. van de Geer BV
<i>Uitgever</i>	NVAB

Digitale exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar via de website van de NVAB
www.nvab-online.nl

Leeswijzer

Doelgroep

Deze publicatie is bestemd voor individuele bedrijfsartsen, voor besturen van NVAB-Kringen, voor mensen op sleutelposities die de arbocuratieve samenwerking in hun regio een stap verder willen brengen. Daarbij denken we aan de medewerkers van de regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en), zorgverzekeraars, gezondheidscentra en andere eerstelijnsvoorzieningen en aan beleidsmedewerkers van onder meer gemeenten, provincies en rijksoverheid.

Hoofdstuk 1 is van belang voor wie meer wil weten over bedrijfsartsen en bedrijfsgeneeskunde. Hoofdstuk 2 schetst de relevante ontwikkelingen van dit moment. Hoofdstuk 3 geeft in beleidstermen aan wat de bedrijfsartsen en de NVAB nastreven en hoe de samenwerking in de eerste lijn kan worden verbeterd. Voor besturen van NVAB-Kringen is in dit hoofdstuk tevens aangegeven wat zij concreet kunnen ondernemen en wat de hulpmiddelen daarbij zijn.

Voor huisartsen is recent de 'Handreiking voor de zorg van de huisarts aan werkende patiënten' uitgegeven. De inhoud van de onderhavige publicatie is daarop afgestemd.

Doelstelling

Doel van deze publicatie is om:

- kennis, kunde en taakstelling van bedrijfsartsen kort en bondig op een rijtje te zetten;
- te laten zien dat er vele mogelijkheden zijn om arbocuratieve samenwerking te bevorderen;
- aan te geven dat bedrijfsartsen een rol moeten en kunnen spelen in de eerste lijn ter bevordering van de kwaliteit van de zorg voor werknemers;
- ROS'en op het spoor te zetten van het thema 'arbeid' in hun scholings- en kwaliteitsbeleid.

Verantwoording

Een groot deel van de informatie in deze publicatie is sterk met de actualiteit verbonden. De ontwikkelingen in het veld (onder andere de regionale ondersteuning) en in de wetgeving (maatwerkregeling arbo, Zorgverzekeringswet) gaan snel. De websites van de bij deze publicatie betrokken organisaties zullen steeds actueel worden gehouden, zodat de informatie in deze uitgave daaraan getoetst kan worden.

De tekst in deze uitgave is gebaseerd op de bereikte resultaten in de vele initiatieven en projecten van de afgelopen jaren. Daarnaast worden de nieuwe ontwikkelingen geschetst

waarmee de bedrijfsgeneeskunde en de zorgsector in de nabije toekomst te maken krijgen. Een overzicht van de belangrijkste bronnen is opgenomen in bijlage 7.

Omwille van de leesbaarheid is gekozen voor de mannelijke persoonsvorm. Waar 'hij' of 'zijn' staat, kan ook 'zij' of 'haar' worden gelezen.

Achterin deze uitgave is een cd-rom opgenomen met het NHG/LHV/NVAB-Deskundigheidsbevorderings-(DKB-)pakket 'Huisartsen en bedrijfsartsen leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding'. Daarin zijn te vinden de modules:

- I Luchtwegaandoeningen en arbeid
- II Psychische klachten en arbeid (herzien in 2005)
- III Klachten aan het bewegingsapparaat en arbeid
- IV Chronische aandoeningen en arbeid.

En verder:

- Het videomateriaal 'Psychische klachten en arbeid: surmenagebegeleiding'.
- De LHV/NVAB-'Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim' en het Communicatieformulier (opgesteld door TNO Arbeid).
- De samenvatting van de NVAB-Leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts'.
- Links naar de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) 'Overspanning' (NHG/NVAB), een review en overzichtsartikel.

Inhoud

Woord vooraf	9
Inleiding	11
1 De huidige positionering van de bedrijfsarts	13
1.1 Historische scheiding van behandeling en controle	13
1.2 Financiering en organisatie	13
1.2.1 Reguliere zorg en zorgverzekeraars	13
1.2.2 Arbodienstverlening, arbozorg en inkomensverzekeringen	16
1.2.3 Groeiende verwevenheid	17
1.3 De bedrijfsarts in kort bestek	18
Schema 1 Ketens Zorg en Zekerheid	19
1.3.1 Deskundigheid en taken van de bedrijfsarts	21
1.3.2 Professionalisering van de bedrijfsarts	24
1.4 Probleemstelling	27
1.4.1 Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking	27
Schema 2 Overzicht knelpunten samenwerking huisarts en bedrijfsarts	28
1.4.2 Het imago van de bedrijfsarts	28
1.4.3 De curatieve sector en de factor arbeid	31
1.4.4 Nadelen van gebrekkige samenwerking	33
2 Actuele ontwikkelingen	35
2.1 Sociale zekerheid en zorg: beleidsvoornemens 2005	35
2.2 Maatwerk in arbodienstverlening	36
2.3 Zorgverzekeringwet 2006	40
2.4 Veranderende rol van de verzekeraars	41
2.4.1 Wat betekent het voor werkgevers en werknemers?	42
2.4.2 Wat betekent het voor arbodiensten en bedrijfsartsen?	44
2.5 Veranderingen in de professionele ondersteuning	45
2.5.1 Aflopen pilotprojecten arbocuratieve ondersteuning	45
2.5.2 Gedeeltelijk aflopen Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid	46
2.5.3 Oprichting regionale ondersteuningsstructuren eerste lijn (ROS'en)	47
3 Wat wil de NVAB?	49
3.1 Multidisciplinaire en transmurale richtlijnontwikkeling	50
3.2 Arbocuratieve samenwerking en afstemming	51
3.3 Arbeid in de DBC's	53
3.4 Arbeid op de agenda van de ROS'en	54
3.5 Initiatieven vanuit NVAB-kringen	57
3.6 De bedrijfsarts in de eerstelijnsgezondheidszorginstellingen	59

Bijlagen

Bijlage 1: Professionalisering van de bedrijfsarts	63
Bijlage 2: Initiatieven tot arbocuratieve samenwerking	67
Bijlage 3: Zorgverzekeringswet 2006	74
Bijlage 4: Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)	76
Bijlage 5: Overzicht ROS'en	79
Bijlage 6: Kwaliteitsverbeteringsprojecten in tien werkwoorden, gebiedende wijs	82
Bijlage 7: Literatuurverwijzingen en overige gehanteerde publicaties	83
Bijlage 8: Adressen	86
Bijlage 9: Lijst van afkortingen	88

Woord vooraf

Een werknemer die overspannen thuiszit, een patiënt met rugklachten die een aangepaste werkplek heeft, en een patiënt met CVS die arbeidsongeschikt dreigt te raken: ‘dikke kans’ dat zij op het spreekuur van huisarts of bedrijfsarts komen. De patiënt zal zich vaak in eerste instantie tot de huisarts richten. Deze dient alert te zijn op een mogelijke relatie van klachten met het werk en zo nodig met de bedrijfsarts af te stemmen. Van de patiënt wordt ook een actieve rol verwacht.

In het verleden heeft het nogal eens ontbroken aan goede afstemming van huis- en bedrijfsarts, met negatieve gevolgen voor de werknemer/patiënt. De beroepsorganisaties NVAB, LHV en NHG hebben de afgelopen jaren vele projecten opgezet met als doel die afstemming en daarmee de zorg te verbeteren. Hiervoor zijn richtlijnen en hulpmiddelen ontwikkeld.

Goed voor de patiënt

De ervaring leert dat onderlinge afstemming goed is voor de patiënt én kosteneffectief. Iedere patiënt die níét langdurig arbeidsongeschikt wordt en niet in de WAO belandt, rechtvaardigt volgens ons de investering in samenwerking.

In de projecten is duidelijk geworden onder welke randvoorwaarden afstemming en samenwerking succesvol is. De projecten richtten zich ook op belemmeringen. Eén daarvan is de negatieve beeldvorming over en weer; deze blijkt hardnekkig terwijl de bedrijfsarts toch de ‘natuurlijke partner’ van de huisarts zou kunnen zijn.

Kennis, kunde en regionale ondersteuning

Intussen is een grote hoeveelheid kennis en kunde beschikbaar over ‘good practices’ op het gebied van onderlinge afstemming/samenwerking bij arbeidsrelevante aandoeningen. Voorbeelden zijn de richtlijnen voor onderlinge communicatie aan de hand van de LHV/NVAB-‘Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim’; goede sociale kaarten die het mogelijk maken om elkaar te vinden; gezamenlijke regionale kernteams, overleg en nascholing. In deze publicatie is de belangrijkste informatie bijeengebracht.

De beroepsgroepen van bedrijfsartsen en huisartsen maken zich sterk voor onderlinge afstemming en samenwerking. Maar de ondersteuning zal ook regionaal vorm moeten krijgen. De regionale ondersteuningsstructuren (ROS’en) hebben, samen met Medwerk en andere regionale organisaties op het gebied van gezondheid en arbeid, een belangrijke rol te spelen. Arbeid, gezondheid en arbocuratieve samenwerking dienen een plaats te krijgen op de beleidsagenda van de ROS’en.

Goede perspectieven

Weeffouten in de afstemming en samenwerking moeten verdwijnen. Onze gezamenlijke inspanningen kunnen daar een bijdrage aan leveren. De veranderende wetgeving (Zorgverzekeringswet, Arbowet) maakt het in de toekomst misschien mogelijk dat de bedrijfsarts in of nabij of samen met de huisartsenvoorziening gaat werken. Deze kan, als onafhankelijke en goed toegankelijke deskundige, helpen arbeidsrelevante gezondheidsklachten en verzuim tegen te gaan.

Wij zijn ervan overtuigd dat deze publicatie zal bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van arbocuratieve afstemming en samenwerking, en aan de verankering daarvan in regionale zorgstructuren.

Pieter Rodenburg

voorzitter Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Inleiding

Waarom moet de bedrijfsarts deel gaan uitmaken van de integrale eerstelijnszorg en wat zijn daarbij de hindernissen, uitdagingen en kansen?

Om de kwaliteit van de zorg aan werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen te verbeteren en zo te komen tot verbetering van de gezondheid én vermindering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, zou het zinvol zijn dat de bedrijfsarts deel gaat uitmaken van de integrale eerstelijnszorg, overigens zonder de contacten met de tweede lijn daaronder te laten lijden. Dat is het doel dat de NVAB zich heeft gesteld. Deze publicatie is een eerste stap op weg daar naartoe.

Op dit moment hebben bedrijfsartsen geen positie in de eerste lijn. Zij hebben die ook nooit gehad. Enerzijds door de al uit 1888 stammende scheiding van behandeling en controle en anderzijds vanwege de financiering van de bedrijfsgezondheidszorg, die altijd los heeft gestaan van de reguliere gezondheidszorg. De bedrijfsarts maakt nog vooral deel uit van de sociale zekerheid en niet van de zorg. Deze situatie heeft er onder meer toe geleid dat de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen, specialisten en andere zorgprofessionals te wensen overlaat, dat hun kennis, kunde en inzet te weinig zichtbaar is, de bedrijfsarts een matig imago heeft en dat de curatieve sector onvoldoende oog heeft voor de factor arbeid.

De nadelen daarvan zijn duidelijk. In de eerste plaats is het slecht voor de werknemer die met een arbeidsrelevante aandoening uitvalt. De huisarts en specialist hebben nog te weinig oog voor en expertise ten aanzien van de invloed van het werk op de ziekte en omgekeerd. De slechte communicatie en gebrekkige samenwerking met bedrijfsartsen leiden soms tot tegenstrijdige adviezen en de behandeling belemmert soms de reïntegratie. Verwijzing naar de vaak wel effectieve tweedelijnsarbozorg is afhankelijk van de medewerking van de werkgever of afspraken met een inkomensverzekeraar. In de tweede plaats is het ook nadelig voor de werkgever, omdat het verzuim langer duurt dan noodzakelijk. En uiteindelijk wordt ook de samenleving als geheel gedupeerd, vanwege de stijgende kosten van verzuim en arbeidsongeschiktheid en een ondoelmatige inzet van gezondheidszorgmiddelen.

In de afgelopen jaren zijn er verschillende initiatieven geweest om de samenwerking tussen bedrijfsartsen en curatieve artsen te versterken. Op initiatief van de NVAB is veel gedaan aan de professionalisering en positionering van de bedrijfsarts, onder meer door het formuleren van kerntaken en competenties, het opstellen van een Beroepscode, Beroepsprofiel en Professioneel statuut en het ontwikkelen van evidence based richtlijnen. Sinds 2004 heeft de bedrijfsarts bovendien de mogelijkheid werknemers met een arbeids-

relevante aandoening op kosten van de zorgverzekeraar rechtstreeks te verwijzen naar de reguliere gezondheidszorg.

Verder zijn er de afgelopen jaren door verschillende partijen talrijke initiatieven ontplooid om te komen tot betere arbocuratieve samenwerking met zowel de eerste- als tweedelijsgezondheidszorg.

De overheid stimuleert de toenadering tussen sociale zekerheid en zorg op een breed terrein. Op den duur kan dat het einde betekenen van de strikte scheiding tussen behandeling en controle en meer samenhang in de financiering bewerkstelligen.

Werkgevers en werknemers krijgen meer verantwoordelijkheid. De werelden van bedrijfsartsen en curatief werkende artsen zullen meer op één lijn gebracht worden. Er zal een transparante preventie- en reïntegratiemarkt moeten ontstaan om de keuzemogelijkheden van werkgevers te verbeteren. Zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars zullen dichter bij elkaar gebracht worden. Naast de aanpassingen in de Arbowet is de Zorgverzekeringswet die op 1 januari 2006 in werking moet treden, daarbij één van de belangrijkste instrumenten.

De bedrijfsarts speelt een belangrijke rol in de integrale ketenzorg van preventie, verzuim, curatie, conflictoplossing en reïntegratie. Maar dat geldt evenzeer voor de curatieve sector, de werkgevers en werknemers, arbodiensten en reïntegratiebedrijven, tweedelijsarbozorg en zorg- en inkomensverzekeraars. De samenwerking tussen deze partijen is gebaat bij een duidelijke positie van de bedrijfsarts in de eerste lijn, met heldere lijnen naar alle andere partijen.

Om zich een positie in de eerste lijn te verwerven kunnen bedrijfsartsen verschillende wegen bewandelen. Zij kunnen zich blijven inspannen voor arbocuratieve samenwerking door middel van gezamenlijke nascholing, ministages, etc. Zij kunnen zich aansluiten bij eerstelijsgezondheidszorginstellingen en ze kunnen zich richten op de circa 25 regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) die momenteel in het hele land worden opgericht. Wanneer bedrijfsartsen erin slagen daar de factor arbeid op de agenda te krijgen, kan de bedrijfsarts zich gaan profileren als onderdeel van de integrale eerstelijszorg. Deze strategieën worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 3.

I De huidige positionering van de bedrijfsarts

Dat bedrijfsartsen geen positie hebben in de eerste lijn, komt onder meer door de scheiding van behandeling en controle en door de wijze van financiering: de bedrijfsgezondheidszorg heeft altijd los gestaan van de reguliere zorg. De bedrijfsarts maakt meer deel uit van de sociale zekerheid dan van de gezondheidszorg.

I.1 Historische scheiding van behandeling en controle

In 1888 besloot de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst tot een scheiding van behandeling en controle. Dit gebeurde op verzoek van de behandelende artsen met als aanleiding de kwestie van de 'ziekenbriefjes'. Het argument om tot de scheiding te besluiten was de onafhankelijkheid van de beoordelaar voor het toekennen van een uitkering. Bovendien zou de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt met deze scheiding worden ondersteund. De scheiding tussen behandeling en controle bestaat tot op de dag van vandaag.¹⁾

I.2 Financiering en organisatie

De scheidingslijn tussen reguliere zorg en arbozorg wordt bepaald door verschillen in financiering en organisatie van de zorg. Binnen de reguliere zorg zijn de belangrijkste marktpartijen de zorgaanbieders (ziekenhuizen, behandelcentra, eerstelijnszorg, paramedici, etc.), de zorgvragers en de zorgverzekeraars, met de overheid om de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid te waarborgen. In de arbozorg gaat het om werkgevers, werknemers, arbodiensten, zelfstandig werkzame kerndisciplines, (medische) reïntegratiebedrijven en inkomensverzekeraars.²⁾

I.2.1 Reguliere zorg en zorgverzekeraars

De reguliere zorg met zorgaanbieders als huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen, medisch specialisten, GGZ, thuiszorg, verpleging en verzorging wordt gefinancierd door:

- zorgverzekeraars (in Nederland circa vijftig):
 - particuliere ziektekostenverzekeraars;
 - ziekenfondsen op basis van de Ziekenfondswet (ZFW);
 - Instituut Zorgverzekering Ambtenaren Nederland (IZA) op basis van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren van lagere overheden;
- zorgkantoren op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moeten zorgaanbieders overeenkomsten sluiten met ziekenfondsen en voor de AWBZ met zorgkantoren.

Wat betreft de artsen zijn er 36 specialismen geregistreerd volgens de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), die globaal verdeeld kunnen worden in generalistische specialismen (de huisarts en arts voor maatschappij en gezondheid), specialistische specialismen (medisch specialisten met uitzondering van de kinderarts) en een aantal specialismen daar tussenin (bedrijfsarts, verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten en kinderarts). Generalistische specialismen zijn persoonsgericht, werken lokaal en vaak wijkgebonden, kennen weinig of geen tariefsdifferentiatie (budget-financiering, abonnementshonorarium en/of consulttarief) en weinig of geen marktwerking. De specialistische specialismen zijn georganiseerd rondom bepaalde ziekten, niet lokaal georganiseerd, kennen tariefsdifferentiatie (DBC's: Diagnose Behandeling Combinaties) en marktwerking (privé-klinieken). Wat betreft het zorgaanbod staat de bedrijfsarts er, net als bijvoorbeeld de verpleeghuisarts, tussenin.

Ongeveer tweederde van de Nederlandse bevolking is momenteel voor kosten van de reguliere op genezing gerichte zorg (cure) via het ziekenfonds verzekerd (werknemers met een inkomen onder de loongrens). De rest is verzekerd bij een particuliere verzekeraar (werknemers met een inkomen boven de loongrens) of bij het IZA (kent geen loongrens). Daarnaast is iedereen verplicht verzekerd op basis van de AWBZ.

Particuliere ziektekostenverzekeraars

Particuliere ziektekostenverzekeraars bieden van oudsher landelijke ziektekostenverzekeringen aan en kennen daardoor een landelijke spreiding van hun verzekerden met slechts beperkte regionale concentraties van verzekerden. De verzekeringsportefeuilles van particuliere ziektekostenverzekeraars bestaan voor een belangrijk deel uit collectieve contracten met werkgevers. Er zijn zowel particuliere ziektekostenverzekeraars zonder als met winstoogmerk. Het streven naar winst op ziektekostenverzekeringen is over het algemeen beperkt (< 5% rendement). Door verzekeringsmaatschappijen met winstoogmerk worden ziektekostenverzekeringen vooral aangeboden om andere verzekeringsproducten – waarop eenvoudiger winst kan worden behaald – beter te verkopen.

Ziekenfondsen

Bijna alle ziekenfondsen bieden momenteel een landelijke ziekenfondsverzekering aan. Omdat ziekenfondsen voorheen regionaal georganiseerd waren, beschikken bijna alle ziekenfondsen over een grote regionale verzekeringsportefeuille in hun regio('s) van herkomst. Dit laatste geldt bijvoorbeeld niet voor OHRA, dat als ziekenfonds pas later is opgericht en van het begin af aan een landelijke ziekenfondsverzekering aanbiedt. Ziekenfondsen streven veelal naar een sterke positie in de regio om rechtstreeks met zorgverleners te kunnen onderhandelen. Ziekenfondsen kennen weinig collectieve contracten met werkgevers. Als publiekrechtelijke verzekering hebben ziekenfondsen geen winstoogmerk.

IZA

Vrijwel alle Nederlandse gemeenten zijn bij IZA aangesloten. Maar bijvoorbeeld ook de provincie Limburg, nutsbedrijven, waterschappen en academische ziekenhuizen maken gebruik van de IZA Ziektekostenregeling. De verzekeringsportefeuille van het IZA bestaat uit collectieve contracten met werkgevers. De grondslag voor de IZA-regeling ligt in de ambtenarenwet. Het is een gemeenschappelijke regeling op basis van de Wet gemeenschappelijke regelingen en de Provinciewet. Onlangs is het IZA gefuseerd met zorgverzekeraar VGZ (ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeraar).

Collectieve contracten

Bij particuliere zorgverzekeringen is in ongeveer de helft van de gevallen sprake van een collectief contract dat de werkgever ten behoeve van zijn werknemers met een particuliere ziektekostenverzekeraar heeft afgesloten. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen echte collectieve contracten en begunstigingscontracten. Bij echte collectieve contracten is sprake van verplichte deelname: iedereen die deel uitmaakt van een bepaalde groep (bedrijf, vereniging) is automatisch aangesloten. Bij een begunstigingscontract kiezen mensen of ze al dan niet willen deelnemen aan het door werkgever en verzekeraar afgesloten collectieve contract. Bij beide typen betaalt de werkgever mee in de premie en meestal worden verzekerden zonder medische selectie geaccepteerd.

Collectieve contracten vormen tegenwoordig een integraal onderdeel van de arbeidsvoorwaarden. Uit gegevens van onderzoeksbureau MarktConcern blijkt dat vooral grotere bedrijven collectieve contracten afsluiten. In 2005 hebben van de bedrijven met meer dan 100 werknemers 77% een collectief contract, van de bedrijven met 20-99 werknemers 52% en van de kleinere bedrijven 35%. Omdat ziekenfondsen wettelijk verplicht zijn voldoende zorg te leveren aan hun verzekerden (zorgplicht in natura: naturastelsel) sluiten zij overeenkomsten met instellingen en aanbieders van zorg. Ze zijn dus zowel actief op de zorgverzekeringsmarkt als op de zorginkoopmarkt. Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben een dergelijke zorgplicht niet. Zij vergoeden de kosten die de verzekerden hebben gemaakt (restitutiestelsel), eventueel na aftrek van het eigen risico.

Diagnose Behandeling Combinatie

Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB, het geïntegreerde zorgaanbod van het ziekenhuis en de daaraan verbonden medisch specialisten) declareert ongeveer 10% van de kosten van zijn zorgaanbod met ingang van 2005 op basis van de DBC-systematiek. Een Diagnose Behandeling Combinatie is een combinatie van product en prijs. Een DBC omvat alle activiteiten van het GMSB die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt, dus zorgvraag, zorgtype, diagnose en behandeling. Aan elke DBC kan een prijskaartje worden gehangen. In de prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg.

In totaal zijn op dit moment ongeveer 20.000 DBC's vastgelegd, waarbij in de praktijk blijkt dat met 20 DBC's ongeveer 80% van alle verschillende zorgvragen is te typeren. Het DBC-systeem vervangt het vroegere stelsel van zogenoemde functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsum-financiering van medisch specialisten. De invoering wordt gezien als een belangrijk instrument in de overgang naar een meer vraaggestuurd stelsel voor de gezondheidszorg. Het overheidsbeleid is er op gericht om het percentage van het zorgaanbod van het GMSB dat via DBC's wordt gefinancierd, stapsgewijs zo ver mogelijk op te voeren. De acute zorg die het GMSB aanbiedt, blijft waarschijnlijk ook op de lange termijn buiten de DBC-systematiek (zie verder bijlage 4).

1.2.2 Arbodienstverlening, arbozorg en inkomensverzekeringen

Arbodienstverlening

Arbodienstverlening en arbozorg worden grotendeels gefinancierd door werkgevers en inkomensverzekeraars. Sinds 1994 is de verantwoordelijkheid van de werkgever voor goede arbeidsomstandigheden en actieve betrokkenheid bij het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid aanzienlijk vergroot. Financiële prikkels stimuleren werkgevers tot het voeren van een actief preventie- en reïntegratiebeleid. Als gevolg van deze wetgeving is een actieve markt ontstaan voor preventie en verzuimbegeleiding (arbodiensten), tweedelijnsarbozorg en reïntegratie (al dan niet medische reïntegratiebedrijven) en verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (inkomensverzekeraars). De keerzijde hiervan is een toename van het selecteren van personeel op gezondheid.³⁾

Arbozorg

Sinds 1998 zijn alle werkgevers verplicht zich voor een aantal taken te laten ondersteunen door een gecertificeerde arbodienst. Ze kunnen zelf een arbodienst oprichten of zich aansluiten bij een externe arbodienst. Arbodiensten zijn private ondernemingen en concurreren met elkaar om de contracten van de werkgevers. Ten gevolge van fusies en overnames is het aantal arbodiensten de laatste jaren teruggelopen. De markt is grotendeels in handen van vijf grote landelijk opererende arbodiensten: ArboUnie, ArboNed, Achmea Arbo, Commit en Maetis.

Belangrijk onderdeel van de arbozorg zijn (medische) reïntegratie- en interventiebedrijven. Deze leveren veelal multidisciplinaire arbocuratieve zorg in een commerciële setting. Het gaat om activiteiten als medische begeleiding en hulpverlening, sociale activering, motivering en oriëntatie, arbeidsbemiddeling en (her)plaatsing, her-, om- en bijscholing, regie en bemiddeling. Aanvankelijk waren reïntegratiebedrijven vooral actief in het organiseren van het reïntegratietraject waarin zij met name een bemiddelende rol vervulden. Voor de concrete interventies schakelden zij interventiebedrijven in. Inmiddels bieden steeds meer reïntegratiebedrijven ook zelf interventies aan, waardoor het onderscheid tussen reïntegratie- en interventiebedrijven vervaagt. De reïntegratiebedrijven werken voor werkgevers, maar ook voor UWV. Ruim eenderde van de bedrijven richt zich op

bijstandsgerechtigden en een kwart van de markt bemoeit zich met WW-ers en andere uitkeringsgerechtigden.

Inkomensverzekeringen

De markt van inkomensverzekeringen kent een beperkt aantal grote spelers, die met elkaar ruim 80% van de markt dekken en een groot aantal kleinere spelers. Bij de overige algemene schadeverzekeraars maken verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen deel uit van het totaal aanbod van verzekeringen.

Uit cijfers van onderzoeksbureau MarketConcern blijkt dat het percentage bedrijven met een verzuimverzekering vanaf 2000 stagneerde, maar in 2004 weer een groei kende door de verlenging van de verzuimrisicoperiode van 1 naar 2 jaar (in 2003 59%, in 2004 67%). Er is sprake van terugloop bij grotere bedrijven, terwijl 30% van de kleine bedrijven onverzekerd is. In 2005 heeft van de bedrijven met meer dan 100 werknemers 19% een verzuimverzekering (in 2001 nog 33%), van de bedrijven met 20 tot 99 werknemers 52% (in 2001 57%) en van de kleinere bedrijven 70% (in 2001 59%).

Steeds meer inkomensverzekeraars ondersteunen werkgevers bij de reïntegratie-inspanningen en zijn ook bereid om een deel van de reïntegratiekosten mee te financieren. Zij hebben daar immers vanuit de verplichting tot uitbetaling van de verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekering een eigen belang bij. De inkomensverzekeraars bieden werkgevers ondersteuning om grip te krijgen op de schadelast maar ook om hen te stimuleren tot preventie via goede arbeidsvoorwaarden, een goed arbeidsomstandighedenbeleid en een actief reïntegratiebeleid.

De reïntegratieactiviteiten van de inkomensverzekeraars uiten zich in bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling, reïntegratiebegeleiding, financiering van trajecten, de inzet van psychologische zorg, conflictbemiddeling en (om)scholing. De vijf grootste verzekeraars gaan daarin het verst en bieden eigen arbo- en (medische) reïntegratiediensten. Zij nemen veelal deel in of zijn eigenaar van medische reïntegratiebedrijven en zelfstandige behandelcentra of privé-klinieken. Verzekeraars zoeken hierbij steeds méér de samenwerking met arbodiensten en uitzendbureaus van medische professionals om deskundigheden te bundelen.

1.2.3 Groeiende verwevenheid

De grote concerns zijn behalve ziektekostenverzekeraar (vaak zonder winstoogmerk) ook nogal eens verzuimverzekeraar (met duidelijk winstoogmerk), hebben eigen arbodiensten en soms eigen reïntegratiebedrijven of privé-klinieken. Ook voeren ze andere vormen van schade-, levens- en pensioenverzekeringen en bieden ze financiële dienstverlening vanuit banken. Dat maakt hen tot belangrijke spelers in het veld en belangrijke gesprekspartners voor politiek en beleidsmakers. De betekenis hiervan voor arbodiensten en bedrijfsartsen

komt in hoofdstuk 2 nader aan de orde bij het schetsen van mogelijke toekomstmodellen naar aanleiding van de veranderingen in de Arbowet (“Maatwerkregeling”) en de nieuwe Zorgverzekeringswet.

In schema 1 is een overzicht opgenomen van de ketens van zorg en zekerheid.

Zorgvuldig en verantwoord gebruik van persoonsgegevens en medische informatie is een punt van zorg nu zoveel verschillende partijen zich met zorg en sociale zekerheid (gaan) bemoeien. In februari 2005 kondigden de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan hierover afspraken te gaan maken met als specifieke aandachtspunten de risicoselectie bij aanvullende zorgverzekeringen, het koppelen van bestanden, de toegang tot medische gegevens en, in uitzonderlijke gevallen, medische dossiers. Het streven is deze afspraken vóór 1 januari 2006 op te nemen in de gedragscode van de zorgverzekeraars. Het College Bescherming Persoonsgegevens schreef over de verwevenheid het volgende:

“Er bestaat in de huidige situatie onduidelijkheid over de bevoegdheden en beperkingen van verzekeraars om persoonsgegevens te ontvangen en te verwerken. Dit is een onwenselijke situatie, zeker gelet op het feit dat de rol die verzekeraars in ons maatschappelijk bestel innemen de komende jaren alleen maar groter wordt. Verzekeraars – veelal onderdeel van grote financiële concerns – beschikken al over zeer veel gegevens omdat ze behalve ziektekostenverzekeraar ook vaak schade-, levens- en pensioenverzekeraars zijn en financiële dienstverlening binnen het bankwezen leveren. Door de nieuwe taken op grond van de WIA, maar bijvoorbeeld ook de nieuwe Zorgverzekeringswet, krijgen deze financiële concerns de beschikking over nog veel meer (medische) persoonsgegevens.

Dat levert een potentieel invloedrijke informatiepositie op waarvan tot op heden niet goed duidelijk is of en zo ja onder welke voorwaarden die mag worden benut.”

Zowel CBP als de KNMG hebben aan de vaste kamercommissie van SZW laten weten:

“Wat betreft de WIA is er naast de beschikking over een groot aantal (medische) persoonsgegevens en daardoor de enorme informatiepositie die de verzekeraar heeft, nog een extra bron van zorg. Het gaat om de persoonsgegevensverwerkingen bij reïntegratiebedrijven en verzekeraars, en de onderlinge gegevensverstrekkingen tijdens een reïntegratietraject in opdracht van UWV (zoals bij werknemers die onder de regeling voor gedeeltelijk arbeidsgeschikten vallen).”

1.3 De bedrijfsarts in kort bestek

Historisch gezien waren er bij het begin van de industrialisering, eind 19e eeuw, al artsen (fabrieksdokters) die in de fabrieken kwamen. De arbeidsomstandigheden leidden tot veel invaliditeit, maar echt preventief werken deed men niet. Als grondlegger van de bedrijfsgezondheidszorg kan Samuel Coronel (1827-1892) worden gezien. In 1872 publiceerde hij twee hoofdstukken in het *Handboek der openbare gezondheidsregeling en der geneeskundige politie met het oog op de behoeften en de wetgeving van Nederland* van L. Ali Cohen. In 1890 kwam de

Schema 1 Ketens Zorg en Zekerheid

Concern	Inkomens-verzekeraar	Zorgverzekeraar	Arbodienst	Zorgconcepten	Reïntegratie-bedrijf
Achmea	Achmea Inkomens Verzekering · Centraal Beheer · Avéro, Levob · FBTO	Zilveren Kruis Groene Land PWZ	Achmea Arbo	VerzuimAlert (Avéro), VerzuimBasis (Centraal Beheer), Achmea Health VerzuimFlex	Argonaut LTC Pim Mulier Winnock Ten Tije Fitness
Rabo	Interpolis		Commit Beon Prevend	VerzuimBeheersings- Arrangement Werk-Attent	Salto
PGGM + VGZ	Careon	VGZ (BedrijfsZorgPakket)	Maetis	ZorgKompas (i.s.m. NN)	Falke & Verbaan (Keerpunt)
ING + Fortis	Nationale Nederlanden Amersfoortse	ONVZ DSW	ArboDuo	ZorgKompas (i.s.m. NN)	Keerpunt
Menzis	Geové Confior	RZG Amicon NVS Rijmond	Ardyn	Menzis WerkGezond	Prové
ING+ Fortis+ Achmea + Delta Lloyd	Nationale Nederlanden Amersfoortse Centraal Beheer Delta Lloyd		ArboNed	ZorgKompas (i.s.m. NN)	(Keerpunt)
Calder Groep			De Boer & Rienks	Alexander Calder Verzuimbegeleiding Alert	Alexander Calder Arbeidsreïntegratie Fysergo
Delta Lloyd	Delta Lloyd/Ohra	Nuis	ArboUnie ArboNed	VerzuimEffect	
AEGON	AEGON	AEGON	KLM Arbo Services	Gezond Werkplan	Capability
AGIS	Cardian	AGIS	ADD Arbo	AGIS VerzuimManager	
ABP	Loyalis Verzekeringen	Ziektekostenplan (VGZ)	Maashorst Arbo Advies	Mens en Werk	Loyalis
AXA	AXA		Hudson	VerzuimGrip	Hudson
De Goudse	De Goudse	VGZ	ADD Arbo	VerzuimVizier	Capability

BRON: MARKETCONCERN, APRIL 2005

Arbeidswet met onder andere bepalingen over vrouwen en jeugdigen, in 1895 gevolgd door de Veiligheidswet. Ook waren er afzonderlijke wetten voor verschillende bedrijfstvormen.

Na 1920 werden bij Philips in Eindhoven artsen aangesteld om de tuberculoseproblematiek te bespreken. Zo ontstonden de aanstellingskeuringen: men wilde voorkomen dat er mensen met open tuberculose aan het werk gingen met besmettingsgevaar voor de andere werknemers. Deze keuringen zijn voor overheidspersoneel nog tot 1978 standaard uitgevoerd. Bedrijfsartsen kregen geleidelijk meer taken op het gebied van preventie en van begeleiding van zieke werknemers, terwijl er daarnaast verzekeringsartsen waren die de 'claimbeoordeling' deden.⁴⁾



Het takenpakket van de bedrijfsarts veranderde in 1994 abrupt toen werkgevers zelf verantwoordelijk werden voor het verzuim, waarbij bedrijfsartsen nu wel werden ingeschakeld. De bestaande bedrijfsgezondheidsdiensten werden arbodienst en commerciëler, terwijl ook nieuwe arbodiensten werden opgericht, vaak vanuit bedrijfsverenigingen. Bedrijfsartsen werken overwegend binnen deze arbodiensten, veelal in multidisciplinaire teams met andere professionals op het gebied van arbeidsomstandigheden (veiligheidskundige, arbeidshygiënist, A&O-deskundige, arboverpleegkundige, ergonom, etc.).⁵⁾

1.3.1 Deskundigheid en taken van de bedrijfsarts

Het aantal bedrijfsartsen werkzaam in Nederland in 2004 bedraagt ongeveer 2.500 (ter vergelijking: het aantal huisartsen in Nederland bedraagt circa 8.000). Hun deskundigheid en taken liggen op het terrein van preventie en verzuimbegeleiding in samenwerking met anderen.

De NVAB heeft voor bedrijfsartsen de volgende kerntaken geformuleerd:

- a. het preventief bewaken van de gezondheid van werkenden en het signaleren van ongezond werk;
- b. het bij een werkende herkennen, diagnosticeren en behandelen van arbeidsrelevante klachten of van een (dreigende) beroepsziekte of arbeidsongeschiktheid;
- c. het actief volgen en begeleiden naar herstel van werkenden die verzuimen, gericht op behoud van werk en (re)integratie;
- d. het adviseren hierover aan individuele werknemers, werknemersvertegenwoordigers en werkgevers.

Preventie

Sinds de invoering van de Arbwet in 1994 heeft iedere werknemer een bedrijfsarts. Bedrijfsartsen beschikken over specifieke deskundigheid voor het beoordelen van de relatie tussen werk en gezondheid. Daarbij gaat het zowel om werk dat leidt tot gezondheidsproblemen als om gezondheidsproblemen die het werk(en) belemmeren, dus om arbeidsrelevante klachten en aandoeningen.

Bedrijfsartsen hebben tot taak de gezondheid van werknemers te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Het gaat om preventie én begeleiding, zowel collectief als individueel. De bedrijfsarts richt zich primair op herstel van de balans tussen belasting en belastbaarheid van de werknemer. Hij brengt daartoe, zo nodig samen met andere arbodeskundigen, de belastende factoren in kaart en gaat na in hoeverre die zijn op te heffen of te verminderen. De werknemer speelt daarbij zelf een centrale en actieve rol.

Een bedrijfsarts is deskundig in het onderzoeken en beoordelen van de effecten van arbeidsomstandigheden op de gezondheid van werknemers. Passend werk, onder goede arbeidsomstandigheden, zal doorgaans bijdragen aan (herstel van) gezondheid en welzijn. Het is een taak van de bedrijfsarts ongezonde werksituaties tijdig te signaleren en te bevorderen dat ze worden verbeterd.

Tot het preventieve takenpakket behoren naast advisering over arbeidsomstandigheden, ook het opsporen van risico's voor ziekten en het tijdig signaleren van beroepsziekten. Daarbij maakt de bedrijfsarts onder meer gebruik van de bevindingen uit de periodieke risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E), het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en de informatie uit het open arbeidsomstandighedenspreekuur.

Gezond werk: arbeidsomstandigheden in Nederland

Hoewel gezond werk in ieders belang is en de werkomstandigheden de afgelopen decennia aanzienlijk zijn veranderd en verbeterd, blijft aandacht ervoor noodzakelijk. In eerste instantie is dat een taak van de bedrijven en instellingen zelf. De Arboret verplicht werkgevers ervoor te zorgen dat hun werknemers veilig en gezond kunnen werken. Om dat te bereiken kunnen ze de hulp inroepen van allerlei deskundigen, niet in de laatste plaats de zogenaamde kern-deskundigen binnen de gecertificeerde arbodiensten (bedrijfsartsen, veiligheidskundigen, arbeidshygiënisten en A&O-deskundigen). De Arbeidsinspectie houdt toezicht op de arbeidsomstandigheden en controleert steekproefsgewijs hoe bedrijven ermee omgaan.

De stand van zaken op het gebied van de arbeidsomstandigheden wordt ieder jaar beschreven in de Arbobalans. Daaruit blijkt steeds weer dat er nog genoeg te verbeteren valt. Zo blijkt uit de Arbobalans 2004 dat werknemers nog regelmatig te maken hebben met:

- repeterende bewegingen (57%);
- langdurig in dezelfde houding werken (43%);
- blootstelling aan gevaarlijke stoffen (35%);
- werkdruk (31%);
- intimiderend gedrag door klanten (25%);
- kracht zetten (22%);
- schadelijk geluid (13%);
- zware lasten tillen (11%).

Ook worden mensen nog regelmatig ziek van hun werk, getuige de meldingen van beroepsziekten bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Daar werden in 2003 aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat, inclusief RSI, het meest gemeld (39%). Gevolgd door gehoorbeschadiging (ruim 25%) en psychische aandoeningen als overspannenheid en burnout (23%).

BRON: ARBOBALANS 2004, MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID, SEPTEMBER 2004

Verzuimbegeleiding

Naast de preventieve taken adviseert de bedrijfsarts zowel de werknemer als de werkgever over werkhervatting en reïntegratie. In het kader daarvan onderzoekt de bedrijfsarts de mate van arbeidsgeschiktheid voor het eigen werk en eventuele mogelijkheden voor ander werk. Deze activiteiten maken onderdeel uit van de sociaal-medische begeleiding (SMB): de gezamenlijke inspanningen van werkgever, bedrijfsarts en curatieve sector om samen met de werknemer de balans tussen belasting en belastbaarheid in evenwicht te houden of te brengen. SMB kan gericht zijn op de aanpak van werkhervatting of reïntegratie, maar ook ingezet worden bij werknemers die nog aan het werk zijn.



Uiteindelijk is de werkgever de eerstverantwoordelijke voor begeleiding van zieke werknemers. Bij de meeste ziekmeldingen speelt de bedrijfsarts dan ook geen rol, omdat de werknemer snel weer aan de slag gaat. Omdat uit onderzoek bekend is dat na twee weken verzuim het risico op langdurig uitvallen sterk toeneemt, is in veel bedrijven afgesproken dat een zieke werknemer na veertien dagen een uitnodiging krijgt voor het spreekuur van de bedrijfsarts. Om te voldoen aan de Wet verbetering poortwachter, is de werkgever in ieder geval verplicht de bedrijfsarts een probleemanalyse en reïntegratieadvies te vragen vóór de zesde week na de ziekmelding. Daarna begeleidt de bedrijfsarts de zieke werknemer volgens het overeengekomen reïntegratieplan en evalueert hij periodiek de voortgang van dit traject met werkgever, werknemer en andere betrokken hulpverleners.

Het is bij dit alles de werkgever die beoordeelt of een verzuimende werknemer recht heeft op loondoorbetaling. Claimbeoordeling en controle zijn geen taken van de bedrijfsarts, al zal de werkgever zich meestal wel baseren op het advies van de bedrijfsarts. Als de verzuimende werknemer het niet eens is met dat advies kan hij een deskundigenoordeel (second opinion) aanvragen bij UWV. Is de verzuimende werknemer het niet eens met de op basis daarvan genomen beslissingen, dan kan hij een gerechtelijke procedure starten.

Samenwerking

Bedrijfsartsen werken vrijwel altijd samen met andere deskundigen binnen én buiten de arbodiensten. Bedrijfsartsen zijn van huis uit teamspelers, dat brengt het vak met zich mee. Wanneer de bedrijfsarts mogelijke risico's op een werkplek wil vaststellen of nader laten onderzoeken, dan zal hij daar een ergonomo, arbeidshygiënist, veiligheidskundige of A&O-deskundige bij betrekken. Bij stagnerend herstel kan de bedrijfsarts een arbeidsdeskundige raadplegen. Regelmatig zal, zeker bij complex verzuim, afstemming en samen-

werking met de huisarts of medisch specialist nodig zijn. Bij het opvragen en doorgeven van medische informatie is elke arts, ook de bedrijfsarts, gebonden aan de regels die hiervoor gelden binnen de Wet bescherming persoonsgegevens en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, welke nader zijn uitgewerkt door de KNMG.

Behandelen in de zin van bijvoorbeeld het voorschrijven van geneesmiddelen, het uitvoeren van kleine ingrepen of het toedienen van injecties behoort niet tot het takenpakket van de bedrijfsarts. Hij neemt contact op met de huisarts als hij op basis van zijn deskundigheid een bepaalde behandeling of verwijzing nodig acht. Hij kan de huisarts adviseren over arbeidsrelevante problemen in het algemeen en beroepsziekten in het bijzonder. Wanneer er een verband lijkt te bestaan tussen de gezondheidsklachten en het werk, kan de bedrijfsarts de werknemer op kosten van de zorgverzekeraar ook zelf verwijzen naar een medisch specialist, fysiotherapeut, oefentherapeut of naar de geestelijke gezondheidszorg.

Werkende chronisch zieken en arbeidsgehandicapten

- Ruim 36% van alle werknemers heeft één of meer chronische aandoeningen.
- De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn rug-nekproblemen (13%), migraine of ernstige hoofdpijn (6,9%), arm-handklachten (6,7%), longklachten (5,5%), been-voetklachten (5,2%), maag-darmstoornissen (3,4%) en psychische klachten (2,6%).
- Van de ruim 36% chronisch zieken voelt 21% zich belemmerd bij de uitvoering van het werk en ruim 15% niet.
- Overduidelijk is dat het hebben van een chronische aandoening en een arbeidshandicap met name leeftijdsgebonden is: hoe ouder, hoe meer deze verschijnselen voorkomen.
- Beroeps- en bedrijfsverschillen zijn beperkt en vooral leeftijdsafhankelijk.

BRON: TNO ARBEID. EERSTE RESULTATEN NATIONALE ENQUÊTE ARBEIDSSOMSTANDIGHEDEN 2003.
HOOFDDORP: TNO ARBEID, 2004.

1.3.2 Professionalisering van de bedrijfsarts

De NVAB streeft naar een (verdere) wetenschappelijke onderbouwing van het vak van bedrijfsarts en wil een adequate beroepsuitoefening bevorderen en bewaken. Om dat te bereiken stelt de NVAB zich de volgende doelen:

- bevorderen van de rol van de bedrijfsarts als medisch deskundige op het terrein van arbeid en gezondheid;
- bevorderen van de rol van de bedrijfsarts als 'samenwerker' in een multidisciplinair team, waar hij in veel gevallen de regie voert;
- bevorderen van de rol van de bedrijfsarts als behartiger van de gezondheidsbelangen van werknemers en werkzoekenden.

De NVAB streeft naar optimalisering van de rol van de bedrijfsarts en ziet bedrijfsartsen



als specialisten in arbeid en gezondheid, die proberen functioneringsproblemen op het werk te voorkomen of het functioneren op het werk te verbeteren. Zij zijn adviseur van werkgever en werknemer en stimuleren daarbij ieders verantwoordelijkheid. Soms verrichten bedrijfsartsen EHBO-taken of geven ze advies bij kleine kwalen. Zij verwijzen voor diagnostiek en behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen naar de curatieve sector, zo nodig in overleg met, maar in elk geval informerend naar de huisarts.

De NVAB spant zich in voor:

- verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg door implementatie van de NVAB-Richtlijnen (ondersteunend materiaal, scholing, pilotprojecten, hulpmiddelen) en het inrichten van een helpdesk/vraagbaak;
- betere (financiële en materiële) randvoorwaarden, waardoor er meer ruimte komt voor interventies van bedrijfsartsen en er meer aandacht is voor de preventieve taken van de bedrijfsartsen;
- uitbreiding van de doelgroepen waarop de zorg van toepassing is: vrijwilligers die werkzaamheden verrichten, uitzendkrachten, zelfstandigen (eventueel binnen de eerste lijn).

Beroepscode, Beroepsprofiel, Professioneel statuut

Met behulp van de beroepscode, het beroepsprofiel en het professioneel statuut is zowel voor bedrijfsartsen als voor de omgeving waarin zij werken vastgelegd wat het vak inhoudt, hoe de onafhankelijkheid gewaarborgd is en aan welke normen, waarden en gedragsregels bedrijfsartsen zich moeten houden. De documenten zijn in te zien op www.nvab-online.nl.

Richtlijnontwikkeling

In het kader van de professionalisering ontwikkelt de NVAB sinds 1999 evidence-based richtlijnen met als doel het verbeteren van de kwaliteit van het bedrijfsgeneeskundig handelen. Naast de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen voor het handelen van de bedrijfsarts, wordt vanuit het Kwaliteitsbureau NVAB ook deelgenomen aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen (onder regie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO) en worden samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) opgesteld.

Mogelijke bijdragen van bedrijfsarts aan behandeling van klinische problemen

Bij de diagnostiek kan de bedrijfsarts:

- Relevante gegevens aanleveren over de blootstelling aan gezondheidsbedreigende factoren in het werk van de betreffende werknemer.
- Een deskundig oordeel geven over de mogelijkheid dat deze blootstelling de aandoening (mede) veroorzaakt of het functioneren belemmert.
- In voorkomende gevallen zelf diagnostiek verrichten naar werkgerelateerde aandoeningen, zoals peak-flow metingen bij longproblemen.
- In voorkomende gevallen beoordelen in hoeverre het functioneren van een werknemer zou kunnen verbeteren.

Bij de behandeling kan de bedrijfsarts:

- Aangeven in hoeverre vermindering van de blootstelling in het werk de aandoening helpt te genezen of een recidief kan worden voorkomen.
- Aangeven in hoeverre preventieve maatregelen nodig zijn om de aandoening bij andere werknemers te voorkomen.
- Het bedrijf adviseren om preventieve maatregelen te nemen.
- Bij noodzakelijke werkverandering adviseren over de juiste procedures in het kader van de sociale zekerheid.

Bij de werkhervatting kan de bedrijfsarts:

- Aangeven op welke wijze werkhervatting het meest optimaal zal verlopen.
- Aangeven welke factoren werkhervatting het meest belemmeren of bevorderen.
- Het bedrijf adviseren om maatregelen te nemen die de werkhervatting bevorderen.

BRON: VERBEEK JH E.A. WERKENDE PATIËNTEN: TE WEINIG AANDACHT VOOR 'ARBEID' IN KLINISCHE RICHTLIJNEN. MEDISCH CONTACT 2004;59(20):810-2.

Verwijfsfunctie bedrijfsarts

Sinds 1 januari 2004 kan de bedrijfsarts op kosten van de zorgverzekeraar rechtstreeks verwijzen naar de reguliere eerste- en tweedelijnszorg, met name wanneer het gaat om arbeidsrelevante aandoeningen. De verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts is bedoeld om doelmatiger te verwijzen bij gezondheidsproblemen waarbij de kennis van de bedrijfsarts over de werksituatie en over de relatie tussen werk en gezondheidsklachten van belang is. Zo krijgen zieke werknemers sneller en efficiënter de hulp die ze nodig hebben.

Dat er ruim een jaar na de invoering van de verwijfsfunctie nog geen grote effecten te zien zijn, kan als volgt verklaard worden. Een eerste evaluatie in 2004 toonde aan dat arbodiensten problemen hadden met het sluiten van contracten met zorgverzekeraars, doordat het tijdsintensief is om maatwerk-contracten af te sluiten die per zorgverzekeraar verschillend kunnen zijn. In de loop van 2004 kwam deze contractering beter op gang, met name tussen grote arbodiensten en verzekeraars.

Werkgevers en medisch specialisten zijn soms nog onvoldoende op de hoogte van de nieuwe mogelijkheden van de bedrijfsarts.

De tweedelijnsarbozorg (bedrijfsgeneeskundige zorg buiten het WTG-circuit) is voor veel bedrijfsartsen bekend terrein en aantrekkelijk, omdat ze betere afspraken kunnen maken over het tijdspad en de terugkoppeling. Ook is de tweedelijnsarbozorg beter ingesteld op de relatie werk en gezondheid dan de reguliere gezondheidszorg.

Overigens toonde de evaluatie in 2004 ook aan dat de verwijfsfunctie tot dan toe niet had geleid tot medisch shoppen of medicaliseren.

Ook bleek dat in regio's waar de samenwerking tussen de huisarts en de bedrijfsarts goed is, de verwijzingen veelal via de huisarts gaan.

In de zomer van 2005 verschijnen de uitkomsten van het volledige evaluatieonderzoek.

1.4 Probleemstelling

Het feit dat de bedrijfsarts momenteel deel uitmaakt van arbodienstverlening en sociale zekerheid en niet van de reguliere gezondheidszorg, leidt ertoe dat de bedrijfsgeneeskunde weinig zichtbaar is, dat de samenwerking tussen bedrijfsartsen, huisartsen, specialisten en andere zorgprofessionals te wensen overlaat, dat de bedrijfsarts een matig imago heeft en dat de curatieve sector nauwelijks oog heeft voor de factor arbeid.

1.4.1 Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking

Uit historische overzichten over samenwerking tussen bedrijfsartsen en artsen in de curatieve sector, blijkt dat problemen rondom de gebrekkige communicatie tussen de curatieve sector enerzijds en de bedrijfs- en verzekeringsartsen anderzijds al heel lang bekend zijn.^{6,7)} De thema's waarbij dit onderwerp aan de orde kwam waren de wachttijdenproblematiek, de onbekendheid van behandelende artsen met verzuim van hun patiënten (de factor arbeid), de te optimistische schatting door behandelende artsen van werkhervatting en te weinig onderlinge coördinatie.

In haar proefschrift gaat Nauta in op de gebrekkige samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen en ze komt met een overzicht van de in de literatuur vermelde knelpunten in vier clusters:⁸⁾

Schema 2 Overzicht knelpunten samenwerking huisarts en bedrijfsarts

Soort knelpunt	Voorbeeld
Juridisch-ethisch	Informatie-overdracht met informed consent
Structureel	Te veel accent op de tweede lijn Te veel verrichtingen Te weinig aandacht voor preventie Te weinig evaluatie van behandelmethoden Arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg
Praktisch	Bereikbaarheid Tijd Financiële vergoeding
Sociaal-psychologisch	Vertrouwen Twijfel aan onafhankelijke positie van de bedrijfsarts Domeinstrijd Onduidelijke taakafbakening Onduidelijke positie bedrijfsarts Te weinig kennis over elkaars deskundigheid Statusverschillen Belangentegenstellingen en competentiekwesties Afhankelijkheid

BRON: NAUTA AP. EEN VERTROUWENSKWESTIE? OVER HET SAMENWERKEN VAN HUISARTSEN EN BEDRIJFSARTSEN [DISSERTATIE]. DELFT/HEERLEN, 2004.

1.4.2 Het imago van de bedrijfsarts

Om na te gaan wat bedrijfsartsen van zichzelf vinden voerde de NVAB in 2002 een positioneringsonderzoek uit waarin leden hun visie gaven op de positie van de bedrijfsarts.⁹⁾ Op dat moment bleek een deel van de bedrijfsartsen te worstelen met de eigen beroeps-identiteit; vooral de keuze tussen de rol van ‘generalist’ of van ‘specialist’ was lastig. Ze bepleitten een uitbreiding van hun preventieve taken, zowel op individueel als collectief niveau en beperking van beoordelende en controlerende werkzaamheden. Het heikele punt van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts blijkt in de praktijk vaak ‘een zaak van wikken en wegen’, al dacht een ruime meerderheid dat het ook een imago probleem is. Van de leden vindt 80% dat de status van de bedrijfsarts moet worden verhoogd. De NVAB

is de eerst aangewezen om daar invulling aan te geven en lanceerde daarom in 2004 een ‘Ophelderingscampagne’ die werkgevers, werknemers en collega-artsen moet tonen waar bedrijfsartsen voor staan, wat hun deskundigheid is en hoe ze dat in de praktijk waar-
maken. Op de website www.jebedrijfsarts.nl is er alles over te vinden.

In hetzelfde positioneringsonderzoek in 2002 werd ook gesproken met voor de NVAB belangrijke relaties zoals werkgevers, werknemers, overheid, verzekeraars en huisartsen-vertegenwoordigers. De beeldvorming over ‘de bedrijfsarts’ leek in deze groepen sterk beïnvloed door vooronderstellingen, getuige de twijfel en aarzeling die bleek toen de rol van de bedrijfsarts aan de orde was. Bedrijfsartsen werden niet gezien als homogene groep. Men wilde graag vertrouwen op de professionaliteit van de bedrijfsarts, maar twijfelde tegelijkertijd aan de vakkundigheid van een deel van de beroepsgroep. Het bewaren van het beroepsgeheim en het verstrekken van informatie waren gevoelige punten. Over de onafhankelijkheid heerste argwaan, gevoed door hun ervaringen met het matig functioneren van veel arbodiensten.

In de ogen van de NVAB-relaties heeft de bedrijfsarts in potentie een meerwaarde, met name waar het gaat om multidisciplinair samenwerken. In de opleiding voor bedrijfs-
artsen zou meer aandacht moeten worden besteed aan organisatiegebonden aspecten en adviesvaardigheden om de bedrijfsarts beter toe te rusten voor de rol van adviseur en
beleidscoördinator verzuim en reïntegratie.

Men vond de NVAB iets te rigoureuus in het afwijzen van taken als claimbeoordeling en
verzuimcontrole. Men achtte het prematuur die taken af te wijzen zolang het accent op
preventie en de adviseurrol niet verankerd is. Relaties zagen de bedrijfsarts als specialist op
het gebied van werken en gezondheid, maar wel mét andere specialisten. Men vond hem
een goed diagnosticus, maar (nog) geen goede beleidscoördinator verzuim en reïntegratie.

NVAB-Standpunt Claimbeoordeling dd. 6 april 2005

- Datgene wat de bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding doet is geen ‘claimbeoordeling’.
- De bedrijfsarts is een onafhankelijk medisch adviseur voor werknemer/patiënt en werkgever.
- Het resultaat van het medisch handelen bij de sociaal-medische begeleiding door de bedrijfsarts is een medisch belastbaarheidsadvies.
- Het behoort tot de (coachende en adviserende) rol van de bedrijfsarts dat werknemer/patiënt en werkgever worden gewezen c.q. aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid, met als doel het voorkómen van onnodige medicalisering en het ontstaan van onjuiste verwachtingen.
- Om een eenduidig beeld over de rol en positie van de bedrijfsarts te vestigen, zijn er aanwijzingen dat een extra communicatie-inspanning naar de samenleving en naar de beroepsgroep zelf nuttig zal zijn.



In haar proefschrift gaat Nauta in op de sociaal-psychologische factoren die van invloed zijn op het beeld dat huisartsen hebben van bedrijfsartsen.¹⁰⁾ Kernpunt is dat huisartsen en bedrijfsartsen lid zijn van verschillende sociale groepen met een verschillende relatieve positie (= de verhouding van kennis, ervaring, vaardigheden en status zoals men die ten opzichte van de andere groep ervaart). Een ervaren verschil in relatieve positie kan een belemmering zijn voor informatie-uitwisseling, zeker als het delen van kennis de eigen positie lijkt te verzwakken. Andere sociaal-psychologische factoren die van invloed zijn op de onderlinge samenwerking en communicatie zijn de sterke eigen identiteit van huisartsen en bedrijfsartsen, hun verschillende visies op respectievelijke verantwoordelijkheden, wederzijdse afhankelijkheid en de mate van vertrouwen in elkaar.

Dat er statusverschillen zijn, blijkt uit een steekproef onder alle Nederlandse artsengroepen (specialisten, huis- en verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen). Gevraagd werd de eigen beroepsgroep te scoren op een aantal kenmerken, waaronder medische verantwoordelijkheid en status, op een schaal van 1-10 (Medische Profielenboek, 1999). Huisartsen en bedrijfsartsen scoren zichzelf in dit onderzoek verschillend op een aantal dimensies. Op de dimensie 'medische verantwoordelijkheid' scoren huisartsen 7,9 en bedrijfsartsen 6,3 en op de dimensie 'status in vergelijking tot andere medische disciplines' scoren huisartsen 6,0 en bedrijfsartsen 3,1.

In een eigen onderzoek (1998) vroeg Nauta bedrijfsartsen welk salaris men (relatief) zou toekennen aan tien medische beroepsgroepen. Hier bleek dat alle bedrijfsartsen de huis-

arts op een hoger salaris scoren dan de bedrijfsarts (gemiddelde relatieve score voor de huisarts 7,4 en voor de bedrijfsarts 6,3). Aangezien het inkomen ook een statuskenmerk is, geeft dit onderzoek langs een andere weg een bevestiging van het resultaat van het Medische Profielenboek.

Belangrijke verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen:

- Verschil in aantal beroepsbeoefenaars: er zijn veel meer huisartsen dan bedrijfsartsen.
- Verschil in duur van het bestaan van de professie: de professie huisarts bestaat langer (hoewel de registratie als bedrijfsarts langer bestaat dan de registratie als huisarts; wie tot 1975 als arts afstudeerde, mocht zich meteen als huisarts vestigen. Daarna is de beroepsopleiding opgericht).
- De opleidingsduur van huisartsen is drie jaar (fulltime, gedeeltelijk in opleiding bij een huisarts), van bedrijfsartsen vier jaar (parttime, men is al werkzaam als bedrijfsarts).
- Huisartsen hebben een wetenschappelijk bureau en 82 standaarden (vanaf 1989). Bedrijfsartsen hebben sinds 2001 een richtlijnenbureau en eind 2004 zes richtlijnen (vanaf 1999).
- Bedrijfsartsen werken veel vaker in dienstverband dan huisartsen.
- Huisartsen richten zich vooral op klachten en gezondheidsherstel, bedrijfsartsen richten zich vooral op functioneel herstel. Daarmee zijn de taken en verantwoordelijkheden verschillend.
- Huisartsen werken reactief, patiënten komen vrijwillig; de meeste patiënten bij de bedrijfsarts komen verplicht.

BRON: NAUTA AP. EEN VERTROUWENSKWESTIE? OVER HET SAMENWERKEN VAN HUISARTSEN EN BEDRIJFSARTSEN [DISSERTATIE]. DELFT/HEERLEN, 2004.

1.4.3 De curatieve sector en de factor arbeid

In de curatieve sector blijft de ‘factor arbeid’ vaak onderbelicht. Dat is onder meer bij werkgevers niet onopgemerkt gebleven. VNO/NCW-voorzitter Schraven zei het op het achtste Nationaal Congres Gezondheidszorg (22-9-04) zo:¹⁾

“Elke werknemer kan ziek worden. En zelfs soms een dokter nodig hebben. Als werkgever ben je dan blij dat de werknemer bij een arts terecht kan. Maar neemt die dokter bij de behandeling van de kwaal de ‘factor arbeid’ in ogenschouw? Of als hij verwijst, kijkt hij dan naar de kosten van verzuim? Uit voorlopige conclusies van een recent TNO-rapport blijkt dat medisch specialisten en de reguliere geestelijke gezondheidszorg veel te weinig rekening houden met het feit dat de patiënt werkt.”

Zijn bevindingen worden ondersteund door de uitkomsten van verschillende onderzoeken. In de door TNO Arbeid in 2004 gepubliceerde Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden

(steekproef 10.000 werknemers) blijkt dat 47,3% van de deelnemers een arts bezocht tijdens een periode van verzuim: van hen geeft 64,5% aan dat de huisarts of medisch specialist niet heeft gevraagd naar een mogelijk verband tussen de gezondheidsklachten en werk.¹²⁾

In het rapport Samen werkt beter (2004) zegt driekwart van de ondervraagde bedrijfsartsen dat behandelende artsen niet voldoende verband leggen tussen gezondheidsklachten en factoren in het werk.¹³⁾

In onderzoek van het NIVEL (2003) werden 1350 spreekuurcontacten van huisartsen op video opgenomen en geanalyseerd. In de 501 contacten met personen tussen 18 en 65 jaar met betaald werk, kwam in 54% het werk van de patiënt ter sprake, in 37% kwam het staken of hervatten van het werk ter sprake en in 41% werd het (mogelijk) verband tussen werk en de klachten besproken. In drie contacten kwam een (mogelijk) contact met de bedrijfsarts ter sprake.¹⁴⁾

In de prognosestudie van Invent uit 2002 werden 555 werknemers met werkgerelateerde psychische klachten gevolgd. Van hen bezocht 43,2% de huisarts in de twee maanden voor het begin van het verzuim (bedrijfsarts 10,8%). In slechts 26,2% van de gevallen vroeg de huisarts naar het werk en de werkomstandigheden (bedrijfsartsen deden dat in 78% van de gevallen). Na vier weken verzuim bezocht 74% de huisarts (69% de bedrijfsarts). De huisarts vroeg in 35,5% van die gevallen naar het werk (55% de bedrijfsartsen).¹⁵⁾



Bedrijfsartsen kunnen verwijzen naar de reguliere zorg, maar zijn er terughoudend in omdat daar over het algemeen te weinig specifiek gekeken wordt naar de relatie tussen arbeid en gezondheid. Nogmaals Schraven (VNO/NCW): “Bedrijfsartsen mogen sinds 1 januari 2004 verwijzen naar de tweede lijn. Maar dat gebeurt nog weinig omdat de reguliere zorg geen rekening houdt met de factor arbeid of de kosten van verzuim, omdat men er niet genoeg van weet of omdat de wachttijden te lang zijn. En dat terwijl werkgevers én werknemers de kassen vullen van waaruit de zorg wordt betaald. Gevolg: bedrijfsartsen moeten verwijzen naar gespecialiseerde arbocuratieve zorg, die voor rekening van de werkgever komt. Zo blijft er een dubbel systeem, dat dubbel betaald moet worden.”

Hoewel bekend is dat de ‘factor arbeid’ een belangrijke rol kan spelen bij het ontstaan van ziekte, is het opmerkelijk dat er in klinische richtlijnen over het algemeen nauwelijks aandacht aan wordt besteed. Noch in de NHG-Standaarden, noch in de ketenzorgrichtlijnen onder regie van het CBO werd tot voor kort de ‘factor arbeid’ verder uitgewerkt, al werd het in sommige situaties zinvol geacht om contact op te nemen met bedrijfsarts of verzekeringsarts.

1.4.4 Nadelen van gebrekkige samenwerking

De huidige positie van de bedrijfsarts en de gebrekkige samenwerking met de curatieve sector hebben nadelen voor de werknemer/patiënt, zijn werkgever en de samenleving als geheel. Dat geldt zeker waar het gaat om arbeidsrelevante aandoeningen.

Nadelen voor de werknemer/patiënt

Arbeidsongeschikt worden is voor veel mensen een persoonlijk drama. Werk is belangrijk en verlies van werk betekent ook verlies op vele andere gebieden zoals inkomen, zingeving, structuur, erkenning, ontwikkeling en sociale contacten. Bovendien blijkt uit onderzoek dat passend werk, onder goede arbeidsomstandigheden, kan bijdragen aan herstel van gezondheid en welzijn.¹⁶⁾

Vaak zal een eerste signaal over problemen op of met het werk bij de huisarts op diens spreekuur binnenkomen. De bedrijfsarts komt meestal pas in beeld bij regelmatig of langdurig verzuim. Als een huisarts een patiënt met arbeidsrelevante klachten al in een vroeg stadium – dus voordat sprake is van verzuim – naar de bedrijfsarts zou sturen voor onderzoek en mogelijke aanpassingen in de werksituatie, zou veel ellende kunnen worden voorkomen.

Maar uit diverse onderzoeken blijkt dat het ontbreekt aan een dergelijke afstemming tussen bedrijfsartsen en huisartsen, zowel bij het tijdig signaleren van gezondheidsproblemen op het werk als voor de behandeling en begeleiding bij ziekteverzuim en reïntegratie. Hierdoor kan de werknemer/patiënt te maken krijgen met tegenstrijdige adviezen en onnodig langdurig verzuim.

Goede afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts betekent winst voor de patiënt

- Zowel huisarts als bedrijfsarts krijgt een beter inzicht in de problematiek – thuis en op het werk – en een integraal beeld van de patiënt; de patiënt krijgt kwalitatief betere zorg.
- Het bevordert dat huisarts en bedrijfsarts op één lijn zitten: de patiënt krijgt eensluidende adviezen over behandeling en beleid.
- Het is van groot belang voor een patiënt om een betrouwbare inschatting te hebben van van zijn arbeidsmogelijkheden; informatie-uitwisseling tussen huisarts en bedrijfsarts biedt daar de beste garanties voor.
- Het voorkomt voor de patiënt het ongemak van dubbel onderzoek.
- Het vergroot de kans van de patiënt op een voorspoedige terugkeer naar het eigen werk dan wel reïntegratie in ander passend werk bij de eigen of een andere werkgever.

BRON: VAN DE RIJDT-VAN DE VEN AHJ. WERKBARE HUISARTSENZORG AAN WERKENDE PATIËNTEN. HANDREIKING VOOR DE ZORG VAN DE HUISARTS AAN WERKENDE PATIËNTEN. UTRECHT: LHV/NHG/NVAB, 2005.

Nadelen voor werkgever en samenleving

Langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vormen een probleem voor werkgevers. Bij hen ligt de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van onnodig verzuim en WAO-instroom. Maar het is uiteindelijk ook een maatschappelijk probleem omdat er grote economische belangen mee gemoeid zijn:

- Eén verzuimdag van één werknemer betekent gemiddeld 206 euro verlies voor diens werkgever aan directe en indirecte verzuimkosten.
- Eén WAO-uitkering kost de staat per jaar gemiddeld 12.400 euro.
- Een afname van het aantal WAO-ers met 1 procent (dat wil zeggen 7.650 WAO-ers per jaar minder, dat is ongeveer 1 WAO-er per huisarts per jaar) levert een besparing op van circa 95 miljoen euro per jaar.¹⁷⁾

2 Actuele ontwikkelingen

2.1 Sociale zekerheid en zorg: beleidsvoornemens 2005

Het huidige stelsel van sociale zekerheid en gezondheidszorg drukt zwaar op de collectieve middelen in Nederland. Dat is voor de overheid een belangrijk motief om in te grijpen. Daarbij worden verschillende doelen nagestreefd: de beide stelsels betaalbaar en bereikbaar houden, de verantwoordelijkheden en uitvoering decentraliseren en vraagsturing stimuleren.

Ten slotte streeft de overheid ernaar sociale zekerheid en gezondheidszorg beter bij elkaar te laten aansluiten door privatisering en marktwerking.

In het actieplan Sociale zekerheid en zorg van de ministers De Geus van SZW en Hoogervorst van VWS staat dat goede samenwerking tussen werkgevers, werknemers, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, curatief werkende artsen, arbodiensten en inkomens- en zorgverzekeraars van groot belang is om zieke werknemers sneller aan de slag te krijgen en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Ook moet goede samenwerking meer mensen met een chronische ziekte of handicap (weer) aan het werk helpen.

Het actieplan dat voortvloeit uit het project Sociale zekerheid en zorg^{r8)} noemt een aantal concrete activiteiten om de sociale zekerheid en de gezondheidszorg beter op elkaar af te stemmen.

- Op bedrijfstakniveau worden de sociale partners aangesproken op hun verantwoordelijkheid bij preventie, aanpak van verzuim en het weer aan de slag helpen van zieke of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers. In arboconvenanten worden afspraken gemaakt over verbetering van de arbeidsomstandigheden en inventariseert de minister van SZW welke (financiële) prikkels in CAO-verband het verzuim kunnen terugdringen. De overheid blijft tot en met 2006 samen met de CAO-partners investeren in arboconvenanten.
- Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en curatieve artsen moeten beter gaan samenwerken bij vroegtijdige onderkenning van ziekten, de diagnose en behandeling van zieke werknemers. Dit kan onder meer door duidelijke richtlijnen en door verbetering van de uitwisseling van (medische) gegevens over zieke werknemers tussen de betrokken medici. Ook het overdragen van deskundigheid en kennis over arbeidsgerelateerde aandoeningen is van groot belang. Het verzuim moet verder uit de medische sfeer getrokken worden door het proces te laten bewaken door een aparte individuele begeleider. Verzekeraars en arbodiensten gaan de samenwerking ondersteunen. Het CVZ zal bij ziekenfondsen onder de aandacht brengen dat hun zogenaamde initiatiefruimte gebruikt kan worden voor het inkopen van arbeidsgerelateerde zorg.
- De kwaliteit van de dienstverlening door arbodiensten moet verbeteren en de werkwijze van arbodiensten en reïntegratiebedrijven moet transparanter worden en de sector moet dit zelf bewerkstelligen. Het kabinet dringt aan op het houden van vergelijkende

prestatieonderzoeken (benchmarking) en wil het werken met prestatie-afspraken en prestatiecontracten bevorderen. Er moet meer specialisatie mogelijk zijn op het terrein van preventie- of verzuimbegeleiding en de markt staat open voor andere typen dienstverleners.

- De inkomens- en zorgverzekeraars moeten meer aandacht gaan besteden aan preventie en werkhervatting. De strikte scheidslijn tussen ‘gewone’ zorg en arbeidsgeneeskundige zorg moet verdwijnen. In de reguliere gezondheidszorg moet meer aandacht komen voor de factor arbeid. En net als onder medici, is ook uitwisseling van gegevens over de zieke werknemer tussen werkgever en inkomens- en zorgverzekeraar van belang met inachtneming van de privacybescherming. SZW en VWS willen werken aan de totstandkoming van een integrale keten van partijen die werkgevers en werknemers ondersteunt bij preventie, verzuim en reïntegratie.

2.2 Maatwerk in arbodienstverlening

Vanaf juli 2005 zal de Wet maatwerk arbodienstverlening van kracht zijn. Dat betekent meer maatwerk, minder regels en een grotere verantwoordelijkheid voor werkgevers en werknemers. Weliswaar moeten bedrijven nog altijd deskundige hulp inschakelen voor taken voortvloeiend uit de Arbowet en de Wet verbetering poortwachter, maar bedrijfsartsen kunnen voortaan ook rechtstreeks door bedrijven worden ingeschakeld, dus zonder tussenkomst van een arbodienst.

De Wet maatwerk arbodienstverlening kent drie kernpunten:

- meer keuzemogelijkheden in arbodienstverlening en deskundige ondersteuning;
- aanstellen van interne preventiemedewerker(s);
- toetsen van de risico-inventarisatie en -evaluatie.

Meer keuzemogelijkheden in arbodienstverlening en deskundige ondersteuning

Werkgevers krijgen in de loop van 2005 meer keuzemogelijkheden voor het organiseren van deskundige ondersteuning. Iedere organisatie kan dan een keuze maken tussen de zogenoemde standaardregeling en de maatwerkregeling. Wordt gekozen voor de standaardregeling dan verandert er niets ten opzichte van de vroegere situatie, want het bestaande contract met de arbodienst blijft bestaan of een bedrijf stapt over naar een andere arbodienst. Wordt gekozen voor de maatwerkregeling dan heeft de werkgever de mogelijkheid de eigen arbodienstverlening in te richten, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Er moet overeenstemming zijn op brancheniveau (CAO) of op bedrijfs-/instellingsniveau met de OR of personeelsvertegenwoordiging (PVT).
- Voor advies over en toetsing van de RI&E (risico-inventarisatie en -evaluatie) moet één van de vier gecertificeerde kerndeskundigen (arbeidshygiënist, arbeids- en organisatie-

deskundige, bedrijfsarts, veiligheidskundige) ingeschakeld worden (indien mogelijk intern).

- Voor de ziekteverzuimbegeleiding, PAGO (periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek), de aanstellingskeuring en het arbeidsomstandighedenspreekuur moet een bedrijfsarts worden ingeschakeld.

De verplichtingen ten aanzien van het arbobeleid (geregeld in de Arbowet) en verzuimbeleid (geregeld in de Wet verbetering poortwachter) veranderen niet. Deskundige bijstand blijft nodig bij de volgende vijf onderwerpen:

1. advies over, en toetsing van de RI&E;
2. ziekteverzuimbegeleiding;
3. arbeidsgezondheidskundig spreekuur;
4. periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek;
5. aanstellingskeuring (indien wettelijk toegestaan).

Nieuw is dat deze bijstand niet langer meer verplicht hoeft te worden afgenomen van een arbodienst, maar ook rechtstreeks door gecertificeerde arbodeskundigen kan worden verleend. Een contract met een bedrijfsarts is in alle gevallen verplicht.

BIJ DE KOK MET KOOK-STRESS



Aanstellen van interne preventiemedewerker(s)

Werkgevers met meer dan 15 medewerkers zijn met ingang van juli 2005 verplicht een of meer interne preventiemedewerker(s) aan te stellen, die belast worden met preventietaken. In de RI&E moet de organisatie aangeven hoeveel preventiemedewerkers nodig zijn en wat ze precies moeten (gaan) doen. Bij organisaties met 15 of minder werknemers mag de werkgever zelf deze taken op zich nemen, op basis van de aanwijzingen daartoe in de RI&E.

Toetsen van de RI&E

Met betrekking tot de toetsing van de RI&E door gecertificeerde arbodeskundigen ontstaat er vanaf juli 2005 een driedeling:

- Voor bedrijven met meer dan 25 werknemers verandert er niets. Zij leggen de RI&E voor aan de arbodienst of aan een andere interne of externe kerndeskundige. Deze zal de RI&E toetsen op basis van de voorschriften.
- Voor bedrijven tot en met 25 werknemers toetste de arbodienst de RI&E al op een 'lichtere' wijze, mits deze bedrijven gebruikmaken van een RI&E-instrument dat door werkgevers en werknemers op branche- of sectorniveau is vastgesteld. Ook deze 'lichtere' toetsing kan met ingang van juli 2005 gedaan worden door gecertificeerde arbodeskundigen zonder tussenkomst van een arbodienst.
- Voor bedrijven met 10 of minder werknemers komt toetsing geheel te vervallen, op voorwaarde dat deze bedrijven gebruikmaken van een RI&E-instrument dat door werkgevers en werknemers op branche- of sectorniveau en met de nodige deskundigheid is vastgesteld (zie www.rie.nl).

Wat betekent dit voor de dienstverlening door arbodiensten?

Wat dit voor de arbodiensten betekent is nog niet echt duidelijk. Uit gegevens van onderzoeksbureau MarketConcern blijkt dat grote bedrijven (met 100 of meer medewerkers) waarschijnlijk niet zullen breken met hun arbodienst (56%), maar wel aanpassingen wensen in het contract (16%). Er zijn weinig grote bedrijven die alles zelf gaan doen (9%). Van de bedrijven met 20 tot 99 werknemers blijft 61% bij de eigen arbodienst, al wil 9% het contract aanpassen en wil 8% alles zelf gaan doen. Bij de kleine bedrijven (minder dan 20 werknemers) ligt dat anders: daar wil 21% alles zelf gaan doen en blijft maar 49% bij de huidige arbodienst (7% met een aangepast contract).

Als gevolg van de liberalisering van de arbomarkt en de verschillende behoeftes bij bedrijven zijn er een aantal mogelijkheden denkbaar om de arbodienstverlening in te richten. In 2004 schetste zelfstandig adviseur Ruigewaard de volgende modellen:¹⁹⁾

1. Bedrijven schakelen een arbodienst in die bijna alles regelt ('one-stop-shop').
2. Bedrijven schakelen een 'uitgeklede' arbodienst in en nemen ad hoc andere diensten af wanneer zij die nodig acht ('deelcontracten, arbodienst stuurt aan').
3. Bedrijven schakelen een arbodienst in voor een deelpakket en andere deskundigen waar nodig ('deelcontracten, bedrijf stuurt aan').

4. Bedrijven creëren een semi-eigen arbodienst, met een grote rol voor de leidinggevende en een arbodeskundige, waarbij ze freelance gebruik maken van bijvoorbeeld een bedrijfsarts (*'semi-eigen arbodienst'*) of andere deskundigen.
5. Bedrijven creëren een interne arbodienst, die (bijna) alles regelt (*'eigen arbodienst'*).
6. Vooral in het 'kleine' MKB: de leidinggevende binnen het bedrijf huurt specialisten/diensten in wanneer dat nodig is (*'ad hoc'*).
7. Bedrijven creëren een gezamenlijke voorziening voor reïntegratie, waarin verschillende diensten en specialisten verzameld zijn. Werknemers bij aangesloten bedrijven kunnen individueel gebruik maken van deze voorziening (*'bedrijventerrein'*).
8. De branche sluit een verzekering af waarbij verschillende diensten inbegrepen zijn, zoals verzuimmanagement en reïntegratiediensten. Ad hoc kunnen bedrijven nog andere diensten inhuren (*'branche-voorziening met verzekeraar'*).
9. Een branche creëert een geheel eigen branchevoorziening. De hele branche heeft dezelfde collectieve verzekering met 'inbegrepen' diensten zoals verzuimbegeleiding. Verder is er sprake van een eigen centrum voor case-management en eigen branche-adviseurs en specialisten (*'eigen branche-voorziening'*).

Wat betekent dit voor bedrijfsartsen?

In 2005 vervalt de verplichting voor bedrijven om bij een arbodienst aangesloten te zijn. Wel blijven ze verplicht een goed arbo- en verzuimbeleid te voeren. Contracten met bedrijfsartsen blijven nodig voor onder meer de uitvoering van de Wet verbetering poortwachter.

Deze liberalisering zal grote consequenties hebben voor alle arbodeskundigen. Voor de bedrijfsarts is het de vraag of werken vanuit een arbodienst nog nodig is of dat hij net als in andere landen ook zou kunnen werken als zelfstandig medisch specialist. Er kunnen dus in de toekomst nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan in de bedrijfsgezondheidszorg, zoals maatschappen van bedrijfsartsen, of bedrijfsartsen die integreren in de eerste of tweede lijn.

Bruins Slot stelde in oktober 2004 op het vijfde lustrum van de NVAB-werkgroep 'Bedrijfsartsen in de zorg'²⁰⁾ dat de bedrijfsarts strikt genomen zonder de arbodienst kan, maar dat hij wel een professioneel netwerk nodig heeft. In dat netwerk horen deskundigen voor de RI&E, de REA en deskundigen uit de curatieve hoek. Op termijn ziet Bruins Slot een aantal mogelijke werksettings voor de bedrijfsarts: regionale 'arbowerkplaatsen', academische centra voor opleiding en onderzoek, onder één dak met de huisarts, bij grote bedrijven of branches, in gespecialiseerde centra of zelfstandig werkend. "De individueel werkende bedrijfsartsen zouden in het basispakket van de zorgverzekeraar kunnen zitten. Dat biedt een aantal grote voordelen: de aandacht voor arbeid in de curatie neemt toe en de bureaucratie neemt af. Zo'n systeem zal kostenbesparend zijn en leiden tot één gezondheidszorg."

2.3 Zorgverzekeringswet 2006

Vanaf 1 januari 2006 wil de overheid een basisverzekering tegen ziektekosten invoeren voor alle Nederlanders. Het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerd verdwijnt daarmee, net als de collectieve ziektekostenverzekeringen die alleen gericht zijn op werknemers boven de ziekenfondsgrens. Naast het basispakket voor iedereen, waarschijnlijk een minimaal ziekenfondspakket, zullen zorgverzekeraars gaan concurreren met aanvullende, collectieve en pluspakketten.

Verder zijn er ingrijpende veranderingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te verwachten. De behandeling van psychische aandoeningen en klachten zal overgaan van de AWBZ (publiek) naar de zorgverzekeringen (privaat). Dat betekent onder meer dat het eenvoudiger wordt om vormen van somatische en psychische zorg gecombineerd aan te bieden. Langdurige niet-ambulante zorg blijft onder de AWBZ vallen.

In de nieuwe zorgverzekering is iedereen verplicht voor ziektekosten verzekerd en zijn zorgverzekeraars verplicht iedereen te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht leeftijd, geslacht, inkomen of gezondheidssituatie. Het basispakket omvat een standaardpakket van noodzakelijke zorg, door de overheid vastgesteld en in principe gelijk aan het huidige ziekenfondspakket. Verzekerden kunnen jaarlijks overstappen naar de zorgverzekeraar van hun voorkeur. De voornaamste keuzes liggen in de hoogte van de nominale premie, de service en de kwaliteit van zorg.

Voor het basispakket wordt een nominale premie betaald, die niet van het inkomen afhankelijk is. Naar verwachting zal die in 2006 tussen de 1.000 en 1.100 Euro per jaar per volwassen verzekerde bedragen. Kinderen tot 18 jaar betalen in het nieuwe ziektekostenstelsel geen premie. De nominale premie mag niet verschillen naar leeftijd, geslacht, inkomen of gezondheidssituatie, premiedifferentiatie naar verzekerden is niet toegestaan. Naast de nominale premies ontvangen zorgverzekeraars een risicovereveningsbijdrage, afgestemd op de kenmerken van hun verzekerdenbestand. Deze bijdrage komt uit werkgeversbijdragen en bijdragen van de overheid. Naast de no-claim komt er in de basisverzekering een vrijwillig eigen risico dat kan oplopen tot 500 Euro. Het aanbieden van collectieve contracten aan groepen verzekerden (zoals werknemers) blijft toegestaan en daarvoor mogen kortingen worden aangeboden.

Om de ziektekostenverzekering voor iedereen financieel toegankelijk te houden zal op 1 januari 2006 ook een zorgtoeslag worden ingevoerd. De hoogte daarvan is afhankelijk van de hoogte van het inkomen en wordt maandelijks door de Belastingdienst overgemaakt.

De Zorgverzekeringswet kent functiegericht omschreven verzekeringsrechten. Uitgangspunt is weliswaar dat de wetgever, net als in het verleden, strikt regelt welke aanspraken de verzekerden hebben, maar daarbij wordt niet langer precies aangegeven welke medische functionaris of instelling die zorg moet verlenen. Iedere persoon of instelling die er op medische gronden bevoegd toe is, mag bepaalde zorg leveren. Omdat 'functiegerichte

omschrijving van de verzekeringsrechten' openlaat wie bepaalde zorg verleent, is er ruimte voor zorgverzekeraars om samen met zorgaanbieders en verzekerden te komen tot een doelmatige uitvoering.

2.4 Veranderende rol van de verzekeraars

Zorgverzekeringen en inkomensverzekeringen (verzuimverzekeraars) zijn nu gescheiden voorzieningen. Hoewel sommige maatschappijen beide verzekeringsvormen in huis hebben, is daar weinig relatie tussen. Naar verwachting gaat dat veranderen. Het nieuwe zorgstelsel, dat in 2006 moet ingaan, maakt het mogelijk dat werkgever en werknemer collectieve contracten afsluiten met zorgverzekeraars (die zijn er nu ook, maar gelden alleen voor particuliere verzekeringen). Daarin zouden dan ook afspraken opgenomen kunnen worden over de curatieve zorg aan de werknemers.

De zorgverzekeraars krijgen ook meer mogelijkheden om zorgaanbieders te contracteren voor een specifiek behandelaanbod, bijvoorbeeld multidisciplinaire zorg voor complexe gezondheidsproblemen (functiegerichte afspraken).

Weliswaar zijn zorgverzekeraars verplicht iedereen te accepteren voor het basispakket, maar dat geldt niet voor de overige zorg. Naast een minimaal gevuld basispakket zal de overige zorg nog heel wat zijn. Volgens Van Putten en Wevers (TNO Arbeid) kunnen zorgverzekeraars voor aanvullende verzekeringen wel een keuze maken wie zij tegen welke voorwaarden accepteren.²¹⁾ Er blijft weliswaar een vereveningsregeling bestaan die zorgverzekeraars met onevenredig veel WAO'ers en 65-plussers financieel moet compenseren, maar er zal een jacht ontstaan op de relatief gezonde werkende beroepsbevolking. Bovendien wil de gemiddelde zorgverzekeraar graag premiekorting geven in ruil voor de mogelijkheid ook andere verzekeringsproducten te verkopen.

Verder geldt dat zorgverzekeraars niet langer een contracteerplicht hebben. Zij kunnen naar eigen keuze huisartsen, ziekenhuizen, maar ook bedrijfsartsen contracteren of uitsluiten indien ze niet voldoen aan de eisen die zorgverzekeraars namens hun verzekerden gaan stellen. Nu al zijn er verzekeraars die met zogeheten 'preferred providers' werken: behandelkosten worden volledig vergoed indien gebruik gemaakt wordt van bepaalde klinieken of hulpverleners en slechts gedeeltelijk als de verzekerde kiest voor zorg elders.

De overheid heeft bepaald dat er maar een beperkte premiekorting (10%) mag worden geboden op het basispakket bij collectieve contracten en dat eenzelfde korting ook beschikbaar moet zijn voor andere in omvang vergelijkbare collectieven. De korting is dus gekoppeld aan de omvang van het collectief en niet aan de (gezondheids)risico's. Dit moet scherpe risicoselectie voorkomen. Daarbij bestaat namelijk het gevaar dat verzekerden die niet bij het collectief behoren opdraaien voor de korting die aan de collectieleden wordt gegund. Dit betekent dat de zorgverzekeraars nog niet weten of het voor hen nog wel interessant is om collectieve contracten af te sluiten. Dat hangt weer van

de mogelijkheden af om te concurreren op service, zorgkwaliteit, inhoud en kosten van het aanvullende ‘vrije’ pakket en de mogelijkheden voor koppeling aan andere verzekeringsproducten.

2.4.1 Wat betekent het voor werkgevers en werknemers?²²⁾

De bijdrage van de werkgevers aan de financiering van het nieuwe basispakket staat op 50% van de kosten en dat blijft ook bij toekomstige kostenstijgingen in de zorg het geval. Dit is veel werkgevers een doorn in het oog. De korting die op een collectief basispakket gegeven mag worden is beperkt en houdt alleen verband met de omvang van het collectief. Niettemin kan een collectief contract interessant zijn voor werkgevers en werknemers omdat werkgevers de mogelijkheid krijgen om een samenhangend pakket verzekeringen af te sluiten, waarin naast zorg ook loondoorbetaling bij ziekte en reïntegratie zijn ondergebracht. De werkgever kan bij de keuze voor een verzekeraar selecteren op adequate dienstverlening bij verzuim, bijvoorbeeld in geval van arbeidsrelevante aandoeningen. Naast activiteiten om wachtlijsten te omzeilen kan dat bijvoorbeeld gaan om specifieke aandacht voor functioneel herstel en terugkeer naar werk. Er kan ‘evidence based’ zorg gevraagd worden en een multidisciplinaire aanpak van rugklachten, klachten aan arm, nek en schouder (complaints of Arm, Neck and/or Shoulder – CANS, voorheen RSI), aandoeningen door werkstress of ziekenhuiszorg waarbij de relatie met arbeid en functioneel herstel aandacht krijgt. Het kan dus zowel gaan om de inhoud als om de organisatie van de zorg; bijvoorbeeld het plannen van aanvullend onderzoek op één ochtend. Wel stelt de overheid beperkingen aan dergelijke specifieke collectieve contracten. De zorg in het basispakket mag niet zo specifiek zijn toegesneden op een collectief dat het voor andere collectieven met dezelfde omvang niet interessant is het contract met dezelfde korting af te sluiten. Voor het aanvullende pakket gelden die beperkingen niet en die vormen dan ook een aantrekkelijke mogelijkheid als arbeidsvoorwaarde.

De zorgverzekeraars spelen al in op de nieuwe mogelijkheden en richten zich in vergelijking met enkele jaren geleden steeds meer op verzuim en reïntegratie en beconcurreren daarmee de inkomensverzekeraars. Ze gaan de markt op met collectieve contracten voor bedrijven en willen inspelen op integrale dienstverlening (verzuim, reïntegratie en gezondheidszorg). Daarmee willen zij er mogelijk voor zorgen dat de baten van een reductie van verzuim bij hen terecht komen in plaats van bij de inkomensverzekeraar. Zo worden ze interessante gesprekspartners voor bedrijven, al lijkt het of hun acties vooral gericht zijn op de werknemer als individu (snelle zorg en reïntegratie) en nog nauwelijks op de werkplek.

Onderzoeksbureau MarketConcern meent dat in een dergelijke concurrerende markt met een basisverzekering en een vaste premie vooral op kwaliteit en pluspakketten geconcurrereerd moet worden. Daar waar collectieve contracten als pluspakket aan werkgevers en werknemers zullen worden aangeboden, krijgen zij een arbocuratief karakter. Daarvan zijn al voorbeelden (zie schema 1 Ketens Zorg en Zekerheid, kolom Zorgconcepten).

Voorbeelden van multidiagnostische centra voor arbeidsrelevante aandoeningen

- Alant Cardio (VUmc)
- EVAA Hoofddorp
- Diagnostisch Centrum Amsterdam (OLVG)
- MediNova (Achmea)
- Amicon Health Center Groningen (Martini Ziekenhuis)
- Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam
- Sint Maartens Kliniek Integraal Adviescentrum Arbeidsrelevante Aandoeningen (gefilialiseerd)
- Alysis Bedrijvenpoli

BRON: MARKETCONCERN, MAART 2005

In het MKB krijgen branches meer invloed. Sinds 2000 zijn er brancheloketten ontstaan die voldoende inkoopmacht genereren om een tegenspeler te zijn van de inkomensverzekeraars. Daarnaast bieden inkomensverzekeraars voor het 'kleine' MKB een product aan volgens de formule: 1 loket + 1 oplossing + 1 factuur. Hier maakt de arbodienstverlening van de eigen arbodienst onderdeel uit van de polis. Zoals bij Achmea (Centraal Beheer + Achmea Arbo) of Interpolis (Interpolis + Commit).

Werknemers zijn niet verplicht deel te nemen aan een collectief contract tussen bedrijf en werkgever. Er zullen ook andere collectieven ontstaan, bijvoorbeeld vanuit vakbonden of patiëntenverenigingen. Bovendien kunnen in de CAO's op bedrijfstakniveau aantrekkelijke voorwaarden over tegemoetkoming in de ziektekosten worden bedongen.

Momenteel ontlopen zorgpakketten elkaar nog niet veel qua inhoud en prijs. Het gaat nog vooral om een (curatief) gezondheidszorgaanbod, aangevuld met een beetje preventie/leefstijl advisering, alternatieve behandelwijzen en 'niet noodzakelijke' medische zorg. Er is nog nauwelijks aandacht voor arbeidsrelevante zorg. Het lijkt voor bedrijven en werknemers zinvol niet zomaar een pakket te kiezen uit het ruime aanbod, maar eerst op basis van de kenmerken van het bedrijf en het verzuim- en gezondheidsbeleid de eigen behoeften op een rijtje te zetten.

Brancheloketten met verschillende kenmerken

1. Administratief loket (bijvoorbeeld PIEN, PLATO): verzuim- en betermeldingen worden elektronisch doorgegeven, administratieve lastenverlichting.
2. Inkooploket (bestaat sinds 1994 bij circa 160 branches): de brancheorganisatie bedingt kortingen op verzekeringen en arbo-arrangementen en dwingt branchespecifieke diensten af.
3. Casemanagementloket (bijvoorbeeld BGZ Wegvervoer/RCW): de brancheorganisatie voert het casemanagement over reïntegratietrajecten en bepaalt wanneer de arbodienst of een interventiebedrijf wordt ingezet.
4. Regieloket (bijvoorbeeld Sazas): de brancheorganisatie neemt de regie van de werkgever over het verzuimbeleid over en geeft providers opdracht tot uitvoering (soms onder private label/OWM).
5. Kennisloket (bijvoorbeeld Arbouw): houdt zich bezig met het ontwikkelen van benchmarks, het doen van onderzoek en heeft een helpdeskfunctie.
6. CAO-loket (nieuw): arrangementen rond gezondheidsbeleid, reïntegratie, verzekeren en employee benefits worden paritair bepaald en uitgevoerd: opkomst van bedrijfsverenigingen 'nieuwe stijl'.

BRON: MARKETCONCERN, MAART 2005

2.4.2 Wat betekent het voor arbodiensten en bedrijfsartsen?

Vanaf 2006 bepaalt de zorgverzekeraar wie poortwachter is. Dat kunnen behalve huisarts en bedrijfsarts ook andere beroepsbeoefenaren zijn, zoals de fysiotherapeut. De verwijzrol van zowel de huisarts als de bedrijfsarts krijgt een andere grondslag. In de praktijk kan dat tot gevolg hebben dat de bedrijfsarts of de huisarts niet kan verwijzen naar een bepaald ziekenhuis of specialist omdat de zorgverzekeraar daarvoor geen vergoeding geeft vanwege het feit dat er met die zorgaanbieder geen contract is afgesloten. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars ook kunnen besluiten alleen met een bedrijfsarts als verwijzer in zee te gaan. Er zal meer variatie ontstaan in contracten en polissen en de traditionele afbakening tussen beroepsgroepen komt mogelijk op losse schroeven te staan.

Waar werkgevers de mogelijkheid krijgen te onderhandelen met zorgverzekeraars over geïntegreerde pakketten van gezondheidszorg, preventie, verzuim en reïntegratie, kan de bedrijfsarts een spil zijn. Hij kan beide partijen van advies dienen vanuit zijn specifieke kennis van het betreffende bedrijf.

2.5 Veranderingen in de professionele ondersteuning

2.5.1 Aflopen pilotprojecten arbocuratieve ondersteuning

Eind 2004 kwam een eind aan een aantal projecten die de arbocuratieve samenwerking moesten stimuleren, zoals de regionale 'LHV/NVAB-projecten' en het ZonMw-programma 'Samenwerken bij sociaal-medische begeleiding'.

LHV/NVAB-projecten

Sinds 2000 is in zes regio's gewerkt aan regionale 'LHV/NVAB-projecten' om de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts te verbeteren (Zeeland, Zuidoost-Brabant, Zwolle/IJssel, Rijnland/Midden-Holland, Midden Haarlemmermeer/Kennemerland e.o. en Twente). Per regio hebben verschillende activiteiten plaatsgevonden. Een greep uit de activiteiten:

- ontmoetingen tussen huis- en bedrijfsarts om elkaar en elkaars rol en taken te leren kennen;
- (structureel) aanbod van onderlinge ministages;
- ontwikkelen van visitekaartjes/cliëntenkaartsystemen;
- consultatie door bedrijfsartsen (inzetten van bedrijfsartsconsulenten);
- gezamenlijke training en nascholing;
- convenanten afsluiten.

Er zijn diverse instrumenten ingezet om tot samenwerking te komen, waarbij gebruikgemaakt werd van landelijk ontwikkelde protocollen, richtlijnen, communicatieformulieren en de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim.

Samenwerking bij sociaal-medische begeleiding

Het ZonMw-programma 'Samenwerking bij sociaal-medische begeleiding' (SMB) stimuleerde acht jaar lang de structurele samenwerking tussen de curatieve en de sociaal-geneeskundige sector. Het programma had als doel het terugdringen van ziekteverzuim en van het beroep op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen door betere samenwerking. Het was onderverdeeld in vier thema's:

- deskundigheidsbevordering (projecten die de deskundigheid van huisartsen, bedrijfsartsen en andere (para)medici over sociaal-medische begeleiding moeten vergroten);
- regionale initiatieven;
- de (rechts)positie en rol van de werknemer/patiënt (over de rol van de werknemer/patiënt bij de sociaal-medische begeleiding);
- richtlijnen (centraal hierbij stond de ontwikkeling van consensus over de noodzaak te komen tot samenwerking, het hanteren van dezelfde begrippen en het totstandkomen van richtlijnen).

BIJ DE CREMATIE-MEDEWERKER MET BURN-OUT KLACHTEN



2.5.2 Gedeeltelijk aflopen Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid

Sinds januari 2000 verzamelen en verspreiden vier Nederlandse Kenniscentra Gezondheid en Arbeid informatie over gezondheidsklachten die het werken bemoeilijken, klachten al dan niet veroorzaakt door arbeid. De landelijk opererende centra zijn gerelateerd aan academische centra, zorginstellingen of nationale kennisinstituten en richten zich elk op een ander cluster van arbeidsrelevante aandoeningen:

- bewegingsapparaat (Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat – AKB);
- huidaandoeningen (Nederlands Kenniscentrum Arbeidsdermatosen – Necod);
- longaandoeningen (Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen – Opgelucht Werken);
- psychische klachten (Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Psyche – NKAP).

De kenniscentra brengen op hun vakgebied kennis en expertise in kaart, ordenen informatie over aandoeningen die het functioneren op het werk belemmeren en dienen als vraagbaak voor iedereen die met arbeidsrelevante aandoeningen te maken heeft.

Medwerk ondersteunt professionals om de zorg voor patiënten met arbeidsrelevante aandoeningen te verbeteren. Zij doet dit door het stimuleren van onderlinge samenwerking en uitwisseling van kennis op dit gebied.

Met ingang van 1 januari 2005 is de subsidie voor de landelijke activiteiten beëindigd. Elf regionale centra zijn in ieder geval nog tot 1 juli 2005 bereikbaar.

2.5.3 Oprichting regionale ondersteuningsstructuren eerste lijn (ROS'en)

Inmiddels is de bestaande ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn herzien. De Districts Huisartsen Verenigingen (DHV'en), betaald uit de Deskundigheidsbevordering en Ondersteuningsgelden, zijn omgezet in regionale organisaties die zich richten op kwaliteitsondersteuning van huisartsen. De ontvlechting van belangenbehartiging en ondersteuning gebeurt op last van de minister van VWS en heeft tot gevolg dat de regiefunctie voor de zorg bij de zorgverzekeraars komt te liggen. De preferente zorgverzekeraar in de regio's krijgt opdracht de ondersteuning van professionals in de eerste lijn vorm te geven. De meeste zorgverzekeraars sluiten hiertoe een contract met een zogenoemde regionale ondersteuningsstructuur (ROS). Enkele zorgverzekeraars sluiten contracten met meerdere uitvoerders op het terrein van ondersteuning. De ROS'en richten zich primair op ondersteuning van huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten, maar het hoeft niet tot



die beroepsgroepen beperkt te blijven. Met het opheffen van de DHV'en verdwijnt voor bedrijfsartsen een natuurlijke partner voor afstemming en samenwerking in de eerste lijn, maar de komst van de ROS'en biedt een kans om de factor arbeid op de agenda van de eerste lijn te krijgen. Participatie van bedrijfsartsen in een adviesraad, programmaraad of platform is daarbij een goede (eerste) optie. In § 3.4 wordt hier uitgebreid op ingegaan.

3 Wat wil de NVAB?

De bedrijfsarts speelt een belangrijke rol in de integrale ketenzorg van preventie, verzuim, curatie/conflictoplossing en reïntegratie. Maar dat geldt evenzeer voor de curatieve sector, werkgevers en werknemers, arbodiensten en reïntegratiebedrijven, tweedelijnsarbozorg en zorg- en inkomensverzekeraars. De samenwerking tussen al deze partijen is gebaat bij een duidelijke positie van de bedrijfsarts in de eerste lijn met heldere lijnen naar alle andere partijen. De NVAB wil zich daar sterk voor maken en heeft de volgende speerpunten van beleid geformuleerd.

1 De primaire taken van de bedrijfsarts zijn het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers. Het geven van gerichte (evidence based) adviezen op het gebied van reïntegratie, behoud en herstel van optimale inzetbaarheid staat daarin centraal. Dit mondt uit in zowel curatieve als preventieve taken. Het voorkomen van beroepsziekten en het verbeteren van de algemene gezondheid zal in de nabije toekomst meer nadruk krijgen.

De kerntaken voor bedrijfsartsen zijn vastgesteld onafhankelijk van de organisatievorm waarin de bedrijfsarts werkt (arbodienst, maatschap, zelfstandig, binnen de eerste lijn). Deze kerntaken zijn:

- a. het preventief bewaken van de gezondheid van werkenden en het signaleren van ongezond werk;
- b. het bij een werkende herkennen, diagnosticeren en behandelen van arbeidsrelevante klachten of van een (dreigende) beroepsziekte of arbeidsongeschiktheid;
- c. het actief volgen en begeleiden naar herstel van werkenden die verzuimen, gericht op behoud van werk en (re)integratie;
- d. het adviseren hierover aan individuele werknemers, werknemersvertegenwoordigers en werkgevers.

2 Verdere professionalisering van de bedrijfsarts door richtlijnontwikkeling en -implementatie. Speciale aandachtspunten daarbij zijn:

- a. inhoudelijke afstemming van richtlijnen met onder andere CBO en NHG, in het kader van de multidisciplinaire en transmurale richtlijnontwikkeling;
- b. bevorderen dat de factor arbeid een vaste plaats krijgt in alle bestaande medische richtlijnen;
- c. het ontwikkelen van richtlijnen (als monodisciplinaire verdieping), hulpmiddelen en implementatie-ondersteunend materiaal specifiek voor bedrijfsartsen;
- d. het versterken van de wetenschappelijke infrastructuur (stimuleren van onderzoek en onderwijs) en het (laten) evalueren van het gebruik van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten.

- 3 De NVAB streeft naar de realisering van de volgende structurele voorwaarden en uitgangspunten, die mede gebaseerd zijn op de analyse zoals gemaakt binnen het project Sociale Zekerheid en Zorg:
 - a. de ontschotting van sociale zekerheid en zorg, respectievelijk arbeidsgeneeskundige zorg en reguliere curatieve zorg;
 - b. de demedicalisering van verzuim, onder andere door een activerende benadering en door de nadruk te leggen op het belang van functioneel herstel naast gezondheidsherstel;
 - c. de versoepeling van uitwisseling van medische gegevens waar dat in het belang is van de patiënt en diens functioneel herstel;
 - d. het onderzoeken van de mogelijkheid om de factor arbeid te verankeren in de DBC's.

- 4 De NVAB streeft ernaar de toegankelijkheid voor werknemers en curatieve collega's tot de bedrijfsgeneeskundige expertise te verhogen. Daarvoor is een betere zichtbaarheid en inbedding van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde noodzakelijk. De NVAB tracht dit te bereiken door:
 - a. te stimuleren dat de regionale NVAB-kringen aansluiting zoeken bij de Regionale Ondersteunings Structuren voor de eerste lijn (ROS'en), die onder regie van de zorgverzekeraars kwaliteitsondersteuning en scholing bieden aan eerstelijnsprofessionals;
 - b. experimenten te stimuleren waarin bedrijfsartsen functioneren binnen integrale eerstelijnsvoorzieningen (zoals gezondheidscentra) en tweedelijnsvoorzieningen.

Om zich een positie in de eerste lijn te verwerven kunnen bedrijfsartsen verschillende wegen bewandelen. Zij kunnen zich (blijven) inspannen voor:

- multidisciplinaire en transmurale richtlijnontwikkeling;
- arbocuratieve samenwerking via gezamenlijke nascholing, ministages etc.;
- het ontwikkelen van de factor arbeid in DBC's;
- het aansluiten bij de ROS'en;
- het aansluiten bij eerstelijnsgezondheidszorginstellingen.

De NVAB kiest ervoor om al deze wegen te bewandelen. Onderstaand wordt dit verder uitgewerkt.

3.1 Multidisciplinaire en transmurale richtlijnontwikkeling

Er zijn inmiddels een aantal initiatieven om te komen tot multidisciplinaire en transmurale richtlijnen, zoals:

- **Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's)**
 - In het kader van het Platform Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheid (PARAG), dat onder leiding stond van de KNMG, zijn twee projecten uitgevoerd waar-

bij samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts centraal stond: één in de regio Kennemerland/Haarlemmermeer e.o. over het handelen bij psychische klachten en arbeid, en één in de regio Zwijndrecht/Dordrecht over samenwerken bij patiënten met lage-rugklachten. De samenwerkingsprotocollen stonden aan de basis van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken ‘Overspanning’ (inmiddels gepubliceerd).

- Wat NHG en NVAB betreft zal het niet bij één LESA blijven. Zij treffen inmiddels voorbereidingen voor een LESA ‘Aspecifieke lage-rugklachten’, die gebaseerd zal zijn op de NHG-Standaard en op de NVAB-Richtlijn op dit gebied.
- Voor de komende jaren zijn er plannen voor LESA's over contacteczeem, COPD, hartinfarct, en klachten aan arm, nek of schouder.

- ***Ketenzorgrichtlijnen onder regie van het CBO***

De ‘CBO-richtlijnen’ zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Ze zijn bedoeld om artsen en andere zorgverleners te ondersteunen bij de klinische besluitvorming. Zie hiervoor de website van het Kwaliteitsinstituut voor de Zorg, CBO. Het project ‘Arbeid in CBO-richtlijnen’ is opgezet door de NVAB en de Orde van Medisch Specialisten om een aanpak te ontwikkelen om de factor arbeid systematisch bij multidisciplinaire richtlijnontwikkeling te betrekken. De multidisciplinaire richtlijnen COPD, Carpaal Tunnel Syndroom en Depressie zijn in dit project concreet ‘op arbeid’ bijgesteld.²³⁾

- ***Reïntegratie in NHG-Standaarden***

NHG en TNO Arbeid en hebben bij UWV een subsidievoorstel ingediend om effectieve, op reïntegratie gerichte behandelmethoden voor huisartsen op te sporen, met als uiteindelijk doel dat deze worden verwerkt bij de revisie van de relevante NHG-Standaarden. Bovendien zal waar nodig ook aandacht worden besteed aan een adequate intercollegiale afstemming met bedrijfsartsen.

3.2 Arbocuratieve samenwerking en afstemming

“Sinds 1997 is er op arbocuratief terrein veel meer bereikt dan in decennia daarvoor, vooral in de randvoorwaarden. Hierbij gaat het om inzicht in de problemen, het onderwerp op de beleidsagenda krijgen bij alle partijen, convenanten en gezamenlijke visies van NVAB, LHV en Orde van Medisch Specialisten, regulier bestuurlijk overleg terzake tussen NVAB, LHV en NHG, de ontwikkeling van talrijke instrumenten en de uitvoering van praktijkexperimenten. Nu komt het aan op implementeren! Er is dus alle reden om te blijven investeren in arbeid en gezondheid – door overheid én de andere betrokken partijen, vooral ook de zorgverzekeraars –, en de opgedane kennis te vertalen naar de praktijk én naar die praktijk te luisteren”, aldus senior-onderzoeker en bedrijfsarts Buijs in Mediator.²⁴⁾ Wat de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen betreft is het zaak voort te

borduren op de initiatieven tot arbocuratieve samenwerking die in de afgelopen jaren zijn genomen. Een overzicht daarvan is te vinden in bijlage 2. Praktische punten van aandacht daarbij zijn zorgen voor een betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van hulpmiddelen, maar er moet ook nog steeds gewerkt worden aan verbetering van de beeldvorming over en weer.²⁵⁾

Vertrouwen

De basis van een goede samenwerking is een gezamenlijk belang, namelijk de gezondheid van de werkende patiënt én het besef dat je elkaar nodig hebt, erkenning van ieders domein en deskundigheid en onderling vertrouwen. Daarbij is naast informatie vooral persoonlijk contact van belang. Dat kan bijvoorbeeld worden bereikt via gezamenlijke nascholing en kwaliteitsbeleid en het deelnemen door bedrijfsartsen aan bestaande vormen van overleg in de eerste lijn. Hierna wordt dit verder uitgewerkt in § 3.4 en § 3.5.

Bereikbaarheid

Het is van belang dat huisartsen en bedrijfsartsen elkaar goed kunnen bereiken. In de praktijk blijkt de (telefonische) bereikbaarheid van de huisarts voor veel bedrijfsartsen een knelpunt. Maar ook omgekeerd is de bedrijfsarts niet altijd gemakkelijk te bellen. Daarom zouden zowel huisartsen als bedrijfsartsen de onderlinge bereikbaarheid goed moeten regelen door overlegmomenten te plannen, met behulp van overleg- of intercollegiale lijnen/nummers en instructies over doorverbinden. Gebruik van e-mail maakt contact makkelijker. Ook gebruik van het communicatieformulier uit de LHV/NVAB-Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim (Leidraad SMB) is handig voor het leggen van contact, bijvoorbeeld via de werknemer/patiënt.

Sociale kaart

De bereikbaarheid op regionaal niveau kan bevorderd worden via een sociale kaart. Daarvoor zijn inmiddels al initiatieven genomen en in enkele regio's is al een sociale kaart op internet beschikbaar. Voorbeelden zijn Praktijkservice, Verwijskompas, de Zorgwel-projecten in Brabant, Rijnland/Zuid-Holland-Noord en Flevoland, en de sociale kaart in Utrecht/'t Gooi (zie bijlage 8 voor de internetadressen). Bedrijfsartsen moeten zorgen dat zij in deze (digitale) sociale kaarten zijn opgenomen. Naar verwachting zullen de ROS'en zorg gaan dragen voor ontwikkeling en onderhoud van deze sociale kaarten. Ook zijn er inmiddels mogelijkheden voor elektronische communicatie en gegevensuitwisseling in de curatieve sector (Sleutelnet – Leiden en Uzorg – Utrecht). Hierbij zouden bedrijfsartsen (en arbodiensten) zich kunnen aansluiten.

Nascholing

Gezamenlijke nascholing blijkt een aantrekkelijke en effectieve manier om huisartsen en bedrijfsartsen met elkaar in contact te brengen. De meest succesvolle aanpak is een aan-

doening of klacht als uitgangspunt nemen en daaraan een multidisciplinaire uitwerking koppelen. Voor gezamenlijke nascholing is een NHG/LHV-Deskundigheidsbevorderings-(DKB)-pakket beschikbaar: 'Huisartsen en bedrijfsartsen leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding'. Het is opgesteld in samenwerking met de NVAB en omvat de modules:

- Luchtwegaandoeningen en arbeid
- Psychische klachten en arbeid (herzien in 2005)
- Klachten aan het bewegingsapparaat en arbeid
- Chronische aandoeningen en arbeid

Deze modules zijn te vinden op de bij deze publicatie behorende cd-rom.

Voor gezamenlijke scholing op de huisarts- en bedrijfsartsenopleidingen wordt een basismodule gebruikt.

Deelname bedrijfsartsen aan bestaande overleggen

Bedrijfsartsen kunnen aansluiten bij bestaande overleggen in de eerste lijn, zoals:

- patiëntenbesprekingen van huisarts met maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog en GGZ (overspanning, burnout, arbeidsconflicten);
- 'carouselbijeenkomsten' van huisartsen met medisch specialisten (aandacht voor de factor arbeid bij de te bespreken casuïstiek);
- themabesprekingen van huisartsen met fysiotherapeuten (rugklachten, klachten aan arm, nek of schouder);
- intercollegiale toetsing van huisartsen (herkennen arbeidsproblemen, bespreken eigen werkwijzen, toepassen LESA's).

Bedrijfsartsen hoeven geen vaste deelnemer aan dergelijke overleggen te zijn. Per onderwerp kan worden bekeken of deelname zinvol is.

Ministages

Bij een ministage lopen een huisarts en een bedrijfsarts een dag 'stage' bij elkaar. Dat vraagt enige tijdsinvestering, maar in de regio's waarin deze vorm van kennismaking al is beproefd, blijkt dat geen belangrijk obstakel te zijn. Uit de eerste evaluaties bleken de ministages erg leerzaam voor beide partijen. Het organiseren van ministages zou een vaste regio-activiteit kunnen worden die door ROS'en wordt aangeboden. Om dat te realiseren is het noodzakelijk dat ROS'en 'arbeid' tot aandachtspunt voor beleid maken. In § 3.4 wordt daar uitgebreid op ingegaan.

3.3 Arbeid in de DBC's

Een ontwikkeling die kan bijdragen aan de integratie van arbeid binnen de reguliere zorg is de ontwikkeling van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's).²⁶⁾ Deze vorm van producttypering leidt tot een andere financiering van ziekenhuis- en medisch specialistische zorg met een meer directe relatie tussen geleverde prestaties en prijs. Kenmerk van een

DBC is dat alle voor een adequate behandeling uit te voeren (medische) activiteiten in een zorgproduct verenigd zijn. Dat maakt het mogelijk om multidisciplinair en transmuriaal te werken aan producttyperingen en de daaraan verbonden kosten. Zorgverzekeraars kunnen met zorgaanbieders afspraken maken voor het vergoeden van bepaalde DBC's. Voor de integratie van (tweedelijns)arbozorg is het van belang dat ze hun zorgaanbod in een DBC kunnen omschrijven. Het lijkt zinvol bestaande DBC's te screenen en zo nodig aan te vullen op aandacht voor de factor arbeid en reïntegratie, waarbij naast herstel van klachten ook aandacht moet worden besteed aan functioneel herstel.

De ontwikkeling van DBC's voor arbeidsrelevante aandoeningen en arbocuratieve zorg maakt de arbozorg transparant qua zorgverlening en kosten, en draagt zo bij aan een eenvoudiger integratie in de reguliere gezondheidszorg.

Voordeel van DBC's is dat ze waarschijnlijk deel zullen uitmaken van de basisverzekering en dat ze volledig worden vergoed door de zorgverzekeraars. Nadeel kan zijn dat ze bureaucratie in de hand werken en beperkingen opleggen aan de professionele handelingsvrijheid.

3.4 Arbeid op de agenda van de ROS'en

De regionale ondersteuningsstructuren per beroepsgroep, zoals de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) of het regiokantoor voor verloskunde, worden momenteel in opdracht van VWS vervangen door regionale ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn (ROS'en). Redenen daarvoor zijn dat belangenbehartiging niet uit premiegeld mag worden betaald en de voorkeur van de zorgverzekeraars uitgaat naar een regionaal georganiseerde ondersteuningstructuur voor de gehele eerste lijn om op lokaal niveau de knelpunten aan te

pakken. Zo kan er meer samenhang, samenwerking en doelmatigheid in de ondersteuningsstructuur gebracht worden.



De ROS heeft als functie de totstandkoming en instandhouding van de geïntegreerde eerste lijn, met de zorgverzekeraars in de regio. In het hele land worden momenteel initiatieven genomen om ROS'en voor de eerste lijn op te zetten. Van een centrale regio of structuur is vooralsnog geen sprake. Zie bijlage 5 voor namen en adressen.

ROS'en zijn formeel actief vanaf 1 januari 2005, maar in sommige regio's zijn ze al langer aan de slag. Ze worden gefinancierd door de zorgverzekeraar, uit een budget van ongeveer €1 per inwoner per jaar. In totaal is er voor 16 miljoen

verzekerden dus zo'n 16 miljoen euro te verdelen. Het budget is niet geormerkt voor een bepaalde beroepsgroep. De zorgverzekeraar met de meeste verzekerden (> 50% van de inwoners) is de contractpartner voor de ROS, ook namens andere zorgverzekeraars. Doel is ondersteuning van de gehele eerste lijn.

De zorgverzekeraar stelt op basis van een regionale analyse naar de versterking van de eerstelijnszorg een regioplan op, waardoor regionale diversiteit ontstaat. Hoewel de nadruk in de aanvangsfase bij de doelgroepen huisartsen, verloskundigen en ergo-/fysiotherapeuten ligt, is doorgroei naar multidisciplinaire ondersteuning van de gehele eerste lijn de uiteindelijke doelstelling. De ROS richt zich hoofdzakelijk op implementatie van landelijke kwaliteitsstandaarden, bewaking van de continuïteit, procesbegeleiding van de samenwerking en innovatie.

Volgens de LVG, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, die de belangen behartigt van de (aanstaande) ROS'en, zullen medio 2005 overal ondersteuningsactiviteiten gecontracteerd zijn. In het zuiden van het land is er een interim oplossing en zal de ROS per 1 juli 2005 formeel starten. In circa 15 procent van de gevallen zullen er projecten plaatsvinden zonder ROS. In die gevallen bepaalt de zorgverzekeraar waar het geld aan besteed wordt en zullen losse ondersteuningsactiviteiten worden gecontracteerd. Omdat het budget met 16 miljoen beperkt is, zullen keuzes gemaakt moeten worden en dat zal vraaggericht gebeuren: er wordt uitgegaan van wat in een bepaalde regio in een bepaalde beroepsgroep nodig is. Dat kan betekenen dat de steun binnen een regio en binnen beroepsgroepen kan verschillen, bijvoorbeeld voor bijscholing waarbij de prioritering gemaakt wordt door de verzekeraar.

Op dit moment staat het thema 'arbeid' nog niet op de beleidsagenda van alle ROS'en. Zij vormen echter wel dé structuur bij uitstek om arbeidsrelevante problematiek op regionaal niveau een structurele basis te geven.

Als de inhoudelijke ondersteuning van bedrijfsartsen ook door de ROS'en vormgegeven gaat worden, zet de beroepsgroep een belangrijke stap in de richting van een positie binnen de eerste lijn. Daarmee is ook de ontwikkeling van integrale bedrijfsgeneeskundige zorg gediend. De tijd is nu rijp om de gecreëerde randvoorwaarden en de opgedane kennis actief te vertalen in afstemming tussen curatieve en arbeidsgerelateerde zorg. Deelname aan de ROS maakt dat mogelijk en zorgt er voor dat de reeds geboekte resultaten niet verloren gaan.

Met de komst van de nieuwe Zorgverzekeringwet en het gegeven dat inkomens- en zorgverzekeraars naar elkaar toegroeien, is het zaak de factor arbeid ook bij zorgverzekeraars in beeld te brengen. Gezien de intensieve bemoeienis van regionale zorgverzekeraars zijn de ROS'en daarvoor een geschikt platform.

Om arbeid op de beleidsagenda van de ROS'en te krijgen wil de NVAB 'koersen op de kracht van de NVAB-Kringen'. Daarom zouden die Kringen zich als participant van de ROS'en

moeten melden. Hoewel ROS'en net als de NVAB-Kringen een regionaal karakter hebben, is de verhouding niet één op één: er zijn 10 NVAB-kringen en uiteindelijk ongeveer 25 organisaties die ondersteuningsactiviteiten uitvoeren. Bij het contracteren van verschillende ondersteuningsactiviteiten moet dan wellicht ook met meer dan één ROS worden samengewerkt. Dat zou het opzetten en borgen van structurele contacten mogelijk lastig maken.

Waarom is het voor NVAB-Kringen belangrijk om samen te werken met de ROS'en?

Het is voor NVAB-Kringen belangrijk om samen te werken met de ROS'en om:

- betrokken te worden in de ketenzorg;
- de zichtbaarheid van bedrijfsartsen te vergroten;
- betrokken te worden in de kwaliteitsondersteuning voor medische professionals;
- vooroordelen over bedrijfsartsen uit de wereld te helpen.

De eerder geschetste scheiding van behandeling en controle (sinds eind 19^e eeuw) en de verschillende financieringsbronnen (zorgverzekeraars en private financiering door werkgevers) zijn er debet aan dat de bedrijfsgeneeskunde momenteel niet erg zichtbaar is voor professionals in de curatieve zorg. Ook de meeste werknemers/patiënten komen relatief weinig in aanraking met bedrijfsartsen. Met name in het laatste decennium is die zichtbaarheid er bepaald niet groter op geworden; in de arbodiensten 'verdwenen' de bedrijfsartsen temidden van de andere disciplines.

Vanwege die relatieve onbekendheid startte de NVAB in juni 2004 met de Ophelderingscampagne, onder andere om collega's en het publiek duidelijk te maken wat de taken en werkzaamheden van de bedrijfsarts zijn en wat je van hem kunt verwachten (www.jebedrijfsarts.nl). De aan deze campagne verbonden vraagbaak maakt schrijnend duidelijk dat er nog veel misvattingen en misstanden bestaan ('Mijn werkgever wil per se met mij mee naar de bedrijfsarts. Hij zegt daar recht op te hebben. Klopt dat?'). Het is en blijft dus belangrijk dat bedrijfsartsen in beeld zijn. Zij kunnen dan laten zien dat bedrijfsgeneeskundige zorg een meerwaarde heeft voor de kwaliteit van medische zorg aan werkenden (preventief en curatief) én voor de inzetbaarheid en het functioneren van werknemers.

Naast dit doel op strategisch/beleidsniveau, zijn er ook meer concrete doelen voor NVAB, NVAB-Kringen en bedrijfsartsen, bijvoorbeeld op het terrein van de arbocuratieve samenwerking. Zo is uit onderzoek gebleken dat de attitude tot samenwerking weliswaar langzaam verbetert, maar dat er nog te weinig sprake is van echte samenwerking. Daarom zijn bedrijfsartsen erbij gebaat om collega's in de curatieve sector te kennen. Die mogelijkheid is er bij de daarvoor ingerichte platforms, zoals de ROS'en. ROS'en verzorgen (na)scholingen, ondersteunen kwaliteitsprojecten, bieden facilitaire ondersteuning en dragen zorg voor cohesie en zijn een platform voor collegiale en sociale contacten. Dit heeft vooral kans van slagen op kleine schaal, dus in een wijk, stad of regio.

Concrete initiatieven

Enkele NVAB-Kringen zijn al actief bezig om aansluiting te realiseren bij de ROS in hun regio. Zij voeren gesprekken om hun interesse kenbaar te maken en de mogelijkheden te onderzoeken om zich als participant aan te sluiten.

Dit proces verloopt voor beide kanten nog onwennig:

- De ROS'en zijn nog erg bezig met eigen identiteit en taakstelling. Zij hebben als primaire doelgroep vooral huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen in beeld en niet of nauwelijks de bedrijfsartsen. Bovendien bestaat er een grote variatie in vormgeving en beleidsopties bij de ROS'en. Zorgverzekeraars verschillen sterk van mening over de regievoering en er zijn van oudsher ook aanzienlijke regionale verschillen (bijvoorbeeld in de mate van samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen).
- Voor de Kringbesturen is bezig zijn op het terrein van gezondheidszorgbeleid een nieuwe en veeleisende opdracht. Tot nu toe was hun voornaamste activiteit het organiseren van scholing voor de eigen beroepsgroep (vergelijkbaar met de DHV'en). Nu wordt hun gevraagd zich regionaal te manifesteren en te positioneren in de eerste lijn tussen eerste-lijnscuratieve collega's, die niet in alle gevallen onbevooroordeeld en onbevangen tegenover de bedrijfsgeneeskunde staan. Daarbij komt dat bedrijfsartsen weinig vertrouwd zijn met de structuur van de gezondheidszorg (financiering, verhoudingen tussen instellingen).

Met enthousiasme heeft een aantal Kringen initiatieven genomen:

- Kring Oost Brabant heeft aan de ROS i.o. een brief geschreven om aan te geven dat bedrijfsartsen partij willen zijn. Zij hebben daarover ook contact met vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars. Bovendien zal in de regio (Eindhoven) een begin worden gemaakt met een (of meer) experimenten om bedrijfsartsen voor een beperkt aantal dagdelen te laten werken in een eerstelijnsvoorziening.
- Kring IJssel in het Midden is uitgenodigd om bij twee ROS'en te komen praten over eventuele betrokkenheid van bedrijfsartsen. In één geval zal dat leiden tot plaatsnemen in de raad van advies van de ROS.
- De Kringen in Rotterdam/Rijnmond, Den Haag/Leiden en Noord zijn actief in gesprek gegaan met ROS-vertegenwoordigers, zodat men daar weet dat bedrijfsartsen bereid zijn om aan te sluiten. Daardoor zijn open verhoudingen ontstaan, die op termijn tot participatie kunnen leiden.
- Kring Utrecht gaat bovendien samen met andere partners contacten leggen met de ROS en de implementatie van de LESA Overspanning ter hand nemen.

3.5 Initiatieven van NVAB-Kringen

Mogelijkheden voor concrete initiatieven door NVAB-Kringen om de positie van bedrijfsartsen in de eerste lijn te verbeteren, worden hieronder op een rij gezet:

- Maak de bedrijfsarts en de bedrijfsgeneeskunde zichtbaar: zolang je niet gezien en

gehoord wordt blijven vooroordelen in stand. Maak mondeling of per brief kenbaar dat het Kringbestuur in overleg wil treden met vertegenwoordigers van de ROS. Daarnaast zijn ook vertegenwoordigers van de regionale zorgverzekeraar goede gesprekspartners. Niet alleen omdat zij de regie voeren over de ondersteuning van de eerste lijn door de ROS'en, maar ook omdat steeds meer zorgverzekeraars geïnteresseerd raken in integrale pakketten; pakketten mét aandacht voor preventie en voor werkende patiënten.

(Hulpmiddel: er is in 2005 op beperkte schaal subsidie beschikbaar voor 'initiatiefnemers'. Het Kwaliteitsbureau NVAB kan Kringen met raad en daad terzijde staan.)

- Presenteer en profileer de bedrijfsarts en bedrijfsgeneeskundige zorg in reële bewoordingen, met aandacht voor de professionaliteit van vak en bedrijfsarts, voor de uitdagingen, dilemma's, juiste en onjuiste (voor)oordelen. Presenteer de Kring als dé vertegenwoordiger van de bedrijfsartsen in de regio: niemand kent bedrijfsartsen beter dan de Kringbesturen.

(Hulpmiddel: via het Kwaliteitsbureau NVAB is de nieuwe ophelderingcursus 'Resultaatgericht communiceren voor bedrijfsartsen' beschikbaar.)

- Geef aan dat de scheiding van bedrijfsgeneeskundige begeleiding en reguliere curatieve zorg momenteel te ver is doorgevoerd en dat daarin verbetering moet komen; dat is de mening van zowel de NVAB als van de ministeries van SZW en VWS.

(Hulpmiddel: via het Kwaliteitsbureau NVAB is een powerpointpresentatie over bedrijfsgeneeskunde beschikbaar.)

- Peil of het mogelijk is dat bedrijfsartsen in de toekomst gebruikmaken van voorzieningen en faciliteiten die de ROS gaat bieden; al dan niet tegen betaling. Dit kan het Kringbestuur ontlasten van secretariaal werk en leiden tot een structurele band met de ROS.

(Hulpmiddel: de Kring kan de NVAB-bijdrage of subsidies gebruiken om bijvoorbeeld administratieve faciliteiten in te kopen bij de ROS, zodat de kring 'vaste klant' wordt.)

- Biedt aan dat iemand uit het Kringbestuur participeert in een raad van advies (of soortgelijk orgaan) van de ROS, zodat de mogelijkheid ontstaat mee te praten over het beleid. Op die manier kan de factor arbeid onder de aandacht gebracht worden en wellicht in de toekomst op de beleidsagenda worden geplaatst.

*(Hulpmiddel: inhoudelijk materiaal over arbeidsomstandigheden in Nederland en over ongesignaleerde arbeidsgerelateerde problematiek in de curatieve sector is te vinden via onder andere de websites van het NCvB (www.beroepsziekten.nl) en het ministerie van SZW (www.minszw.nl; onder meer *Arbobalans 2004*.)*

- Stel voor een experiment te starten (of dóór te gaan met de eerder gestarte experimenten vanuit NVAB-LHV en Medwerk) onder de vlag van de ROS. Hierbij valt te denken aan een vaste kerngroep die scholing voorbereidt en ministages bedrijfsarts – huisarts en/of bedrijfsarts – fysiotherapeut organiseert.

(Hulpmiddel: alle publicaties en voorbeeldmateriaal van de pilotprojecten NVAB-LHV en Medwerk. Zie o.a. www.zonmw.nl.)

- Initieer kwaliteitsverbeteringprojecten met collega-professionals: het onderwerp daarvan is minder belangrijk dan het feit dát er geïnnoveerd en verbeterd wordt. Wees ervan overtuigd dat de expertise van de bedrijfsarts nieuw en dus altijd aanvullend is. Start met kleine projecten op de schaal van enkele collega's in maatschap of buurt. Grotere projecten kosten altijd veel tijd, en die is vaak niet beschikbaar. Bovendien komen grote projecten meestal voort uit kleinschalige experimenten: bottom-up!

(Hulpmiddel: 'Kwaliteitverbeteringsprojecten in tien werkwoorden', zie bijlage 6.)

3.6 De bedrijfsarts in de eerstelijnsgezondheidszorginstellingen

Bedrijfsartsen komen lossers te staan van arbodiensten. Vijf jaar geleden waren er zo'n 40 zelfstandig werkende bedrijfsartsen en inmiddels is dat aantal opgelopen tot zo'n 250. Binnen de NVAB is een landelijk netwerk van zelfstandig en freelance werkende bedrijfsartsen (ZFB).

Gezien de geschetste ontwikkelingen zullen bedrijfsartsen eerder geneigd zijn een eigen praktijk te beginnen of aan te haken bij een huisartsenvoorziening of gezondheidscentrum. De bedrijfsarts wordt daar dan de 'specialist' voor arbeidsrelevante problematiek en:

- adviseert huisartsen en andere disciplines bij arbeidsrelevante problematiek;
- is de schakel tussen curatieve zorg en de werkgever, arbozorg en verzuimverzekeraar;
- begeleidt en coördineert de curatieve zorg bij complexe arbeidsrelevante problematiek.

De bedrijfsarts als extra voorziening in de georganiseerde eerste lijn

In Oost-Brabant vindt men de tijd rijp om te experimenteren met het beschikbaar stellen van bedrijfsgeneeskundige expertise binnen de huisartsgeneeskundige voorziening.

Op gezamenlijk initiatief van de (voorheen) DHV in Zuidoost-Brabant en de NVAB-Kring Oost Brabant is voor verankering en ondersteuning van het project 'De bedrijfsarts als extra voorziening in de georganiseerde eerste lijn' contact gezocht met de ROS-Zuid Nederland.

Het project is gebaseerd op de volgende overwegingen:

- Tot dusver waren de op samenwerking gerichte projecten niet of nauwelijks gericht op de directe hulpverlening aan de patiënt/werknemer.
- Interventies van de bedrijfsarts vinden, afhankelijk van het contract, meestal plaats na drie tot zes weken verzuim. In dit project kan ervaring opgedaan worden met interventies door de bedrijfsarts binnen een week na melding van de klachten.
- De huisarts blijft de spil in de klachtafhandeling: hij verwijst de patiënt/werknemer naar de bedrijfsarts; op korte termijn en op dezelfde locatie. Daarbij wordt gestreefd naar integrale interventie en de associatie met 'controle' of 'claimbeoordeling' ontbreekt geheel.
- Verwijzing vindt niet alleen bij verzuim plaats, maar in alle gevallen waarbij arbeidsrelevante aspecten een rol zouden kunnen spelen.

- Het aantal gemeenschappelijke patiënten van één huisarts en één bedrijfsarts is doorgaans te gering om te komen tot een vertrouwde werkrelatie. Niettemin ziet de huisarts een aantal werkgerelateerde problemen per week. Daarom wordt in het pilotproject uitgegaan van de veronderstelde optimale schaal en is gekozen voor een bedrijfsarts die gemiddeld een halve dag per week praktijk houdt in de huisartsenvoorziening.

Om een pilotproject op te zetten, moeten een of enkele grotere huisartsenvoorzieningen en een of enkele bedrijfsartsen (zelfstandig of via een arbodienst) geworven worden. De bedrijfsarts zal wekelijks een afgesproken hoeveelheid tijd in de huisartsenvoorziening beschikbaar zijn voor patiëntcontacten en voor deelname aan intercollegiaal overleg. Het is denkbaar en zelfs wenselijk dat de bedrijfsarts ook (een deel van) zijn reguliere werk uitvoert binnen de huisartsenvoorziening. Daarmee is hij vaker bereikbaar voor huisartsen, is een soepele consultplanning van patiënten mogelijk en krijgt de beoogde samenwerking een extra impuls.

Per *pilot* in een eerstelijnsvoorziening (huisartsengroepspraktijk, gezondheidscentrum) wordt een spreekuurlocatie voor een bedrijfsarts gerealiseerd, bij voorkeur op plaatsen:

- waar minimaal vijf huisartsen (fulltime) samenwerken;
- waar sprake is van een goede samenwerking met fysiotherapeuten en/of andere eerstelijnsprofessionals (zoals eerstelijnspsycholoog);
- waar het thema 'arbeid' de belangstelling heeft of kan krijgen.



Van de betreffende bedrijfsarts wordt verwacht dat hij geregistreerd is, ruime ervaring heeft, in staat is te werken met EBM (evidence based)-richtlijnen, communicatief is ingesteld, consultatievaardigheid bezit en wetenschappelijke belangstelling heeft. De bedrijfsarts in de huisartsgeneeskundige voorziening zal in principe alleen toegankelijk zijn via de huisarts. Directe terugkoppeling en overleg met de verwijzende huisarts binnen de voorziening is een primaire taak (vergelijkbaar met de werkwijze van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige binnen de eerste lijn: deels bemiddelen, deels consultatie verlenen, deels adviseren/behandelen).

Het pilotproject zal een jaar duren, waarin de bedrijfsarts honderd patiënten ziet op verzoek van de huisarts(en) en er honderd maal intercollegiaal overleg plaatsvindt tussen bedrijfsarts en huisarts (of andere professionals).

Als specialist op het gebied van arbeid en gezondheid zal de bedrijfsarts de huisarts primair adviseren over de arbeidsrelevante aspecten van de klachten van de patiënt bij:

- mogelijke oorzaken of versterkende factoren binnen het werk;
- mogelijke en haalbare aanpassingen op het werk en hoe die te bereiken;
- fasering van belastbaarheid;
- specifieke curatieve mogelijkheden;
- gezondheidsbevordering op het werk en terugvalpreventie.

Bij deze advisering kan ook de met de huisartsgroep samenwerkende fysiotherapeut betrokken worden.

De bedrijfsarts in de huisartsenvoorzieningen moet ook zijn positie bepalen ten opzichte van collega's (binnen de arbodiensten), want elke patiënt/werknemer heeft óók nog te maken met een bedrijfsarts vanuit het contract van zijn werkgever. Daarmee zal contact moeten worden gelegd om duidelijk te maken dat:

- het experiment tot doel heeft om bedrijfsgeneeskundige expertise in een andere setting en op een eerder tijdstip in te zetten. De resultaten zijn openbaar en zullen zowel de patiënt als de kwaliteit van de (bedrijfsgeneeskundige) zorg ten goede komen;
- op verzoek van de huisarts of van de patiënt een vroegtijdig, consultatief en complementair bedrijfsgeneeskundig advies wordt geven;
- het advies géén substituut is voor de interventie die de 'eigen' bedrijfsarts biedt;
- het zeker geen formele advisering aan de werkgever betreft over de vraag of er medische bezwaren zijn om arbeid te verrichten: dat is en blijft de taak van de 'eigen' bedrijfsarts.

Elk advies van de bedrijfsarts in de huisartsenpraktijk zal dus gepaard moeten gaan met communicatie naar de eigen bedrijfsarts. Hiervoor is het al in de regio Oost-Brabant ontwikkelde communicatieformulier een geëigend middel. Zo nodig krijgt de patiënt het advies zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de eigen bedrijfsarts.

Voor alle betrokken partijen is er iets te winnen met dit project:

- Patiënten/werknemers kunnen snel en lokaal gebruikmaken van extra deskundigheid zodat arbeidsrelevante aspecten worden meegewogen in curatief en preventief beleid.
- Huisartsen krijgen met de aanvullende expertise uitbreiding van integrale zorg binnen hun eigen setting.
- De huisartsvoorziening/het gezondheidscentrum doet ervaring op met nieuwe vormen van integrale eerstelijnszorg en bereidt zich zo voor op de toekomst.
- Werkgevers zijn gebaat bij lagere verzuimcijfers en dus optimale en vroegtijdige zorg, ook al omdat de verplichting om een arbodienst te contracteren komt te vervallen.
- Voor de 'eigen' bedrijfsarts worden de patiënten/werknemers bij wie knelpunten spelen die geen uitstel dulden, er al snel uitgezeefd en op een spoor gezet richting eigen bedrijfsarts en herstel. Dit voorkomt een tijdverlies van enkele weken waarin moeilijk herstelbare schade zou kunnen optreden.
- De zorgverzekeraar krijgt zicht op de integratie van zorg en arbeidsrelevante dienstverlening.
- De participerende arbodiensten zien wellicht de verzuimcijfers dalen door vroege inzet van een bedrijfsarts. Tevens kunnen ze via deze pilot ervaring opdoen met een nieuwe werkwijze en een nieuwe markt die ook hun profilering ten goede kan komen.

Bijlage 1 Professionalisering van de bedrijfsarts

Beroepsvereniging NVAB

Ruim 90% van de in Nederland werkende bedrijfsartsen is lid van de wetenschappelijke beroepsvereniging NVAB. De vereniging, opgericht in 1946, telt in 2005 ongeveer 2.250 leden. De vereniging is regionaal georganiseerd in tien perifere Kringen die zich vooral richten op nascholing en de toetsing van beleid. Binnen de NVAB opereren diverse commissies, werk- en stuurgroepen. Zij adviseren het bestuur over tal van ontwikkelingen in het vakgebied. Het dagelijkse uitvoerende werk wordt verricht door het Secretariaatsbureau NVAB en Kwaliteitsbureau NVAB.

Instrumenten van professionalisering

De **Beroepscode** (1989) is de formele vastlegging van de normen en waarden waaraan bedrijfsartsen zich dienen te houden. De Beroepscode bevat de elementaire regels voor het gedrag van bedrijfsartsen tijdens hun beroepsuitoefening. De Beroepscode is bedoeld als kader, waarbinnen iedere bedrijfsarts zelfstandig zijn persoonlijke beslissingen zal moeten (leren) nemen. Bedrijfsartsen werken vaak in een spanningsveld en krijgen regelmatig te maken met belangentegenstellingen. De Beroepscode kan dan ruggesteun en leidraad bieden, maar ontslaat de bedrijfsarts niet van de eigen verantwoordelijkheid tot het nemen van beslissingen in vaak moeilijke en ingewikkelde situaties. Als aanvulling hierop is door de Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek een checklist opgesteld om bedrijfsartsen te helpen om in een conflict van plichten en bij ethische kwesties helder te maken wat men zou moeten doen (Methode Moreel Beraad voor de bedrijfsarts). De Beroepscode is niet alleen leidraad voor de beroepsgroep, maar ook bedoeld als referentie voor de relevante omgeving van de bedrijfsarts, zoals werkgevers en werknemers.

In het **Beroepsprofiel** (1995) wordt de professionele deskundigheid van de bedrijfsarts beschreven inclusief de taken en verantwoordelijkheden binnen de wettelijke kaders. Het **Professioneel statuut** van de bedrijfsarts (2003) is een door de beroepsgroep van bedrijfsartsen opgesteld document, gericht op de specifieke beroepsuitoefening van de bedrijfsarts. Het is bedoeld om de professionele onafhankelijkheid (autonomie) van de bedrijfsarts werkzaam binnen arbodiensten te waarborgen.

Richtlijnontwikkeling en -implementatie

In het kader van de professionalisering heeft de NVAB sinds 2000 evidence-based richtlijnen gepubliceerd over het handelen van de bedrijfsarts bij:

- lage-rugklachten;
- psychische klachten;
- oogonderzoek en beeldschermwerk;
- indicatiestelling sociale werkvoorziening (begin 2005 ingetrokken);
- klachten aan arm, nek of schouder;
- longaandoeningen (astma/COPD).

Gestart of in voorbereiding zijn de ontwikkeling van een richtlijn over:

- preventie en behandeling van contacteczeem;
- reïntegratie na myocardinfarct;
- gehoor en arbeid (multidisciplinair: samen met de BA&O, NVvA en NVVK).

Tevens is gestart met de herziening van de richtlijnen over:

- psychische klachten;
- lage-rugklachten.

De keuze voor de richtlijnonderwerpen ligt bij de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling van de NVAB en wordt vastgelegd in het werkprogramma. De Stuurgroep volgt van enige afstand het proces van richtlijnontwikkeling dat via opdrachtformulering, projectplan en conceptrichtlijn uiteindelijk leidt tot autorisatie van de richtlijn. Het Kwaliteitsbureau NVAB is de feitelijke uitvoerder van dit proces.

Het doel van de richtlijnontwikkeling is het verbeteren van de kwaliteit van het arbeidsgezondheidskundig handelen, en dat wordt pas echt bereikt als de richtlijn op grote schaal wordt toegepast. Hoewel de daadwerkelijke implementatie in de praktijk door arbodiensten en de bedrijfsartsen zelf zal moeten gebeuren, biedt het Kwaliteitsbureau NVAB hierbij ondersteuning door de inzet van verschillende instrumenten. Zo stelt het Kwaliteitsbureau op zijn website hulpmiddelen beschikbaar om het gebruik van de richtlijnen te bevorderen, variërend van kennistoetsen en casuïstiek tot rollenspelen en klinische besprekingen. Deze hulpmiddelen zijn in eerste instantie bedoeld voor bedrijfsartsen die een taak hebben in kwaliteitsverbetering binnen de arbodienst in het algemeen en implementatie van richtlijnen in het bijzonder. Maar ook bedrijfsartsen die de richtlijn binnen hun overleggroep of voor zichzelf meer in de vingers willen krijgen, hebben baat bij deze producten. De hulpmiddelen hebben het meeste effect wanneer ze op het juiste moment in het proces van implementatie worden ingezet.

Een belangrijke rol bij de implementatie is weggelegd voor het Netwerk Richtlijnen Bedrijfsgezondheidszorg. Dit Netwerk startte in 2002 op initiatief van de NVAB en bestaat uit een groep van ongeveer honderd bedrijfsartsen en andere functionarissen die in hun dagelijkse praktijk bezig zijn met intercollegiale toetsing, het ontwikkelen en uitvoeren van nascholing en het kwaliteitsbeleid binnen arbodiensten. De activiteiten van het

Netwerk zijn bedoeld om de brug te slaan tussen de opgestelde richtlijnen en de dagelijkse praktijk waarin bedrijfsartsen opereren.

De NVAB draagt de ontwikkelde richtlijn uit onder bedrijfsartsen. Maar managers en directies van arbodiensten moeten eveneens op de hoogte worden gebracht van de richtlijnen en gestimuleerd worden om die in te passen in hun werkzaamheden. Hier ligt een taak voor de Branche Organisatie van Arbodiensten (BOA). Ook de overheid kan bijdragen aan de implementatie van richtlijnen, bijvoorbeeld door het handelen volgens richtlijnen tot aandachtspunt te maken bij de certificatie van arbodiensten.

Door het Kwaliteitsbureau NVAB wordt het gehele proces van richtlijnontwikkeling voortdurend geëvalueerd. Er wordt vastgesteld wat er anders of beter kan en eventueel wordt een voorstel gemaakt om onderdelen van het proces of het nascholingstraject aan te passen. Ook op langere termijn wordt de kwaliteit van de richtlijnen bewaakt. Door en met universitaire instellingen worden zowel de toepassing als de effecten van de NVAB-Richtlijnen onderzocht.

Naast de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen voor bedrijfsartsen wordt vanuit het Kwaliteitsbureau NVAB ook deelgenomen aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen onder regie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en worden samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) opgesteld (zie bijlage 2 over arbocuratieve samenwerking). In 2005 start ook een door UWV gefinancierd NHG/TNO Arbeid-project om te onderzoeken in hoeverre de NHG-Standaarden eventueel aanpassing behoeven op het punt van arbeid in het algemeen en werkhervatting in het bijzonder. Ook hierbij is de NVAB betrokken.

Verwijsfunctie bedrijfsarts

De bedrijfsarts verwees al jaren regelmatig binnen de arbozorg, zoals naar psycholoog, maatschappelijk werk of tweedelijnsarbodienstverleners. Dat zijn vaak multidisciplinaire behandelcentra voor rugklachten, klachten aan arm, nek of schouder en behandelcentra voor arbeidsrelevante psychische klachten waar vooral met gedragstherapeutische methoden wordt gewerkt. Omdat deze behandelcentra niet onder de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vallen en privaat worden gefinancierd, is verwijzing afhankelijk van de bereidheid van de werkgever om de kosten te vergoeden.

Sinds 1 januari 2004 kan de bedrijfsarts ook rechtstreeks verwijzen voor de reguliere eerste- en tweedelijnszorg, met name wanneer het gaat om arbeidsrelevante aandoeningen.

De verwijsfunctie voor de bedrijfsarts is bedoeld om bij gezondheidsproblemen waarbij de kennis van de bedrijfsarts over de werksituatie en over de relatie tussen werk en gezondheidsklachten van belang is, doelmatiger te verwijzen.

De NVAB heeft een Leidraad opgesteld voor verwijzen door de bedrijfsarts en een aantal basisregels geformuleerd. Deze bepalen onder meer dat:

- de verwijzing is gebaseerd op medisch-inhoudelijke gronden (en niet op andere door werkgever of werknemer aangedragen gronden);
- de bedrijfsarts verwijst naar de hulpverlener die de kwaliteit van zorg kan bieden die past bij de vraagstelling. De verwijzing is onafhankelijk van commerciële afspraken van de werkgever en/of arbodienst.

Over de afstemming met de huisarts zegt de Leidraad: “Bij verwijzing door de bedrijfsarts vindt zo nodig vooraf overleg met de huisarts plaats en wordt die in elk geval altijd geïnformeerd, bijvoorbeeld door het toesturen van een kopie van de verwijsbrief (na toestemming van de patiënt).”

Of verwijzingen door de bedrijfsarts naar de reguliere zorg inderdaad al die beoogde voordelen oplevert is nog niet aangetoond, maar ook niet weerlegd. Het aan deze verwijsfunctie gekoppelde evaluatieonderzoek moet daar meer zicht op geven.

Uit evaluatie in 2004 bleek dat arbodiensten problemen hebben met het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars, doordat het tijdsintensief is om op maatwerk contracten af te sluiten die per zorgverzekeraar verschillend kunnen zijn. In de loop van 2004 kwam deze contractering beter op gang, met name tussen grote arbodiensten en verzekeraars. Werkgevers en medisch specialisten waren soms nog onvoldoende op de hoogte van de nieuwe mogelijkheden van de bedrijfsarts. De tweedelijnsarbozorg (bedrijfsgeneeskundige zorg buiten het WTG-circuit) is voor veel bedrijfsartsen nog aantrekkelijk, omdat ze betere afspraken kunnen maken over het tijdspad en de terugkoppeling. Ook is de tweedelijnsarbozorg beter ingesteld op de relatie werk en gezondheid dan de reguliere gezondheidszorg. Al deze punten verklaren wellicht waarom de verwijsfunctie geleidelijk uitrolt en er nog geen grote effecten te zien zijn. Overigens blijkt uit de (tussen)evaluatie dat de verwijsfunctie tot nu toe niet leidt tot medisch shoppen of medicaliseren.

Ook blijkt dat in regio's waar de samenwerking tussen de huisarts en de bedrijfsarts goed is, de verwijzingen veelal via de huisarts gaan. In de zomer van 2005 verschijnen de uitkomsten van het volledige evaluatieonderzoek.

Bijlage 2 Initiatieven tot arbocuratieve samenwerking

De beroepsorganisaties van huisartsen en bedrijfsartsen hechten veel belang aan een goede samenwerking tussen beide beroepsgroepen. In 1997 hebben LHV en NVAB een samenwerkingsovereenkomst gesloten en vervolgens is een gezamenlijke visie opgesteld ('Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij SMB', 1998). Ook de KNMG-code 'Samenwerking bij arbeidsverzuim' (1999) onderstreept dat belang: 'Samenwerking tussen de verschillende artsen is van groot belang. Samenwerking voorkomt dubbel onderzoek, tijdverlies en onduidelijkheid, bijvoorbeeld als gevolg van verschillende adviezen. Samenwerking biedt tevens de mogelijkheid dat de verschillende artsen elkaars expertise aanvullen. Daarmee wordt een adequate behandeling en begeleiding bevorderd, zo mogelijk resulterend in herstel en/of werkhervatting van de patiënt/werknemer.'

Samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts via projecten ZonMw

Sinds 2000 is in zes regio's in Nederland gewerkt aan de ontwikkeling van regionale LHV/NVAB-projectvoorstellen om de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts te verbeteren. In elke regio zijn vanuit de DHV-en en de NVAB-kringen kernteams gevormd van praktiserende huis- en bedrijfsartsen die samen plannen opstelden om de onderlinge samenwerking te verbeteren. Hoewel de uitgangssituatie van regio tot regio verschilde, waren alle regio's gemotiveerd om samen tot een betere afstemming en meer samenwerking te komen. In de regio's Zeeland, Zuidoost-Brabant, Zwolle/IJssel, Rijnland/Midden-Holland, Midden Haarlemmermeer/Kennemerland e.o. en Twente zijn projecten uitgevoerd.

Per regio hebben verschillende activiteiten plaatsgevonden. Een greep uit de activiteiten:

- ontmoetingen tussen huis- en bedrijfsarts om elkaar en elkaars rol en taken te leren kennen;
- (structureel) aanbod van onderlinge ministages;
- ontwikkelen van visitekaartjes/cliëntenkaartsystemen;
- consultatie door bedrijfsartsen (inzetten van bedrijfsartsconsulenten);
- gezamenlijke training en nascholing;
- convenanten afsluiten.

Er zijn diverse instrumenten ingezet om tot samenwerking te komen, waarbij gebruik gemaakt werd van landelijk ontwikkelde protocollen, richtlijnen, communicatie-formulieren en de Leidraad samenwerking huisartsen en bedrijfsartsen.

Samenwerking bij sociaal-medische begeleiding

Het programma 'Samenwerking bij sociaal-medische begeleiding' stimuleert structurele samenwerking tussen de curatieve en de sociaal-geneeskundige sector. Door een betere samenwerking wordt het ziekteverzuim en het beroep op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen teruggedrongen. Het programma is onderverdeeld in de thema's deskundigheidsbevordering, regionale initiatieven, de (rechts)positie en rol van de werknemer/patiënt en richtlijnen. (Zie ook bijgevoegde cd-rom.)

Deskundigheidsbevordering

Onder het thema deskundigheidsbevordering vallen zes projecten die de deskundigheid van huisartsen, bedrijfsartsen en andere (para)medici over sociaal-medische begeleiding moeten vergroten, te weten:

- Leren samenwerken bij SMB;
- de sociaal-medische begeleiding van patiënten/werknemers met handeczemen;
- gezamenlijke deskundigheidsbevordering voor fysiotherapeuten, ergotherapeuten, oefentherapeuten Mensendieck en Cesar gericht op arbeidsrelevante factoren die van belang zijn bij de reguliere behandeling en begeleiding van werknemers met klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat;
- scholingsmodule samenwerking bij arbeidsgerelateerde problematiek;
- multidisciplinair samenwerken met betrekking tot de arbozorg;
- gezamenlijk werken aan een betere afstemming (casuïstiekbesprekingen van bedrijfs- en verzekeringsartsen).

Regionale initiatieven

In onderstaande regionale projecten heeft ontwikkeling en evaluatie van regionale arbocuratieve samenwerking plaatsgevonden:

1. samenwerking in de regio, een onderzoek naar de samenwerking tussen bedrijfsarts en curatieve sector;
2. van tijdige begeleiding naar preventie bij jonge werknemers met atopisch eczeem;
3. zorgprogramma arbeidsverzuim door psychosociale aandoeningen bij vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg in de regio Breda;
4. samenwerking reguliere zorgverlenende instanties bij een tweedelijnsarbozorgproject;
5. geïntegreerde arbocuratieve zorgverlening aan de slechthorende in de arbeidssituatie – ontwikkeling van een protocol voor samenwerking bij behandeling en begeleiding;
6. verbetering van de regionale arbocuratieve samenwerking bij de reactivering van patiënten met pijnklachten van het bewegingsapparaat;
7. het bevorderen van de herintredingskansen van patiënten met rugklachten na succesvol doorlopen van behandelingsprogramma's in Beatrixoord;
8. implementatie van een samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts, met specifieke aandacht voor patiënten met klachten aan het houding- en bewegingsapparaat die daarvoor worden doorverwezen naar de afdeling Revalidatie van het AZG;

9. implementatie van een samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts, met specifieke aandacht voor patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat die daarvoor worden doorverwezen naar de fysiotherapie of naar de afdeling Revalidatie AZG;
10. gezamenlijk werken door huisarts en bedrijfsarts in Zuidoost Brabant;
11. gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisartsen en bedrijfsartsen;
12. het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen rond psychische klachten in de arbeid;
13. over afstemming gesproken;
14. kijk op elkaars werk;
15. de bedrijfsarts in de buurt;
16. verwijfsfunctie bedrijfsarts in Twente;
17. bij- en nascholing Arbeid en Psychische Klachten voor de eerste- en tweedelijns-gezondheidszorg in Oost-Brabant;
18. implementatie van de modulair opgebouwde opleiding tot arbeids(fysio)therapeut (Parabel);
19. samen verder met Medwerk in 2004;
20. stimuleren van betekenisvolle samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen in de provincie Limburg;
21. verbetering integrale zorg voor cliënten met een psychiatrische aandoening;
22. preventie van de ontwikkeling van chroniciteit bij patiënten met specifieke rugklachten;
23. etnische diversiteit, gezondheid en arbeid;
24. chronische aandoeningen en arbeid;
25. aandacht als preventiemaatregel;
26. bundelen en benutten: van weten naar doen;
27. gezamenlijk werken aan een betere afstemming van de sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers;
28. structureren van samenwerking tussen revalidatieartsen en bedrijfsartsen bij aandoeningen van het bewegingsapparaat;
29. arboklinische conferenties;
30. verwijzen en samenwerken; een gids voor de verwijzende bedrijfsarts en andere betrokken behandelaars;
31. activerende begeleiding bij surmenage – snel ermee aan het werk;
32. activerende begeleiding bij specifieke rugklachten;
33. verbetering van de arbocuratieve samenwerking bij multidisciplinaire arbeidsbegeleiding voor mensen met chronische reumatische aandoeningen in de regio Noordelijk Zuid-Holland;

Richtlijnen

Centraal bij het thema 'richtlijnen' staat de ontwikkeling van consensus over de noodzaak te komen tot samenwerking, het hanteren van dezelfde begrippen en het totstandkomen van richtlijnen.

• Platform Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheid (PARAG)

In 1996 vroeg het toenmalig Nederlands Comité Chronisch Zieken (NCCZ) aan de KNMG om de deskundigheid van artsen ten aanzien van chronisch zieken en arbeid te bevorderen. In 1998 ging PARAG van start, als aanvulling op de planning en werkwijze van de bestaande organisaties voor richtlijnontwikkeling: het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)/ Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB) en het – toenmalige – Landelijk instituut sociale verzekeringen (LISV).

Het PARAG-project had als doel:

- afstemmen van richtlijnen van verschillende medische disciplines; soms door nieuwe richtlijnen te ontwikkelen; soms door afstemming in bestaand materiaal;
- implementeren van de richtlijnen van diverse disciplines;
- formuleren van kenmerken waaraan de infrastructuur voor richtlijnontwikkeling en -afstemming moet voldoen.

Uit de resultaten van de samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en bedrijfsartsen is inmiddels duidelijk geworden dat de doelen van PARAG (samenwerking, afstemming en implementatie) meer tijd en andere implementatiestrategieën vereisen dan alleen de 'klassieke' methoden, zoals richtlijnontwikkeling en nascholing. Gedragsverandering is daarbij het kernproces. Samenwerkingsstrategieën zullen dan ook gebaseerd moeten worden op modellen voor gedragsverandering.

PARAG is in april 2005 afgesloten. De KNMG zal met haar partners het onderwerp 'arbeid en gezondheid' invulling gaan geven.

• Ontwikkeling richtlijn arbeidsanamnese voor medisch specialisten

Alle artsen, ook huisartsen en medisch specialisten, krijgen te maken met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Het terugdringen van vermijdbaar ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van werknemers is een belangrijk aandachtspunt. Eén van de problemen daarbij is dat behandelend artsen onvoldoende oog hebben voor de invloed van arbeid op gezondheid en welzijn van hun patiënten/werknemers en voor de noodzakelijke afstemming met bedrijfsartsen. In dit project is ten behoeve van medisch specialisten een horizontale arbeidsanamnese opgesteld: een set van relevante vragen op het terrein van arbeid en gezondheid en van arbocuratieve afstemming en samenwerking.

Leidraad samenwerking huisartsen en bedrijfsartsen

In maart 2002 verscheen de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Het is een gezamenlijke uitgave van de NVAB en de LHV. De Leidraad is bedoeld als een hulpmiddel voor huisartsen en bedrijfsartsen om te kunnen beoordelen en beslissen wanneer samenwerking wel en wanneer deze niet geïndiceerd is, hoe dan te handelen en hoe de patiënt te adviseren. De Leidraad beoogt zo de efficiëntie en doelmatigheid van de onderlinge samenwerking te vergroten, maakt de samenwerking inzichtelijk en eventueel toetsbaar voor patiënten/werknemers, werkgevers, arbodiensten en verzekeraars. De reikwijdte van de Leidraad beperkt zich tot de rol van huisarts en bedrijfsarts bij verzuim, maar is ook toepasbaar bij werknemers die (nog) niet verzuimen. Altijd geldt dat de werknemer/patiënt mede de inhoud van de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bepaalt en daarbij een centrale actieve rol heeft. De artsen dienen in het contact met de patiënt deze altijd te informeren over het doel van de informatie-uitwisseling en/of afstemming, met wie die plaatsvindt, welke informatie zal worden gevraagd en verstrekt en de mogelijke consequenties daarvan. De patiënt geeft op basis van deze informatie al dan niet zijn toestemming. Om dit te vergemakkelijken is een communicatie/machtigingsformulier ontwikkeld, gebaseerd op de KNMG-code. Essentieel is dat de patiënt/werknemer actief betrokken wordt bij het invullen ervan en zelf verantwoordelijk is voor overdracht naar de andere arts. Die kan eventueel weer reageren via het antwoordformulier, maar aanvullend telefonisch contact is ook mogelijk. Voor informatie-uitwisseling geldt een CTG-tarief.

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's)

In 2003 is het NHG gestart met het ontwikkelen van de LESA's. Een LESA is afgeleid van de richtlijndocumenten van huisartsen (NHG-Standaarden) en die van een andere eerstelijns-beroepsgroep. In elke LESA staan suggesties voor regionaal overleg tussen beide betrokken partijen. Op basis hiervan kan de gedachtewisseling plaatsvinden en kunnen werkafspraken over verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg worden geformuleerd. Het uiteindelijke doel van een LESA is om de patiënt een herkenbaar, eenduidig beleid en continuïteit in zorg te bieden.

Een LESA is een overbruggingsdocument en richt zich hoofdzakelijk op de afspraken tussen de huisartsen en de andere beroepsgroep. In een LESA wordt de inhoud van de richtlijnen van beide beroepsgroepen slechts kort weergegeven. Voor de volledige richtlijn verwijst de LESA naar de onderliggende standaarden. De tekst van de LESA zal in principe congruent zijn aan die van de NHG-Standaard en de richtlijn van de andere beroepsgroep. Indien de tekst van de LESA verschilt van die van de onderliggende richtlijnen, moet dit door argumenten zijn onderbouwd. Bij uitzondering kan het voorkomen dat over het onderwerp van de LESA geen onderliggende NHG-Standaard bestaat. In dat geval wordt afgesproken wat vanuit het NHG als basis(document) kan dienen.

Een LESA wordt ontwikkeld door een werkgroep van deskundige vertegenwoordigers

namens het NHG en de desbetreffende andere eerstelijnsberoepsgroep. Om een zo breed mogelijk draagvlak te creëren, geven leden van beide verenigingen commentaar. Ook vindt bij beide verenigingen bestuurlijke goedkeuring plaats. Voor elke LESA wordt met het veld een implementatietraject ontwikkeld. De eerste implementatiepilots starten in 2005. Elke LESA wordt gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap en in het tijdschrift van de andere eerstelijnsberoepsgroep. Het NHG hoopt met het ook op de website publiceren van de LESA's deze breed toegankelijk te maken.

LESA's over gezondheid en arbeid

Een werkgroep van het NHG en de NVAB heeft de LESA 'Overspanning' opgesteld. Samenwerking in de zorg van huisartsen en bedrijfsartsen voor mensen met klachten van overspanning en (dreigend) werkverzuim wordt zo belangrijk geacht, dat over dit onderwerp een LESA is gemaakt. Deze kan de implementatie van de NVAB-richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten' verder versterken. De LESA 'Overspanning' is in januari 2005 gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap en in het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV). Omdat er geen NHG-Standaard over overspanning bestaat, is op een andere wijze naar onderbouwing gezocht, namelijk door middel van een review. Op de NHG-website staat een achtergrondartikel over dit onderwerp in de huisartsenpraktijk. Tegelijk met de LESA zijn twee NHG-Patiëntenbrieven uitgekomen: 'Overspannen algemeen' en 'Overspannen, het herstel'. Beiden zijn te downloaden via nhg.artsennet.nl.

De LESA 'Overspanning' geeft richtlijnen voor doelmatige zorg bij patiënten met overspanning en (dreigend) werkverzuim. De behandelingsmethode is gericht op het ondersteunen en stimuleren van de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid van de patiënt/werknemer. Samengevat stelt de LESA dat:

- het disfunctioneren van een patiënt met overspanning doorgaans de werk- en privé-situaties betreft en daarmee gevolgen heeft voor zowel huisartsgeneeskundige als bedrijfsgeneeskundige zorg;
- bij de aanpak van overspanning moet worden uitgegaan van een best-practicemodel met gestructureerde zorg en activerende begeleiding;
- de rollen van huisarts en bedrijfsarts complementair zijn ten opzichte van elkaar;
- per patiënt en situatie gekozen kan worden voor een verschillende aanpak, zoals gezamenlijke zorg op geleide van ieders vakgebied of het uitvoeren van de gehele zorg door de ene discipline en het toetsend volgen door de andere;
- bij overspanning de continuïteit van de (gedeelde) zorg door huisarts en bedrijfsarts moet worden gewaarborgd.

Wat NHG en NVAB betreft zal het niet bij deze LESA blijven. Zij bereiden inmiddels een LESA 'Aspecifieke lage-rugklachten' voor op basis van de NHG-Standaard en NVAB-richtlijn op dit gebied. Voor de komende jaren zijn er plannen voor LESA's over contacteczeem, COPD, hartinfarct, en klachten aan arm, nek of schouder.

Samenwerking tussen bedrijfsartsen en de tweede lijn

De KNMG en later de NSPOH voerde met subsidie van SZW en VWS **PACT I tot en met III** (Project Arbo-Curatie Transmuraal) uit. Het gaat om het totstandbrengen van geteste bij- of nascholingsmodules waarbij de samenwerking tussen medisch specialisten en bedrijfs- en/of verzekeringsartsen centraal staat.

Er zijn modules voor bedrijfsartsen en de volgende medisch specialisten:

- cardiologen;
- reumatologen;
- dermatologen;
- longartsen;
- psychiaters;
- revalidatieartsen;
- orthopeden;
- neurologen.

Bijlage 3 Zorgverzekeringswet 2006

De kenmerken van de Zorgverzekeringswet die in 2006 van kracht wordt, zijn:

1. Alle Nederlanders zijn **verplicht** zich te verzekeren en sluiten daartoe een overeenkomst met een zorgverzekeraar voor een wettelijk omschreven zorgpakket.
2. De zorgverzekering omvat een **standaardpakket** van noodzakelijk zorg. Dat is noodzakelijke, op genezing gerichte zorg die is getoetst aan de eisen van aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Het sluit aan bij het verzekeringspakket in de ziekenfondsverzekering en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz) 1998. In 2006 wordt de op genezing gerichte zorg van de AWBZ overgeheveld naar dit standaardpakket. In eerste instantie gaat het om de extramurale GGZ en het eerste jaar van de intramurale GGZ.
3. De verzekering wordt uitgevoerd door private verzekeringsondernemingen (zorgverzekeraars) die winst mogen maken.
4. De verzekerde kiest zelf bij welke zorgverzekeraar hij of zij zich verzekert. De voornaamste keuze-elementen zijn de hoogte van de nominale premie, de prestatiewijze waarop de verzekeraar de verzekering uitvoert (bijvoorbeeld of er specifieke contracten zijn gesloten met zorgverleners) en het eigen risico.
5. Een zorgverzekeraar moet landelijk werken, tenzij er minder dan 850.000 verzekerden zijn aangesloten en de regio ten minste een hele provincie omvat.
6. De zorgverzekeraar is verplicht om iedereen te accepteren die binnen zijn werkgebied woont.
7. Een systeem van risicoverevening maakt de acceptatieplicht mogelijk en voorkomt directe of indirecte risicoselectie.
8. Voor de zorgverzekeraar geldt tevens een zorgplicht. De verzekerde heeft of recht op zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener, of recht op vergoeding van gemaakte kosten met daarbij gewenste bemiddeling van de zorgverzekeraar.
9. De zorgverzekeraar kan in principe verschillende polissen aanbieden: een polis met vooraf gecontracteerde zorg (zorg in natura), een polis met kostenvergoeding (restitutie) of varianten daarvan.
10. Als een verzekerde kiest voor een polis met kostenvergoeding, dan vergoedt de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten zonder dat de zorgverzekeraar daaraan zelf een maximum kan stellen, maar zonder meer te hoeven betalen dan in redelijkheid passend is binnen de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden.
11. Als een verzekerde kiest voor een polis met vooraf gecontracteerde zorg, dan gaat het om zorg van aanbieders waarmee de zorgverzekeraar contracten heeft afgesloten. Als de verzekerde naar een andere zorgverlener wil, dan bepaalt de zorgverzekeraar zelf de hoogte van de kostenvergoeding. Die mag echter niet zo laag zijn dat daardoor het vrije verkeer van diensten wordt belemmerd.

12. Zo nodig kan de overheid zorgvormen aanwijzen die de zorgverzekeraar verplicht is aan te bieden aan zijn verzekerden door middel van vooraf gecontracteerde zorg.
13. Zorgverzekeraars concurreren onderling op grond van prijs en kwaliteit. Er moet rekening gehouden worden met een overgangperiode naar meer gereguleerde marktwerking.
14. De verzekerde is een nominale premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar. Deze premie verschilt tussen zorgverzekeraars onderling, maar per zorgverzekeraar is er maar één nominale premie per polisvariant. Iedereen met dezelfde polis betaalt dezelfde premie.
15. Daarnaast kent de Zorgverzekeringswet een inkomensgerelateerde bijdrage van verzekeringsplichtigen. Werkgevers dragen bij aan de financiering hiervan door middel van een verplichte vergoeding aan hun werknemers van de door hen betaalde inkomensgerelateerde bijdrage. Deze inkomensgerelateerde bijdrage van verzekeringsplichtigen wordt gestort in een op te richten Zorgverzekeringsfonds.
16. Ter financiering van de premie van kinderen jonger dan 18 jaar stort de overheid een rijksbijdrage in het Zorgverzekeringsfonds.
17. De financiering van de zorgverzekeraar bestaat uit de nominale premie van de verzekerden en de vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraar ontvangt uit het Zorgverzekeringsfonds, rekening houdend met de kenmerken van zijn verzekerden.
18. Verzekerden hebben recht op een no-claimteruggave.
19. In aanvulling op de no-claim kan een zorgverzekeraar een eigen risico aanbieden en de verzekerde kan daarvoor vrijwillig kiezen. Dit eigen risico kan oplopen tot 500 Euro en de zorgverzekeraar bepaalt daarbij zelf de bijbehorende kortingen.
20. De zorgverzekeraar kan premiekortingen aanbieden voor collectieve contracten.
21. Om een stapeling in toezicht(organen) te voorkomen, is een stroomlijning van de toezichtorganisatie wenselijk, waarbij de op te richten Zorgautoriteit gaat samenwerken met de Pensioen- en Verzekeringskamer.

Bijlage 4 Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Wat is een DBC?

Een DBC is een medische procesbeschrijving. Een DBC omvat alle activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Een DBC bestaat uit vier onderdelen: zorgvraag, zorgtype, diagnose en behandeling.

Aan elke DBC kan een prijskaartje worden gehangen. In de prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen, personeel en een vergoeding voor de medisch-specialistische zorg. Een DBC is dus een combinatie van product en prijs. Ziekenhuizen en specialisten declareren hun kosten met ingang van 1 januari 2005 op basis van de DBC-systematiek.

Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) (het geïntegreerde zorgaanbod van het ziekenhuis en de daaraan verbonden medisch specialisten) declareert ongeveer 10% van de kosten van zijn zorgaanbod met ingang van 2005 op basis van de DBC-systematiek.

Wat is het doel van het DBC-systeem?

Het DBC-systeem vervangt het vroegere stelsel van zogenoemde functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsum-financiering van medisch specialisten. De brancheorganisaties (de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Vereniging Academische Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland) en het ministerie van VWS zien de invoering van de DBC-systematiek als een belangrijk instrument in de overgang naar een meer vraaggestuurd stelsel voor de gezondheidszorg.

De belangrijkste voordelen van het toepassen van de DBC-systematiek zijn:

- meer inzicht in de zorgvraag en de behoefte aan zorg, waardoor de zorgcapaciteit beter op de zorgvraag kan worden afgestemd;
- een efficiëntere praktijkvoering van ziekenhuizen en specialisten, zowel wat betreft doorlooptijden van behandelingen als wat betreft kosten;
- consistentie in het zorgaanbod van verschillende ziekenhuizen en specialisten, waardoor zij onderling vergelijkbaar worden;
- meer prijsbewustzijn van ziekenhuizen en specialisten;
- meer inzicht in de kosten van een behandeling;
- meer managementinformatie. Zorgaanbieders kunnen veranderingen in de zorgvraag snel en eenvoudig doorvoeren in hun DBC-registratie en daarmee tegelijkertijd de tarieven aanpassen;
- een rechtvaardigere honorering van specialisten en realistische begrotingen van ziekenhuizen.

Hoeveel DBC's zijn er?

In totaal zijn op dit moment ongeveer 20.000 DBC's vastgelegd. Belangrijke criteria bij de vaststelling zijn medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit. In de praktijk blijkt dat met 20 DBC's ongeveer 80% van alle verschillende zorgvragen is te typeren. Voor de overige 20% van de zorgvragen is een groter aantal DBC's nodig. Alle voorkomende DBC's worden gegroepeerd tot een hanteerbare productstructuur, die uit ongeveer 650 productgroepen bestaat. Een productgroep is dus een clustering van DBC's.

Hoe komt een DBC tot stand?

De DBC's zijn tevoren getypeerd door de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, onder andere op basis van ervaringsgegevens van de ziekenhuizen en specialisten. Een DBC wordt in de praktijk voor elke nieuwe zorgvraag van een patiënt aangemaakt door de administratie van een ziekenhuis. Dit vindt plaats door een selectie te maken uit een database waarin alle gegevens die voor een DBC noodzakelijk zijn, zijn opgeslagen. Als een bepaalde combinatie van zorgvraag, diagnose en behandeling niet in de database voorkomt, kan een nieuwe DBC worden vastgelegd. Hiervoor zijn procedures afgesproken binnen de Stichting DBC Onderhoud.

Wie is verantwoordelijk voor het DBC-systeem?

Met ingang van 1 januari 2005 zijn de DBC's operationeel voor ziekenhuizen en specialisten en vanaf dat moment is het beheer van het systeem de verantwoordelijkheid van de Stichting DBC Onderhoud (gedragen door de NVZ, NFUMC, Orde, ZN en de NPCF).

DBC Onderhoud concentreert zich op:

- het introduceren van nieuwe DBC's en het aanpassen van bestaande DBC's in consultatie met de Wetenschappelijke Adviesraad van DBC Onderhoud;
- het onderhouden en verbeteren van de DBC-systematiek;
- het ontwikkelen en implementeren van ondersteunende diensten en producten gericht op het opleiden en informeren van de klanten van DBC Onderhoud.

De Stichting DBC Onderhoud houdt zich niet bezig met het vaststellen van vergoedingen die voor DBC's of voor bepaalde verrichtingen gelden. Dat gebeurt in onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en/of door het ministerie van VWS en het CTG.

Kan een patiënt na de invoering van DBC's nog bij alle specialisten terecht?

Vanaf 1 januari 2005 zijn zorgverzekeraars niet meer verplicht om met elk ziekenhuis en zelfstandig behandelcentrum (ZBC) afspraken te maken over DBC's uit segment B (niet-spoedeisende aandoeningen). Zorgverzekeraars worden zo in staat gesteld voor deze DBC's de beste oplossingen te zoeken ten aanzien van de prijs en kwaliteit van de zorg.

Als een patiënt echter liever naar een ziekenhuis, ZBC of medisch specialist gaat waarmee geen contract is afgesloten, dan is dat altijd mogelijk. Betrokkenen hebben dan recht op vergoeding van (een deel van) de gemaakte kosten wanneer de verzekerde toch behandeld wenst te worden bij een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De wijze waarop de hoogte van de vergoeding wordt vastgesteld, wordt bij nadere Algemene Maatregel van Bestuur bepaald.

Bijlage 5 Overzicht ROS'en

Actuele gegevens zijn te vinden op www.lvg.org



Eerste aanspreekpunt	Partners	Zorgverzekeraar	Regio
1 SGZ		Delta Lloyd/Azivo	Zoetermeer
2 St. Lijn1		Delta Lloyd/Azivo	Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar
3 ProGez		Achmea	Zwolle, Flevoland, Drenthe
4 Reos Zorg		Z&Z	Leiden
5 SELZA		Z&Z	Aalsmeer, Amstelveen
6 ROS noord west		Achmea	Waterland, Midden Kennemerland
	SELZA		
7 Zorgimpuls		Achmea	Rotterdam
8 ZONhn		Unive	Noord Holland
9 St. ROS ZN*		CZ / VGZ	Zuid Nederland CZ / VGZ
	Werkorganisatie Zuidoost Brabant		
	Werkorganisatie Zuid- en Midden-Limburg		
	Werkorganisatie Noord-Limburg en Nijmegen e.o.		
	Werkorganisatie Midden-Brabant		
	Werkorganisatie West-Brabant/Zeeland, lokatie ETTENLEUR		
	Werkorganisatie West-Brabant/Zeeland, lokatie ZIERIKZEE		
10 ROSE Noordoost Brabant*		CZ / VGZ	Zuid Nederland CZ / VGZ
11 St. Ozorg		OZ	Zuid Nederland gebied OZ
	CARNascholing		
	St Koel		
	ZeeBra		
12 TREND		Trias	Dordrecht eo
13 TREND		Trias	Gouda, Woerden
14 St. ELO i.o.		DSW	Delft eo
15 ELANN Advies Noord Nederland		Menzis	Groningen
16 ROSET		Menzis	Twente
17 St. OOGG		Menzis	Rivierenland, Gelderse Vallei
18 Carans		Menzis	Groot Arnhem, Oost Gelderland
19 Zorggroep Almere		Agis	Almere
St. 1stelijin Amsterdam		Agis	Amsterdam
20 Bureau Raedelijn		Agis	Midden Nederland
21 SCOOP		Agis	Stedendriehoek
22 Ros Fryslân		De Friesland	Friesland
23 SCOOP		Salland	Deventer
	St. ELS		

* tot 1 juli 2005, nadere informatie volgt

Contactpersoon	Adres	Postcode	Plaats	Telefoon	E-mail	Website
de heer A.A. Louwen	K. van Versteegplein 11B	2713 HB	ZOETERMEER	079-3208686	a.louwen@sgzoetermeer.nl	
de heer M.J. van der Stee	p/a Kranenburgweg 39	2581 XW	DEN HAAG	070-3061033	avanderstee@wanadoo.nl	
mevrouw A. Venema	Wipstrikerallee 95	8023 DW	ZWOLLE	038-4557080	b.van.spijker@progez.nl	
de heer E.G. de Kievit	Doezastraat 2A	2311 HB	LEIDEN	071-5661818	edekievit@dhvleiden.nl	
mevrouw P. Schippers	Wilhelminastraat 43a	2011 VK	HAARLEM	023-5112740	info@dhv-haarlem.nl	
mevr. S.E. Korthuis	Postbus 70080	3000 AT	ROTTERDAM		depaater@ggdrotterdam.nl	
de heer R. Algra	Bestevaerstraat 65	1812 PC	ALKMAAR	072 5414600	info@zonhnl.nl	
de heer P. Voermans	PC Hooflaan 14	5611 NV	EINDHOVEN	040-2380730	m.vandoremalen@roszn.nl	
	PC Hooflaan 14	5611 NV	EINDHOVEN	040-2380730		
	Arendstraat 4	6135 KT	SITTARD	046-4582929		
	Kostverloren 12	6661 DZ	ELST	0481-365472		
	Lage Witsiebaan 2a	5042 DA	TILBURG	013-4657694		
	Bredaseweg 165	4872 LA	ETTENLEUR	076-5025665		
	Oosterscheldestraat 45	4302 WG	ZIERIKZEE	0111-415092		
mevrouw M.A. Paes	Geert Grootestraat 31	5216 HV	DEN BOSCH	073-6148850	mpaes@rose-nob.nl	
de heer J. Meeuwisse	Chasséveld 17	4811 DH	EINDHOVEN	076-5243920	jan.meeuwisse@oz.nl	
	Barbizonlaan 45	2908 ME	CAPELLE A/D IJSSEL	010 2200235	car@knmg.nl	
mevrouw N. de Jonge	Postbus 38	4200 ZZ	GORINCHEM	0183-681503		
mevrouw N. de Jonge	Postbus 38	4200 ZZ	GORINCHEM	0183-681503		
mevrouw C. Engels-Verhagen	Postbus 3229	2601 DE	DELFT	015-2131671	cercgdwo@euronet.nl	
mevrouw Brandenburg/						
de heer J.M.G. Reijnders	Damsterdiep 191D	9713 EC	GRONINGEN	050-3666446	directie@ELANN.nl	
mevrouw I. Westerink	Postbus 3676	7500 DR	ENSCHDEDE	053-4310495	i.westerink@sge-enschede.nl	
de heer drs. R.W.A. Jacobs	Kostverloren 12	6661 DZ	ELST	0481-366466	r.jacobs@ooggn.nl	
de heer A. Maussart	Lage Bergweg 10	7361 GT	BEEKBERGEN	055-5058610	ajongejan@scoopzorg.nl	www.scoopzorg.nl
de heer J.H.W.P. Stienen	Postbus 10136	1301 AC	ALMERE	036-5488500	info@zorggroepalmere.nl	
de heer R. van Hoeve	Postbus 206	1000 AE	AMSTERDAM	020-3445377	directie@gazocentra.nl	
de heer L. Vennemann	Kaap Hoordreef 62	3563 AV	UTRECHT	030-2644512	directiesecretariaat@dhvutrecht.nl	
de heer A. Maussart	Lage Bergweg 10	7361 GT	BEEKBERGEN	055-5058610	afaasse@dhvstedendriehoek.nl	
mevrouw J. Saarloos	p/a Klutenweg 21	8314 PB	BANT/LEEUWARDEN	06-53769871	tandem@xs4all.nl	
de heer A. Maussart	Lage Bergweg 10	7361 GT	BEEKBERGEN	055-5058610	ajongejan@scoopzorg.nl	www.scoopzorg.nl
de heer M. van der Most	Munsterstraat 6	7418 EV	DEVENTER	0570-687242	martijn.vandermost@salland.nl	www.stichtingels.nl

Actuele gegevens zijn te vinden op www.lvg.org

Bijlage 6 Kwaliteitsverbeteringprojecten in tien werkwoorden, gebiedende wijs

1 Analyseer	<ul style="list-style-type: none"> • Verhelder en analyseer het probleem waar je mee zit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Van 'kriebel' naar omschrijving. • Van 'onvrede' naar actie.
2 Deel	<ul style="list-style-type: none"> • Meld het probleem aan relevante anderen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedeelde smart is halve smart. • Check of zij het probleem herkennen. • Check of zij jou willen helpen met de oplossing.
3 Formuleer	<ul style="list-style-type: none"> • Bepaal en formuleer wat de bereikbare oplossing is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is de winst voor jou? • Wat is de winst voor anderen? • Formuleer SMART-doelen.
4 Faseer	<ul style="list-style-type: none"> • Faseer en plan de uitvoering van je voornemen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Klein maar fijn. • Maak korte cycli.
5 Organiseer	<ul style="list-style-type: none"> • Maak een overlegstructuur. • Definieer je relaties. • Bepaal wie wat goed kan. • Formaliseer het project. • Stel de werkvormen vast. 	<ul style="list-style-type: none"> • Door afspraken impliciet te houden kun je niet rekenen op medewerking. • Structuren, hoe klein en eenvoudig ook, bieden de mogelijkheid om mensen aan te spreken.
6 Begroot	<ul style="list-style-type: none"> • Taxeer wat het aan tijd/geld kost. • Stel vast of dat wel of niet haalbaar is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wees expliciet over de kosten. • Laat je niet leiden door het subsidiebeleid van anderen.
7 Besluit	<ul style="list-style-type: none"> • Besluit over go/no go. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorkom dat een project half van start gaat, of impliciet, of onduidelijk.
8 Meet	<ul style="list-style-type: none"> • Bepaal kwaliteitscriteria. • Genereer cijfers. • Spiegel, reflecteer, confronteer, leer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Van meet af aan alle kleine vorderingen vastleggen werkt motiverend.
9 Communiceer	<ul style="list-style-type: none"> • Maak gewag van je plan. • Meld je activiteit. • Wees transparant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg voor je eigen feedback en sociale controle door anderen te vertellen waar je mee bezig bent: ze zullen ernaar informeren, je bewonderen en van gratis advies voorzien.
10 Doe	<ul style="list-style-type: none"> • Stap in de kwaliteitscirkel: Plan - act - check - plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderneem kleine acties. • Verbeter cirkelsgewijs. • Het hoeft niet in een keer formidabel.

BRON: J. MANDERS, 2004

Bijlage 7 Literatuurverwijzingen en overige gehanteerde publicaties

Literatuurverwijzingen

- 1) Nauta AP. Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen [Dissertatie]. Delft/Heerlen, 2004.
- 2) Ministerie van SZW. Sociale Zekerheid en Zorg. Den Haag: Ministerie van SZW, 2003.
- 3) Veerman TJ, Besseling JJM. Prikfels en privatisering. Integreerend rapportage evaluatie wetgeving rond ziekteverzuim, WAO en reïntegratie. Den Haag: Ministerie van SZW, 2001.
- 4) Buijs PC, Pal TM, Vernooij AIF, Weel ANH [red]. Handboek bedrijfsgezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 1997. Hoofdstuk A1-2.
- 5) Zie nr. 1.
- 6) Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1982.
- 7) Buijs PC. Drieluik over Arbocuratieve samenwerking: van verleden tot heden (1, 2, 3 + epiloog samen met AN Weel). TBV 2001; respectievelijk 9:133-38; 177-82; 206-211; 253-54.
- 8) Zie nr. 1.
- 9) NVAB. Positioneringsonderzoek. Eindhoven: NVAB, 2002.
- 10) Zie nr. 1.
- 11) Schraven JH. (VNO/NCW). Het stelsel herzien: mooie droom of nachtmerrie? Inleiding op het achtste Nationaal Congres Gezondheidszorg, Amsterdam: 2004.
- 12) TNO Arbeid. Eerste Resultaten Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2003. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2004.
- 13) CWP. Samen beter worden. Professionals over de begeleiding van zieke werknemers en arbeidsgehandicapten. Den Haag: Commissie het Werkend Perspectief, 2004.
- 14) Van der Burg JCM, Van der Beek A, Schellevis FG. Arbocuratieve samenwerking anno 2001. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 15) Houtman ILD, Schoemaker CG, Blatter BM, De Vroome EMM, Van den Berg R, Bijl RV. Psychische klachten, interventies en werkhervatting. De prognosestudie Invent. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2002.
- 16) Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Werkbare huisartsenzorg aan werkende patiënten. Handreiking voor De zorg van de huisarts aan werkende patiënten. Wat doe je als huisarts – en bedrijfsarts – en wordt de patiënt daar beter van? Utrecht: LHV/NHG/NVAB, 2005.
- 17) Zie nr. 16.
- 18) Zie nr. 2.
- 19) Valk M, Oostrom L. Bent u daar nog? Liberalisering van de Arbomarkt, wat gaat er allemaal veranderen? Den Haag: International Forum of Organizational Health, 2004.
- 20) Cluitmans JHM. Heeft de bedrijfsarts de arbodienst nog nodig? TBV 2005;13(1)27-8.
- 21) Putten DJ, Wevers C. Beroepsverzekering van gezondheidszorg en sociale zekerheid. TNO Special Arbo 2005;(3)19-22.

- 22) Zie nr. 21.
- 23) Verbeek JH e.a. Werkende patiënten: te weinig aandacht voor 'arbeid' in klinische richtlijnen. Medisch Contact 2004;59(20):810-2.
- 24) Meulenberg F. Sociaal medische begeleiding in historisch perspectief. Mediator 2004;15(8):4-7.
- 25) Zie nr. 16.
- 26) Zie nr. 18.

Overige gehanteerde publicaties (in alfabetische volgorde)

- Anema JR, Buijs PC, Van Putten DJ. Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts: een leidraad voor de praktijk. *Medisch Contact* 2001;56(20):790-3.
- Anema JR, Buijs PC, Van Putten DJ, Van Amstel RJ. Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal medische begeleiding van arbeidsverzuim. *TBV/De huisarts*, maart 2002.
- Buijs PC. Zijn huisarts en bedrijfsarts partners? In: *Bijblijven*. Utrecht: Stafleu; 1996: 50-9.
- CVZ. Evaluatie verwijfsfunctie bedrijfsarts. Diemen: CVZ, 2004.
- KNMG. Code 'Samenwerking bij arbeidsverzuim'. Utrecht: KNMG, 1999.
- Lenderink AF. De nieuwe Arboret 2005. Meer maatwerk, minder regels. *PW Arbo & Reïntegratiegids* 2005, 13.
- LHV/NVAB. Convenant samenwerking. Utrecht: LHV/NVAB, 1997.
- LHV/NVAB. Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij sociaal-medische begeleiding. Utrecht: LHV/NVAB, 1998.
- Maassen H. De bedrijfsarts opgehelderd. Interview met de nieuwe voorzitter van de NVAB, Bas Sorgdrager. *Medisch Contact* 2004;59(20):814-5.
- MarketConcern, Arbodienstenmonitor 2005, onderzoek onder 1.750 werkgevers uitgevoerd in wk 3 t/m 7 2005
- Ministerie van VWS. De nieuwe zorgverzekering in kort bestek. Den Haag: Ministerie van VWS, 2004.
- Van Amstel RJ, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar: De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding. Amsterdam: NIA TNO, 1997.
- NVAB. Beroepscode voor Bedrijfsartsen. Eindhoven: NVAB 1989.
- NVAB. Beroepsprofiel van de bedrijfsarts (nieuwe stijl). Eindhoven: NVAB, 1995.
- NVAB. Professioneel statuut. Eindhoven: NVAB, 2003.
- NVAB. Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts. Utrecht: NVAB, 2004
- NVAB. De factor Arbeid en Arbocuratieve afstemming binnen de Regionale Ondersteuningsstructuren, de implementatie-estafette. Utrecht: NVAB, 2004.
- Ministerie van SZW. Arbobalans 2004. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland. Den Haag: Ministerie van SZW, 2004.
- Cluitmans JHM. Heeft de bedrijfsarts de arbodienst nog nodig? *TBV* 2005;13(1)27-8.
- Van Amstel RJ, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar 2: medische specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij SMB. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2000.
- TNO Arbeid. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Utrecht: LHV/NVAB, 2002.
- Valk M e.a. Richtlijnen en arbocuratieve samenwerking. In: *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Bijlage 8 Adressen

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

Churchillaan 11
3527 GV UTRECHT
Postbus 2113
3500 GC UTRECHT

Contactpersoon:

Jos Manders, senior-beleidsmedewerker
T 030-284 57 50
F 030-294 36 44
E j.manders@nvab-online.nl
W www.nvab-online.nl

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
Postbus 20056
3502 LB Utrecht

Contactpersoon:

Pieter van den Hombergh, huisarts, senior-adviseur
T 030-2823730
F 030-2890400
E p.vd.hombergh@lhv.nl
W lhv.artsennet.nl

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht

Contactpersoon:

Ron Helsloot, senior-beleidsmedewerker
T 030-2881700
F 030-2870668
E r.helsloot@nhg-nl.org
W nhg.artsennet.nl

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Contactpersoon:

Marjolein Bastiaanssen, bedrijfsarts, beleidsmedewerker
T 030-28 23 911
F 030-28 23 326
E m.bastiaanssen@fed.knmg.nl
W knmg.artsennet.nl

Andere aanbevolen websites:

Algemeen

- Arbo Platform Nederland: www.arbo.nl
- Startpagina arbo: www.arbo.pagina.nl
- Ophelderingscampagne NVAB: www.jebedrijfsarts.nl
- Branche Organisatie Arbodiensten BOA; www.boaplein.nl
- Ministerie van SZW: www.minszw.nl
- Ministerie van VWS: www.minvws.nl
- UWV: www.uwv.nl
- ZonMw: www.zonmw.nl (Programma's → Arbeid en gezondheid → Sociaal-medische begeleiding)
- Kwaliteitsinstituut voor de Zorg CBO: www.cbo.nl
- Commissie het Werkend Perspectief: www.werkendperspectief.nl
- Stichting Expertise Centrum Reïntegratie: www.stecr.nl
- Kennisnetwerk Gezondheid en Arbeid (KGA) en Medwerk: www.gezondhedenarbeid.nl
- Nederlands Centrum voor Beroepsziekten: www.beroepsziekten.nl
- Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV&W): www.bpv.nl
- FNV: www.fnv.nl

Elektronische communicatie

- Sleutelnet: sleutelnet.nl/scal
- Uzorg: www.uzorg.nl

Sociale kaarten

- Praktijkservice: www.praktijkservice.nl (Verwijsinfo)
- Verwijskompas: verwijskompas.artsennet.nl
- Verwijsplanner: www.verwijsplanner.nl; www.gezondhedenarbeid.nl/Utrecht
- Zorgwel: www.zorgwel.nl

Bijlage 9 Lijst van afkortingen

ACS	arbocuratieve samenwerking
AKB	Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat
BAC	bedrijfsarts-consulent
BOA	Branche Organisatie van Arbodiensten
BPV&W	Breed Platform Verzekerden en Werk
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
DKB	deskundigheidsbevordering
DSB	District Specialisten Bureau
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GMSB	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf
HIS	huisartsinformatiesysteem
IVA	regeling voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (onderdeel WIA)
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LISV	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
NCCZ	Nederlands Comité Chronisch Zieken
NFUMC	Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PARAG	Platform Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheid
ROS	regionale ondersteuningsstructuur
SKB	Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg
SMB	sociaal-medische begeleiding
STECR	Stichting Expertise Centrum Reïntegratie [oorspronkelijke naam; tegenwoordig: Platform Reïntegratie (STECR)]
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UWV	Uitvoering Werknemersverzekeringen
VNO/NCW	Verbond van Nederlandse Ondernemingen/ Nederlands Christelijk Werkgeversverbond
VPN	Virtual Private Network
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid

WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen
WGA	regeling voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WIA)
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (per 1-1-2006)
ZBC	Zelfstandig BehandelCentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland



Nederlandse
Vereniging voor **nvab**
Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Kwaliteitsbureau NVAB
Postbus 2113
3500 GC Utrecht
t 030-284 57 50
f 030-294 36 44
e kwalitytsbureau@nvab-online.nl
w www.nvab-online.nl