

*Arbeidsgeneeskundigen de eerstelijns en
het ziekenhuis in?*

**Studiemap ten behoeve van het congres
"Bedrijfsarts als behandelaar en de behandelaar als bedrijfsarts"
op dinsdag 3 november 2005**

Drs. M. Meier
Prof.dr. A.J.P. Schrijvers

UMC Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde

Utrecht, augustus 2005

Inhoud

| | |
|---|--|
| 1. Ten Geleide | 5 |
| 2. Selectie van publicaties in de periode 2000-2005 | 7 |
| 2.1 <i>Tot elkaar veroordeeld (Nauta, 2000)</i> | 7 |
| 2.2 <i>Contacten tussen huisarts en bedrijfsarts: initiatief, frequentie, waardering en effect (Nauta et al. 2002)</i> | 7 |
| 2.3 <i>Knelpunten in de arbo-curatieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts (Heideman et al. 2002)</i> | 8 |
| 2.4 <i>Arbocuratieve samenwerking: procesevaluatie van vijf regionale samenwerkingsprojecten (Engels et al. 2003)</i> | 9 |
| 2.5 <i>Arbocuratieve samenwerking: verslag van drie regionale projecten (Bakker et al. 2003)</i> | 10 |
| 2.6 <i>Arbocuratieve samenwerking anno 2003 (Somai et al., 2003)</i> | 12 |
| 2.7 <i>Chronisch zieken bij de bedrijfsarts: ervaringen met en oordeel over samenwerking met de huisarts (Baanders, 2004)</i> | 12 |
| 2.8 <i>De bedrijfsarts en de eerste lijn (NVAB, 2005)</i> | 13 |
| 2.9 <i>Samenvattende tabel publicaties</i> | 15 |
| 3. Lezingen studiedag november 2004 | 19 |
| 3.1 <i>Verslag van een kwalitatief onderzoek</i> | 19 |
| 3.2 <i>Arbocuratieve samenwerking toen en nu van belang</i> | 20 |
| 3.3 <i>Working in partnership</i> | 20 |
| 4. Notulen van de discussies | 21 |
| | |
| Bijlage 1 | Literatuurlijst |
| Bijlage 2 | PowerPoint presentaties bij de gehouden lezingen |

1. Ten Geleide

Hierachter treft u de resultaten van het verslag aan van de arbocuratieve studiedag die op dinsdag 2 november 2004 plaatsvond op het UMC Utrecht. De conferentie had als titel: *Arbeidsgeneeskundigen de eerstelijns en het ziekenhuis in?* en was georganiseerd door het Julius Centrum van het UMC Utrecht. De dag vond plaats met steun van de Stichting Instituut GAK en werd bijgewoond door circa 40 belangstellenden.

Het verslag begint met een literatuurstudie overzicht van de hand van Juliusonderzoeker drs. Melanie Meier. De tweede ondergetekende had daarop zijn openingsvoordracht gebaseerd. Daarna volgen de presentaties en een verslag van de gehouden intensieve discussies.

Wij zien terug op een geslaagde studiedag, die de kiem legde voor een vervolgcongres op 3 november 2005 over nieuwe initiatieven op het terrein van zelf behandelen door bedrijfsartsen en samenwerking tussen dezen met huisartsen en medisch specialisten. Op dat congres dient dit verslag als basisleerstof voor de deelnemers.

Utrecht, augustus 2005
Drs. Melanie Meier
Prof.dr. Guus Schrijvers

2. Selectie van publicaties in de periode 2000-2005

U vindt hier een overzicht van acht publicaties in de periode van 2000 tot en met mei 2005. Deze acht vormen het resultaat van een literatuurstudie op basis van een computersearch en het doornemen van jaargangen van enkele gezaghebbende Nederlandse tijdschriften.

In elke paragraaf wordt een samenvatting van de betreffende publicatie weergegeven. De letterlijk uit de publicatie overgenomen passages zijn schuin gedrukt en de samenvattende gedeeltes in normale opmaak.

2.1 Tot elkaar veroordeeld (Nauta, 2000)

Nauta constateert, naar aanleiding van een literatuurstudie van zes artikelen, dat naar de gevolgen van meer en betere samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen en de mogelijke effecten hiervan, weinig onderzoek over de periode vòòr 2000 is gedaan. Zij uit haar twijfels of een effectonderzoek aan kan tonen dat het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen een positieve invloed heeft op verzuim, reïntegratie en WAO. *Hierbij spelen zoveel verschillende factoren mee en bovendien kost gedragsverandering tijd.*

Bij het zoeken naar argumenten voor betere samenwerking bleek dat daarover in veel stukken niets staat. Uit enkele artikelen blijkt dat argumenten voor een betere samenwerking voortkomen uit een vanzelfsprekendheid. Wel worden in een aantal artikelen expliciete argumenten genoemd om beter samen te werken. Nauta heeft deze argumenten in vier clusters ingedeeld:

- *Efficiëntie: samenwerken is kostenbesparend.*
- *Effectiviteit: het beleid verandert als gevolg van de samenwerking.*
- *Verhogen van de kwaliteit van het eigen werk van de arts.*
- *Verhogen van het welzijn van de patiënt.*

Efficiëntieoverwegingen vormen vaak een prikkel tot verandering. Er zijn te weinig gegevens beschikbaar om te kunnen concluderen dat een betere samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen leidt tot een hogere efficiëntie. In het tweede cluster zou de huisarts een essentiële signalerende rol kunnen vervullen bij de opsporing en preventie van arbeidsgerelateerde aandoeningen. Er is geen onderzoek dat dit bevestigt. Uit een ander onderzoek bleek samenwerken wel de kwaliteit van de eerstelijns zorg te verhogen. Echter is niet duidelijk welke criteria gehanteerd zijn. Het vierde cluster, het verhogen van het welzijn van de patiënt, komt opvallend weinig aan bod in onderzoeken.

Concluderend wijst Nauta op het feit dat het benoemen van argumenten voor betere samenwerking concreter moet worden dan tot nu toe het geval is geweest. *Het benoemen van effecten is mede belangrijk in verband met de motivatie van de deelnemers.*

2.2 Contacten tussen huisarts en bedrijfsarts: initiatief, frequentie, waardering en effect (Nauta et al. 2002)

Eind 1999 is een vragenlijstsonderzoek uitgevoerd onder huisartsen en bedrijfsartsen in Zuid West Nederland. Het onderzoek diende antwoord te geven op een vijftal onderzoeksvragen: *wie neemt het initiatief tot contact, wat is de frequentie van het contact met de andere discipline, hoe waardeert men dit contact, wat is het verband tussen het aantal contacten en de waardering ervan en leidt het contact en de waardering ervan tot verandering in het beleid rond een patiënt.*

De resultaten zijn afkomstig uit de analyse van 547 vragenlijsten, waarvan 338 vragenlijsten afkomstig waren van huisartsen en 209 vragenlijsten van bedrijfsartsen.

Het initiatief voor contact tussen beide disciplines ligt meer bij de bedrijfsartsen dan bij de huisartsen. *92,8% van de bedrijfsartsen nam vaker zelf het initiatief voor contact.* Bij de huisartsen was dit 11%. Bedrijfsartsen hebben ruim tweemaal zo vaak contact met de huisartsen dan andersom. Dit is significant aangetoond. Over de waardering van de contacten wat betreft de sfeer verschillen de meningen van de huisartsen en bedrijfsartsen niet. Op dit punt wordt redelijk positief gescoord. Echter wordt het informatiegehalte van de contacten door bedrijfsartsen significant hoger ervaren dan door huisartsen. *Bij een toenemend aantal contacten, stijgt de waardering voor het informatiegehalte van het overleg (totale groep).* Deze uitkomst bevestigt de ‘contacthypothese’: *wie meer contacten heeft, waardeert deze ook hoger. De ervaren sfeer stijgt ook bij toenemende contactfrequentie, maar dit is niet significant.* Het gedragseffect, bij de vraag naar verandering in het beleid rond een patiënt als gevolg van overleg met de andere discipline, is bij beiden niet groot. *Er is geen significant verband aangetoond tussen contactfrequentie en gedragseffect.* Uit een multiple regressieanalyse blijkt dat het gedragseffect alleen verklaard kan worden uit de waardering van de sfeer van het overleg: men is meer geneigd tot beleidsverandering bij een betere sfeer.

Concluderend stellen Nauta en von Grumbkow dat bedrijfsartsen meer contacten hebben met huisartsen dan andersom. In een aantal contacten kan dit verschil verklaard worden door structurele factoren en niet door psychologische factoren. *Ten eerste zijn er ongeveer driemaal zoveel huisartsen als bedrijfsartsen. Ten tweede is een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie van de huisarts niet werkzaam in een betaalde baan waardoor een contact met de bedrijfsarts minder voor de hand ligt.* Beide disciplines verschillen niet in hun beoordeling van de sfeer van hun overleg. Hierdoor wordt de gedachte ontkracht dat huisartsen een stereotype wijze van denken hebben over bedrijfsartsen. Verwacht wordt dat wanneer meer huisartsen vaker zelf het initiatief tot contact nemen, de verhouding tussen beide disciplines gelijkwaardiger wordt en dat huisartsen hierdoor het informatiegehalte van het overleg beter gaan waarderen.

Voor het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen ontplooiën zich steeds meer regionale initiatieven. De resultaten uit dit vragenlijstonderzoek kunnen over enige tijd gebruikt worden om kwantitatief en kwalitatief na te gaan of er verbeteringen in de samenwerking te zien zijn.

2.3 Knelpunten in de arbo-curatieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts (Heideman et al. 2002)

Heideman et al. concluderen dat *te weinig wordt herkend dat het bij het tot stand brengen van samenwerking om een lastig gedragsveranderingsproces gaat.* In dit artikel heeft men literatuur gezocht over arbo-curatieve samenwerking en deze besproken aan de hand van een stapsgewijs model voor gedragsverandering. De onderliggende vraag van deze literatuurstudie is of alle facetten die volgens het theoretische model relevant zijn, voldoende aandacht kregen in eerder onderzoek. Tevens trachtte men na te gaan of huisartsen en bedrijfsartsen andere voordelen en knelpunten noemen wanneer hen gevraagd wordt naar hun ervaringen met arbo-curatieve samenwerking.

In dit artikel heeft men het ASE-model als uitgangspunt genomen, welke dient om individuele gedragsverandering op het terrein van leefstijl te bestuderen. Uit het algemeen gedragsmodel van Swanborn zijn enkele begrippen aan het ASE-model toegevoegd waardoor uiteindelijk het ASSES-model is ontstaan. *Volgens het ASSES-model wordt de intentie van een persoon voor een groot deel bepaald door vier elementen: persoonlijke attitude (A), sociale invloeden (S), eigen effectiviteit of ervaren competentie (E) en subjectieve ruimte (S). Zowel de objectieve ruimte als de subjectieve ruimte zijn van invloed op de vraag of een intentie tot gedragsverandering daadwerkelijk wordt omgezet in concreet gedrag.*

In de literatuur is er weinig aandacht voor de term attitude. *In de theorievorming over gedragsverandering gelden ‘aandacht’ voor en ‘begrip’ van het thema dat aan de orde wordt gesteld, als stappen die aan attitudevorming vooraf gaan.* Heideman et al. noemen een tweetal knelpunten die te maken hebben met de persoonlijke attitude: 1.) het ontstaan van een tweedeling in de zorg wanneer zieke werknemers extra zorg krijgen of worden verwezen naar bijzondere voorzieningen. Een verwijzingsfunctie van de bedrijfsarts stuit op weerstand bij de huisartsen. 2.) het onderling ervaren

statusverschil tussen bedrijfsartsen en huisartsen. De beroepsverenigingen stimuleren eveneens de arbo-curatieve samenwerking en oefenen daarmee sociale invloed uit op hun leden. *De vraag is of de opvattingen en ambities binnen het verenigingsbestuur voldoende aansluiten bij die van de leden. Op grond van de theorievorming over modellering en subjectieve norm als belangrijke aspecten van sociale invloed is aannemelijk dat juist de opvattingen, ervaringen en manier van werken van naaste collega's bevorderend of remmend zullen zijn voor de eigen geneigdheid tot arbo-curatieve samenwerking.* Heideman et al. geven aan dat het element eigen effectiviteit niet rechtstreeks terug te vinden is in de beschikbare literatuur. Als voorbeeld wordt genoemd dat bedrijfsartsen contacten met huisartsen positiever ervaren dan contacten met specialisten. Voor huisartsen geldt juist het tegenovergestelde: zij hechten meer waarde aan contacten met specialisten, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers dan aan contacten met bedrijfsartsen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat huisartsen het organiseren van adequate zorg voor de patiënt gemakkelijker vinden dan het bevorderen van arbeidsreïntegratie. Het element subjectieve ruimte komt eveneens in de literatuur niet voor. Knelpunten in de samenwerking tussen beide disciplines en factoren die gedragsverandering zouden kunnen bevorderen worden wel beschreven, maar er wordt geen onderscheid gemaakt tussen feiten en beleving. *De stap van intentie naar gedrag kan worden 'geblokkeerd' door een gebrek aan kennis en vaardigheden en door praktische barrières.*

Geconcludeerd wordt dat in de literatuur vooral aandacht wordt besteed aan praktische knelpunten in de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen. Als mogelijke oplossingen ter bevordering van de arbocuratieve samenwerking worden nascholing of introductie van samenwerkingsprotocollen aangedragen. *Te weinig wordt nagegaan of artsen hun gedrag – waarin samenwerking nog vorm moet krijgen – niet (ten dele) rationaliseren door praktische problemen te noemen die gewenst gedrag bemoeilijken.(...) Verwacht mag namelijk worden dat oplossingen voor de door artsen gesignaleerde praktische barrières niet zonder meer tot succes leiden, wanneer niet ook aandacht wordt besteed aan achterliggende, meer subjectieve knelpunten die niet met zoveel woorden worden genoemd.*

Tevens moet men bij interventies rekening houden met het feit dat er niet één oplossing of aanpak is die alle artsen zal aanspreken. Ook de sociale invloed is van belang, niet alleen vanuit centraal niveau, maar ook invloeden op lokaal niveau zijn van groot belang voor het feitelijk handelen van individuele artsen. De mening van de patiënt over de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisartsen blijkt in de onderzoeken nauwelijks aandacht te krijgen, terwijl ervoor wordt gepleit dat deze meer eigen verantwoordelijkheid moet nemen in het reïntegratietraject. *Gedragsverandering kost tijd. Samenwerking kan pas tot stand komen, wanneer twee partijen zich daarvoor inzetten. Het ontstaan van wederzijds vertrouwen en begrip is daarvoor een voorwaarde.*

2.4 Arbocuratieve samenwerking: procesevaluatie van vijf regionale samenwerkingsprojecten (Engels et al. 2003)

In 2001 is ZonMw gestart, in overleg met de beroepsverenigingen van bedrijfsartsen en huisartsen, met veertien regionale samenwerkingsprojecten. Het doel van deze projecten was om de regionale arbocuratieve samenwerking te bevorderen. In dit artikel wordt de procesevaluatie van vijf van deze samenwerkingsprojecten, die één jaar geduurd hebben, beschreven. De vijf projecten vonden plaats in de provincies Drenthe (1), Friesland (1) en Groningen (3). Engels et al. bespreken in dit artikel *het verloop van de projecten aan de hand van het ASES-model (zie paragraaf 2.3), waarin gedragsverandering opgevat wordt als stapsgewijs proces.* Dit onderzoek diende om na te gaan op welke stappen van gedragsverandering het accent lag in deze vijf projecten en wat de invloed ervan was op het samenwerkingsgedrag van de participerende artsen.

De procesevaluatie bestond uit een aantal meetmomenten, te weten een uitgangsmeting, tussentijdse metingen en een eindmeting. De metingen vonden plaats via interviews, waarbij vooraf vastgestelde vragenlijsten als leidraad dienden, en participerende observaties van activiteiten binnen het project.

De evaluatie van de vijf projecten laat zien dat de meeste aandacht uit ging naar kennisoverdracht en de introductie van samenwerkingsprotocollen. Als men kijkt naar het ASES-model gaat het hierbij voornamelijk om de objectieve ruimte. *Voorafgaande stappen in het proces van gedragsverandering krijgen veel minder aandacht.* Heideman et al. concludeerden dit eveneens naar aanleiding van hun

literatuurstudie. Een en ander valt te verklaren uit het feit dat bij deze éénjarige projecten in een korte tijd keuzes gemaakt moesten worden. *Tevens werd te gemakkelijk aangenomen dat een uitnodigingsbrief met toelichting, een startconferentie of de informele momenten tijdens nascholingsbijeenkomsten artsen voldoende zullen motiveren om aan het project mee te doen en om hun manier van werken te veranderen.* Uit de geëvalueerde projecten blijkt dat kennismaking en het benadrukken van het belang van samenwerking een rol spelen bij de elementen attitude, gedrag en aandacht uit het ASES-model. *In de projecten is weinig aandacht besteed aan de vraag wat de artsen die meedoen zelf als waardevolle effecten van samenwerking zien. Toch zou kennis hierover goed te gebruiken zijn om hen tot samenwerking te stimuleren en gedragsbehoud te bevorderen.*

Engels et al. wijzen tevens in hun artikel op het feit dat men rekening moet houden met het optreden van ‘contaminatie’ tijdens veranderingsprojecten. Andere initiatieven met betrekking tot hetzelfde onderwerp kunnen het gedrag van deelnemers beïnvloeden. Tijdens het jaar waarin deze vijf projecten plaatsvonden heeft een huisartsenstaking gezorgd voor een tijdelijke onderbreking van de arbocuratieve samenwerking. Daarnaast is door het verschijnen van de nodige publicaties en het organiseren van verschillende activiteiten positieve aandacht geweest voor het bevorderen van de arbocuratieve samenwerking.

De belangrijke factor ‘tijd’ is niet direct in het ASES-model terug te vinden. Tijdens de procesevaluatie kwam naar voren dat tijd een cruciale rol speelt bij samenwerkingsprojecten. *Het kost tijd om consensus en actieve participatie te bereiken. Ook moeten praktische zaken goed worden voorbereid. Tijd is eveneens een cruciale factor wanneer het er om gaat elkaar beter te leren kennen. Een planmatige opzet en aanpak van samenwerkingsprojecten is dus van groot belang.*

Engels et al. komen tot de conclusie dat het ASES-model een bruikbaar theoretisch kader biedt om projecten rond arbocuratieve samenwerking te evalueren. *Het verdient aanbeveling om deze theorie ook meer te benutten bij de ontwikkeling en uitvoering van nieuwe samenwerkingsprojecten.* Verder wordt genoemd dat meer aandacht gericht moet worden op de stappen die aan de intentie en gedragsverandering voorafgaan en er is *meer aandacht nodig voor wat de artsen zelf als relevante samenwerkingsdoelen zien. Een andere belangrijke conclusie is dat gedragsverandering tijd kost. Evaluatieonderzoek moet daarom flexibel worden opgezet, zodat men rekening kan houden met tussentijdse aanpassingen in de projectopzet.*

2.5 Arbocuratieve samenwerking: verslag van drie regionale projecten (Bakker et al. 2003)

In de inleiding van het artikel van Bakker et al. worden drie veronderstellingen, uit het einde van de jaren negentig, met betrekking tot arbocuratieve samenwerking beschreven: 1.) de wederzijdse persoonlijke onbekendheid tussen bedrijfsartsen en huisartsen diende te worden opgeheven 2.) de wederzijdse vakinhoudelijke onbekendheid tussen beide beroepsgroepen diende te worden opgeheven en 3.) beide beroepsgroepen hebben behoefte aan praktische hulpmiddelen bij de onderlinge afstemming van zorg. *De breed gedragen verwachting was dat wanneer men voldeed aan bovengenoemde veronderstellingen, er ‘vanzelf’ een betere samenwerking zou ontstaan die vervolgens zou resulteren in een daling van het ziekteverzuim.*

In dit artikel heeft men verslag gedaan van drie éénjarige regionale samenwerkingprojecten in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Twee vragen stonden hierbij centraal: 1.) *worden de veronderstellingen ... onderschreven door de resultaten van de drie projecten?* en 2.) *hebben de drie projecten de samenwerking tussen de beide beroepsgroepen daadwerkelijk kunnen bevorderen?*

Twee samenwerkingsprojecten, in de provincie Groningen en Drenthe, waren nagenoeg identiek. Hierbij betrof het de implementatie van een samenwerkingsprotocol. Het samenwerkingsprotocol is stapsgewijs ontwikkeld met behulp van informatie van beide beroepsgroepen uit interviews, enquêtes en contactregistraties met patiënten. *De interviews evenals de enquêtes richtten zich op ervaren knelpunten in de onderlinge samenwerking en op redenen voor en de vorm van overleg. De contactregistratie had onder andere als doel zicht te krijgen op het aantal patiënten waarbij zowel de huis- als bedrijfsarts van mening waren dat een gezamenlijke benadering c.q. behandeling gewenst was.* Geconcludeerd kon worden uit de contactregistratie dat *onderlinge afstemming in het directe belang van de patiënt is, maar dat deze afstemming toch uitblijft.*

Het derde samenwerkingsproject vond plaats in de provincie Friesland en betrof *het bewerkstelligen van structurele samenwerking binnen een bestaande arbocuratieve zorgketen*. Door middel van een multidisciplinaire aanpak probeerde men een snellere reïntegratie van zieke werknemers te realiseren. Tijdens het project heeft men interviews gehouden met leidinggevendenden van bij het samenwerkingsverband betrokken partners en vertegenwoordigers van de binnen het project ingestelde klankbordgroep. *De interviews dienden inzicht te verschaffen in de verwijs- en financieringsstromen binnen het samenwerkingsverband, evenals in de formele, logistieke stappen die bij verwijzing dienen te worden genomen. Daarnaast was het doel de knelpunten die binnen het samenwerkingsverband bestonden en eventuele oplossingen daarvoor te leren kennen.* De informatie uit de interviews dienden als inbreng voor een conferentie. Na een tweede interviewronde konden alle uitkomsten van dit project vastgelegd worden in een Handboek.

Resultaten, met betrekking tot de implementatie van een samenwerkingsprotocol, laten zien dat *een enkele arts regelmatig, sommige artsen zeer incidenteel en de meeste artsen geen gebruik van het protocol maakten*. Beide beroepsgroepen gaven als reden voor het beperkt protocolgebruik aan: een toename van werkdruk en een geringe kans dat een patiënt voldeed aan de criteria van het protocol. In het artikel komen per beroepsgroep nog meerdere redenen aan bod die een verklaring kunnen bieden voor het beperkte protocolgebruik.

Het derde project, waarin de samenwerking tussen reguliere zorgverlenende instanties aan bod kwam, leidde tot meer inzicht in de verwijs- en financieringsstructuur van het samenwerkingsverband. Enkele knelpunten zijn tijdens de interviews naar voren gekomen: *de zorg over het bestaan van een tweedeling in de zorg, een spanningsveld tussen beroepsinhoudelijke, professionele wensen van partners over de wijze waarop samenwerking gestalte moest krijgen en hun commerciële ambities en de participatie van slechts één Arbo-dienst binnen het samenwerkingsverband*. Deze knelpunten en mogelijke oplossingen hiervoor zijn aan bod gekomen tijdens de conferentie. Echter hebben de huisartsen na de conferentie laten weten *hun deelname aan het project 'op te schorten'*. Uiteindelijk heeft het project toch een Handboek opgeleverd en *de samenwerkingspartners en de leden van de klankbordgroep gaven aan zich hierin goed te kunnen vinden*.

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat uit de drie regionale projecten *de beoogde samenwerking niet tot stand is gekomen*. Bakker et al. verwijzen naar Heideman et al. (2002) en Engels et al. (2003) die ervoor pleiten dat er *meer aandacht besteedt moet worden aan onderlinge kennismaking met elkaar en elkaars vakgebied*. *Toch geven de resultaten van de drie projecten geen aanleiding te veronderstellen dat het verloop meer succesvol zou zijn geweest indien hier meer aandacht aan was besteed*. Ook is uit de projecten naar voren gekomen dat *wanneer potentiële samenwerkingspartners elkaars concurrenten zijn en wezenlijst andere belangen hebben, onderlinge afstemming moeizaam tot stand komt*. Bakker et al. veronderstellen dat arbocuratieve samenwerking meer op de voorgrond staat bij vertegenwoordigers van de beroepsgroepen dan bij de artsen op de werkvloer.

De volgende conclusie leidt tot beantwoording van de tweede onderzoeksvraag: *voor zowel huis- als bedrijfsartsen is een behoefte aan richtlijnen verwoord, maar de tendens om zich er ook daadwerkelijk aan te houden en de dagelijkse praktijkvoering erop af te stemmen is een stuk geringer dan vooraf is verondersteld*.

In het artikel worden suggesties gedaan voor het verder stimuleren van de arbocuratieve samenwerking in de toekomst. De geplande verwijzingsfunctie voor de bedrijfsarts zorgt ervoor dat huidige richtlijnen en protocollen aangepast dienen te worden en dat de samenwerking tussen beide beroepsgroepen onder nog grotere druk komen te staan. Bakker et al. beschrijven een *drietal mogelijkheden waaruit een intrinsieke samenwerkingsbevorderende prikkel kan bestaan: 1.) creëren structurele intermediaire functie tussen huis- en bedrijfsarts binnen welke arbocuratieve samenwerking uitdrukkelijk onderdeel van de functieomschrijving uitmaakt. 2.) de patiënt vormt een intrinsieke prikkel in de stimulering van de samenwerking. Het is echter de vraag of de patiënt een dusdanig overzicht over het totale zorgproces heeft dat situaties herkend worden waarin samenwerking geëigend is. 3.) Het invoeren van samenwerkingspremies*. De auteurs benoemen dat het bevorderen van de arbocuratieve samenwerking door overheid en/of beroepsgroepen noodzakelijk blijft voor het bereiken van voldoende afstemming van zorg.

2.6 Arbocuratieve samenwerking anno 2003 (Somai et al., 2003)

Somai et al. stellen dat *een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen ertoe zou kunnen leiden dat patiënten een meer optimale behandeling krijgen bij (arbeidsongeschiktheid vanwege) ziekte zowel vanuit curatief perspectief als vanuit het perspectief van verzuimbegeleiding en reïntegratie*. Deze uitspraak is nog niet empirisch onderzocht.

In dit rapport worden de resultaten besproken van een vragenlijstonderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen anno 2003 vanuit het perspectief van de huisarts. Een schriftelijke vragenlijst is als onderdeel van de jaarlijkse enquête verstuurd aan alle huisartsen in het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsen (LINH). Met een respons van 85% heeft de vragenlijst informatie opgeleverd die afkomstig was van 164 huisartsen. Er waren 136 respondenten die zowel de vragenlijst in 2001 als in 2003 beantwoord hebben. De vraagstellingen van dit onderzoek waren: *in welke mate werken anno 2003 huisartsen samen met bedrijfsartsen, welke knelpunten worden ervaren, hoe wordt deze samenwerking beoordeeld en in welke mate verschillen de resultaten met de situatie in 2001?*

De resultaten betreffen onder andere *gegevens over de taakopvatting van de huisarts, contacten tussen huisarts en bedrijfsarts, ervaren knelpunten, vertrouwen in bedrijfsartsen en het algemeen oordeel van de huisartsen over de bedrijfsartsen*. Huisartsen geven in 2003 aan gemiddeld ongeveer twee keer per maand contact te hebben met de bedrijfsarts. De bedrijfsarts neemt meestal het initiatief tot contact met de huisarts. Deze contacten bestaan voornamelijk uit het uitwisselen van informatie of het overleggen over de behandeling en begeleiding van de patiënt. Knelpunten die huisartsen ervaren in de arbocuratieve samenwerking zijn vooral *onbekendheid met de naam en het telefoonnummer van de bedrijfsarts*. Het vertrouwen van huisartsen in het werk van bedrijfsartsen is overheersend neutraal. Verder vinden huisartsen dat zij *meer verantwoordelijk zijn bij een verwijzing van de patiënt naar een medisch specialist bij een arbeidsgerelateerde aandoening dan de bedrijfsarts*. De helft van de huisartsen vinden dat zij evenveel verantwoordelijk zijn als hun collegae bedrijfsartsen bij het diagnosticeren en behandelen van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening. *Ruim tweederde van de huisartsen beoordeelt de contacten met de bedrijfsartsen als goed of redelijk*. Deze resultaten uit 2003 zijn vergeleken met de resultaten uit 2001. Geconcludeerd wordt dat *nauwelijks iets is veranderd* en er maar *enkele verschuivingen* te zien zijn: *de huisarts attendeert in 2003 de bedrijfsarts vaker op beperkingen van de patiënt om het werk te hervatten, in 2003 vragen bedrijfsartsen minder vaak informatie aan de huisarts over de aard van de klachten van de patiënt, huisartsen geven in 2003 minder vaak een advies om werk te staken en ze zeggen nog minder afhankelijk te zijn van de bedrijfsarts bij het diagnosticeren van een mogelijk arbeidsgerelateerde aandoening*.

2.7 Chronisch zieken bij de bedrijfsarts: ervaringen met en oordeel over samenwerking met de huisarts (Baanders, 2004)

Door middel van dit artikel beschrijft Baanders het perspectief van de zieke werknemer over arbocuratieve samenwerking. De ervaringen en visies van deze belanghebbenden kunnen een aanvullend inzicht verschaffen in de succeskansen van arbocuratieve samenwerking. Baanders stelt dat *de inbreng van de patiënt van cruciaal belang kan zijn voor de totstandkoming en het welslagen van arbocuratieve samenwerking*.

Baanders geeft een beschrijving van de resultaten van een vragenlijstonderzoek. Voor dit artikel is de onderzoekspopulatie beperkt tot 565 chronisch zieken die lid zijn van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), in de leeftijd tussen 15-64 jaar zijn en die betaald werk verrichten of die minder dan vijf jaar gelden gestopt zijn met werken. De resultaten zijn afkomstig uit één vragenlijst. Het onderzoek richtte zich op de volgende vragen: *1.) in hoeverre hebben chronisch zieken in de afgelopen vijf jaar contact gehad met de bedrijfsarts en of er in dat geval overleg is gevoerd met de huisarts? 2.) hangt dit samen met bepaalde ziektekenmerken en ziekteverzuim? 3.) leidt het ontbreken van overleg in de ogen van de betrokkenen tot knelpunten, of heeft de samenwerking positieve effecten gehad? 4.) hoe oordelen mensen met chronische aandoeningen over intensievere samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen?*

Er worden in het artikel veel resultaten gepresenteerd in de vorm van tabellen. Geconcludeerd kan worden dat *mensen met chronische aandoeningen nogal verdeeld zijn in hun oordeel over arbocuratieve samenwerking. Het hangt er misschien ook vanaf welke ervaringen men zelf heeft en hoe men de eigen kansen inschat om te kunnen blijven werken bij de gezondheidsklachten die met de aandoening gepaard gaan.* Gesteld wordt dat een goede samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts wenselijk is, aangezien chronisch zieken een aandoening hebben die langdurig aanhoudt, vaak zelfs verslechtert in de loop der tijd, waardoor in toenemende mate problemen kunnen ontstaan met werken. Resultaten van het vragenlijstonderzoek laten zien dat *één op de drie werkenden met een chronische somatische aandoening heeft in een periode van vijf jaar contact met een bedrijfsarts. Wel blijkt de kans om naar een bedrijfsarts te gaan, afhankelijk van leeftijd, aard van de aandoening en ervaren problemen op het werk, bij sommige chronisch zieken veel hoger te zijn dan bij anderen. Bij één op de zes chronisch zieken die bij een bedrijfsarts zijn geweest, is sprake geweest van overleg tussen de bedrijfsarts en de huisarts.* Baanders wijst erop dat de patiënt toestemming moet geven voor het uitwisselen van informatie tussen bedrijfsarts en huisarts.

Met het bevorderen van arbocuratieve samenwerking hoopt men snellere werkhervatting en korter ziekteverzuim te bereiken. *Slechts de helft van de chronisch zieken verwacht dat deze doelen daadwerkelijk gerealiseerd worden. Van de chronisch zieken die in de praktijk ervaring hebben met arbocuratieve samenwerking, is zelf maar één op de tien van mening dat het overleg van de bedrijfsarts met de huisarts positief heeft uitgewerkt op de duur van het ziekteverzuim.* Bij deze resultaten worden de volgende kanttekeningen geplaatst: het is niet duidelijk wat de aanleiding, de frequentie en de aard van het overleg is geweest en tevens is het voor de patiënt moeilijk in te schatten hoe het ziekteproces anders was verlopen als er geen overleg tussen beide beroepsgroepen was geweest. Volgens de respondenten leidt arbocuratieve samenwerking wel tot *meer inzicht en betere adviezen van de bedrijfsarts en tot betere begeleiding en betere arbo-zorg. Omdat patiënten blijkbaar niet op voorhand de voordelen zien van arbocuratieve samenwerking, schrijft Baanders, zal het initiatief voor overleg met de huisarts in principe van de bedrijfsarts moeten komen, waarbij deze expliciet aan moet geven waarom arbocuratieve samenwerking in het belang van de patiënt is.*

2.8 De bedrijfsarts en de eerste lijn (NVAB, 2005)

In deze publicatie van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft men de huidige positionering van de bedrijfsarts, enkele actuele ontwikkelingen en ambities van de NVAB beschreven. *De NVAB is van mening dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg gebaat zijn met een betere zichtbaarheid en beschikbaarheid van bedrijfsgeneeskunde in het eerste echelon.*

Bedrijfsartsen hebben op dit moment geen positie in de eerste lijn. Hiervoor zijn twee redenen te noemen: 1.) de scheiding van behandeling en controle en 2.) de wijze van financiering van de bedrijfsgezondheidszorg, welke los staat van de reguliere zorg. *De bedrijfsarts maakt meer deel uit van de sociale zekerheid dan van de gezondheidszorg.* Eén van de gevolgen hiervan is dat *de arbocuratieve samenwerking te wensen overlaait.*

De NVAB noemt een aantal actuele ontwikkelingen die samenwerking en profilering van de bedrijfsgeneeskunde mogelijk beïnvloeden. Ten eerste hebben de ministeries van de Geus van SZW en Hoogervorst van VWS het actieplan ‘Sociale zekerheid en zorg’ opgesteld. De overheid streeft ernaar *sociale zekerheid en gezondheidszorg beter bij elkaar te laten aansluiten door privatisering en marktwerking.* Ten tweede is vanaf juli 2005 de Wet maatwerk Arbo-dienstverlening van kracht. Deze wet bekent *meer maatwerk, minder regels en een grotere verantwoordelijkheid voor werkgevers en werknemers.* Bedrijfsartsen kunnen dan ook rechtstreeks door bedrijven ingeschakeld worden. Verder wil de overheid per 1 januari 2006 een basisverzekering invoeren voor alle Nederlanders waardoor onder andere het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden verdwijnt. Ook zijn er *ingrijpende veranderingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te verwachten.* Als vierde actuele ontwikkeling wordt de veranderende rol van de verzekeraars genoemd. *Zorgverzekeringen en inkomensverzekeringen zijn nu gescheiden voorzieningen. Naar verwachting gaat dat veranderen in het nieuwe zorgstelsel dat in 2006 moet ingaan.*

Verskillende samenwerkingsprojecten worden als laatste actuele ontwikkeling beschreven. *Eind 2004 kwam een eind aan een aantal projecten die de arbocuratieve samenwerking moesten stimuleren (de LHV/NVAB-projecten en het ZonMW-programma ‘ Samenwerken bij sociaal-medische begeleiding’). Vier Nederlandse Kenniscentra Gezondheid en Arbeid verzamelen en verspreiden sinds 2000 informatie over gezondheidsklachten die het werken bemoeilijken, klachten al dan niet veroorzaakt door arbeid . Inmiddels is ook de bestaande organisatiestructuur voor de eerste lijn herzien. Er zijn Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) opgericht ter vervanging van de Districts Huisartsen Vereniging (DHV). De ROS'en richten zich primair op ondersteuning van huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten. De oprichting van de ROS'en biedt voor de bedrijfsgeneeskunde de kans om arbeid onder de aandacht van de eerste lijn te brengen en met de eerste lijn afstemming en samenwerking te zoeken.*

De NVAB heeft een aantal speerpunten geformuleerd voor het bereiken van *een duidelijke positie van de bedrijfsarts in de eerste lijn*: 1.) *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. De nadruk ligt in de nabije toekomst meer op het voorkómen van beroepsziekten en het verbeteren van de algemene gezondheid.* 2.) *verdere professionalisering door richtlijnontwikkeling en –implementatie.* 3.) *de NVAB sluit zich aan bij realisering van de voorwaarden en uitgangspunten van het project ‘Sociale zekerheid en zorg’ en 4.) de NVAB streeft ernaar toegankelijkheid voor werknemers en curatieve collega's tot de bedrijfsgeneeskundige expertise te verhogen.*

2.9 Samenvattende tabel publicaties

| Auteur | Inhoud | Onderzoeksmethode | Resultaten |
|-------------|---|--|--|
| Nauta, 2000 | Literatuurstudie naar de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen | <ul style="list-style-type: none">Literatuurstudie:<ul style="list-style-type: none">- 6 artikelen (via Pubmed)- Via 'sneeuwbalmethode' vooral beleidsmatige en beschouwende stukken geselecteerd | <ul style="list-style-type: none">Samenwerken is kostenbesparend, beredenerend vanuit financiële argumenten. Of arbocuratieve samenwerking zal leiden tot hogere efficiëntie is niet te zeggen.Het beleid verandert als gevolg van de samenwerking. Dit leidt tot minder verzuim, snellere reïntegratie en eerdere detectie van beroepsziekten.Samenwerken kan de kwaliteit van het eigen werk van de arts verhogen.Samenwerken kan het welzijn van de patiënt verhogen.Er is weinig onderzoek gedaan naar de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen en vooral naar de gevolgen van meer en betere samenwerking.Het benoemen van effecten is belangrijk voor de motivatie van de deelnemers aan samenwerkingsprojecten en -activiteiten. |

| Auteur | Inhoud | Onderzoeksmethode | Resultaten |
|--------------------------|---|--|--|
| Nauta et al., 2002 | Beschrijving van een vragenlijstonderzoek onder huisartsen en bedrijfsartsen in Zuid West Nederland eind 1999 (N=547) | <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijstonderzoek Vragenlijsten verzonden aan: <ul style="list-style-type: none"> - 1728 huisartsen - 569 bedrijfsartsen Respons: <ul style="list-style-type: none"> - 338 huisartsen (20%) - 209 bedrijfsartsen (37%) | <ul style="list-style-type: none"> • Bedrijfsartsen namen vaker initiatief voor contact dan huisartsen. • Bedrijfsartsen hebben significant vaker contact met een huisarts, ruim tweemaal zo vaak. • Er is geen verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen wat betreft waardering van de sfeer. Het informatiegehalte wordt door bedrijfsartsen hoger ervaren dan door huisartsen. • Bij een toenemend aantal contacten, stijgt de waardering voor het informatiegehalte van het overleg bij de totale groep. • Het gedragseffect is bij zowel de huisartsen als bedrijfsartsen niet groot. |
| Heideman et al., 2002 | Literatuurstudie uitgewerkt aan de hand van een stapsgewijs model van gedragsverandering | <ul style="list-style-type: none"> • Literatuurstudie: <ul style="list-style-type: none"> - Onderwerp arbo-curatieve samenwerking (en WAO) - Relevante artikelen uit index MC, TBV, TSG, de Huisarts in Nederland, H&W en NTG vanaf 1996 - Via 'sneeuwbalmethode' andere relevante publicaties gezocht - Via internet rapporten verkregen van ministeries van VWS en SZW | <ul style="list-style-type: none"> • De perceptie die beide disciplines van elkaar hebben worden beïnvloed door verschillen in verantwoordelijkheid, wederzijdse afhankelijkheid en vertrouwen. • Oplossingen gericht op het wegnemen van door artsen genoemde praktische knelpunten, gaan voorbij aan het negatieve effect van meer subjectieve factoren. • Arbo-curatieve samenwerking vraagt om een complex proces van gedragsverandering bij betrokken artsen. • Om gedragsverandering te bereiken, moet naar doelen worden gestreefd die artsen zelf relevant en haalbaar achten. |

| Auteur | Inhoud | Onderzoeksmethode | Resultaten |
|------------------------|--|--|--|
| Engels et al., 2003 | Beschrijving van een procesevaluatie van vijf regionale samenwerkingsprojecten | <ul style="list-style-type: none"> • Procesevaluatie: <ul style="list-style-type: none"> - 5 éénjarige regionale samenwerkingsprojecten Metingen: <ul style="list-style-type: none"> - Uitgangsmeting, tussentijdse metingen en eindmeting - Interviews a.d.h.v. vooraf vastgestelde vragenlijsten - Participerende observaties | <ul style="list-style-type: none"> • Project 1: Onderlinge kennismaking droeg bij aan positievere beeldvorming van de andere discipline. Tevens meer aandacht en begrip voor het belang van arbocuratieve samenwerking. Tot feitelijke samenwerking kwam het niet. • Project 2 en 3: Deelnemers waardeerden samenwerkingsprotocol - vooraf - inhoudelijk positief. Samenwerking was echter toch gering. Het gebruik van het protocol werd - achteraf - als tijdroven ervaren, zonder duidelijke voordelen. • Project 4: Bedrijfsartsen oordeelden achteraf niet gunstig over samenwerking met huisarts. • Project 5: Protocollenboek is ontwikkeld, maar nog geen ervaring mee opgedaan. Veel onduidelijkheid over rol en intenties van andere discipline. |
| Somai et al., 2003 | Beschrijving van de arbocuratieve samenwerking anno 2003 vanuit het perspectief van de huisarts | <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijstonderzoek: <ul style="list-style-type: none"> - Vragenlijst onderdeel gemaakt van jaarlijkse enquête - 2 metingen: 2001 en 2003 Vragenlijst verzonden aan (in 2003): <ul style="list-style-type: none"> - Alle huisartsen (N=192) in het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) Respons (in 2003): <ul style="list-style-type: none"> - 164 huisartsen (85%), waarvan 136 huisartsen (83%) zowel in 2001 als in 2003 de vragenlijst hebben ingevuld | <ul style="list-style-type: none"> • Het perspectief van huisartsen m.b.t. de samenwerking met bedrijfsartsen is in de periode 2001-2003 niet veel veranderd, wel zijn enkele verschuivingen te zien. • De hoeveelheid contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen is laag. • Samenwerking is nog steeds voor verbetering vatbaar blijkt uit praktische knelpunten waar huisartsen tegen aan lopen. • Ondanks de ervaren knelpunten, is de meerderheid van de huisartsen nog steeds redelijk tot goed te spreken over de contacten met de bedrijfsartsen. |

| Auteur | Inhoud | Onderzoeksmethode | Resultaten |
|-------------------|---|---|---|
| Baanders, 2004 | Beschrijving van ervaringen met en het oordeel over arbocuratieve samenwerking vanuit het perspectief van mensen met somatische chronische aandoeningen | <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijstonderzoek: <ul style="list-style-type: none"> - Steekproef voor verkrijgen onderzoekspopulatie - Duur totale onderzoek: 3 jaar <p>Vragenlijst verzonden aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2284 panelleden van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken <p>Respons:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1983 panelleden (87%) <p>Onderzoekspopulatie beperkt tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 650 panelleden - Leeftijd 15-64 jaar - Betaalde baan (N=565) of gestopt in de afgelopen 5 jaar met werken (N=85) | <ul style="list-style-type: none"> • De zieke werknemer vormt een cruciale partij, naast bedrijfsarts en huisarts, bij de totstandkoming van arbocuratieve samenwerking. • Ervaringen van chronisch zieken laten zien dat er in weinig gevallen overleg plaatsvindt tussen bedrijfsarts en huisarts. • Chronisch zieken verwachten dat arbocuratieve samenwerking gunstig is voor het inzicht en de begeleiding van de bedrijfsarts. Echter verwachten zij niet dat arbocuratieve samenwerking tot een korter ziekteverzuim leidt. |
| NVAB, 2005 | Beschrijving van de huidige positionering van de bedrijfsarts, een aantal actuele ontwikkelingen en ambities van de NVAB | | |

3. Lezingen studiedag november 2004

Op 2 november 2004 heeft het Julius Centrum voor gezondheidswetenschappen en eerstelijns geneeskunde in samenwerking met Stichting Instituut Gak een studiedag georganiseerd met als onderwerp 'Arbeidsgeneeskundigen de eerste lijn en het ziekenhuis in!?'.

In dit hoofdstuk vindt u enkele aanvullende inzichten met betrekking tot arbocuratieve samenwerking. Deze kanttekeningen zijn afkomstig uit de lezingen die gehouden zijn op de studiedag in november 2004. Elke paragraaf refereert aan een lezing.

3.1 Verslag van een kwalitatief onderzoek

In de periode van mei 2003-juni 2004 heeft Julius Centrum onderzoeker drs. Désirée Villevoe een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als onderwerp: 'op zoek naar verbetering van de afstemming van arbeidsgeneeskundige en medisch curatieve samenwerking op het terrein van behandeling van patiënten met beperkingen van het bewegingsapparaat, patiënten met moeilijk objectieveerbare aandoeningen, patiënten met psychische klachten en patiënten met gediagnosticeerde chronische aandoeningen'. Dit onderzoek maakt deel uit van een reeks onderzoeken met betrekking tot arbocuratieve samenwerking die in vier fasen uitgevoerd worden door het Julius Centrum. Dit kwalitatieve onderzoek behoort tot de 1^{ste} fase. Het fase 2 onderzoek betreft eveneens een kwalitatief onderzoek naar de arbocuratieve samenwerking, maar vindt plaats in een setting waar huisartsenzorg en bedrijfsgeneeskunde onder één dak uitgeoefend wordt, namelijk bij Defensie. Het Julius Centrum streeft ernaar om het fase 2 onderzoek in het najaar van 2005 afgerond te hebben. Tot de 3^e fase wordt het inventariseren van expert opinions gerekend over het plaatsen van arbeidsgeneeskundigen in de eerste lijn. Hierbij spelen de studiedagen een belangrijke rol. Aansluitend op deze drie fasen streeft men ernaar de bevindingen uit voorgaande onderzoeken te gebruiken voor een experiment met arbeidsgeneeskundigen in de eerste lijn.

Tijdens het kwalitatieve fase 1 onderzoek is gebruik gemaakt van interviews om het perspectief van de arbeidsgeneeskundige en de patiënt te kunnen beschrijven. Door middel van een steekproef van casussen uit de drie grote arbeidsgeneeskundige diensten van Nederland, te weten Achmea Arbo, Arboned en Arbounie, zijn 16 casussen geselecteerd. Alle zestien patiënten en hun arbeidsgeneeskundige hebben meegewerkt aan de interviews.

In het onderzoek staan drie onderzoeksvragen centraal: 1.) *Zou arbocuratieve samenwerking leiden tot een kortere doorlooptijd, minder contacten met zorgverleners en minder knelpunten in de arbeidsgeneeskundige en medisch curatieve zorgprocessen dan bij de bestaande zorgverlening (care-as-usual)?* 2.) *Welke instituties zijn te noemen die verklaren waarom de genoemde geïntegreerde zorgprocessen niet of in geringe mate voorkomen?* 3.) *Wat zou een geschikt geïntegreerd zorgproces kunnen zijn dat haalbaar is?*

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de eerste onderzoeksvraag bevestigend beantwoord kan worden, indien de arbeidsgeneeskundigen en medisch curatieve behandelaars meer zouden overleggen over a.) *belasting en belastbaarheid*, b.) *de vermoedelijke ziekte duur* en c.) *verzekeringskwesties*. De tweede onderzoeksvraag, waarom geïntegreerde zorgprocessen niet of in geringe mate voorkomen, kan samenvattend beantwoord worden met: a.) *de relatie tussen arbeidsgeneeskundigen en behandelaars is niet duidelijk* en b.) *de onderlinge (telefonische of digitale) bereikbaarheid is lastig*. Afsluitend wordt de laatste onderzoeksvraag beantwoord met een aantal kenmerken waaraan een geïntegreerd zorgproces moet voldoen om haalbaar te zijn: 1.) *meer samenwerking tussen de arbeidsgeneeskundige en de curatieve behandelaars*, 2.) *duidelijke afspraken over de samenwerking*, 3.) *meer, eerder en makkelijk contact van patiënten met de arbeidsgeneeskundige*, 4.) *de patiënt als tussenpersoon om geïntegreerde zorgprocessen te vervangen*, 5.) *regelmogelijkheden voor de arbeidsgeneeskundige*, 6.) *aandacht besteden aan preventie*, 7.) *zo snel mogelijk een probleemanalyse in kaart brengen* en 8.) *meer aandacht voor de niet medische kant van het verzuim*. Alle resultaten zijn onderbouwd met citaten afkomstig uit de interviews met patiënten en arbeidsgeneeskundigen.

De power point schema's van drs. D. Villevoe staan vermeld in bijlage 2.

Enkele aanvullingen van Fini de Pauw, bestuursvoorzitter Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie en één van de referenten van deze presentatie, waren dat de reïntegratietrajecten zo kort mogelijk moeten zijn. Hij is tevens een voorstander van het koppelen van patiëntendossiers ter voorkoming van dubbel werk. Ook moet de huisarts meer betrokken worden bij het reïntegratieproces. Hij weet immers het meeste van de situatie van de patiënt.

Ted van Essen, huisarts en onderzoeker, erkent dat de bereikbaarheid van huisartsen een probleem is. Hij voegt toe dat door het ontstaan de grotere Arbo-diensten het moeilijker is geworden om de bedrijfsartsen te leren kennen. Structurele maatregelen zijn noodzakelijk om het contact te bevorderen. De verschillende vakgebieden zouden er wellicht baat bij hebben als ze niet totaal los van elkaar staan. Van Essen benoemt dat het belangrijk is dat de bedrijfsartsen ook in de eerste lijn vertegenwoordigd worden. Anders gaan huisartsen voorzien in die behoefte.

3.2 Arbocuratieve samenwerking toen en nu van belang

Guus Schrijvers, hoogleraar structuur en functioneren van de gezondheidszorg werkzaam bij het Julius Centrum, heeft tijdens de studiedag in november 2004 een voordracht gehouden over het belang van arbocuratieve samenwerking toen en nu. Zijn powerpointschema's staan vermeld in bijlage 2. Puntsgewijs benoemde hij de gezondheidsproblemen die in Nederland op de voorgrond staan zoals werkstress, klachten aan het bewegingsapparaat, te grote instroom in de WAO, met een vlekje kom je niet meer aan het werk, te veel politieke sturing, te weinig preventieve interventies, te weinig arbocuratieve samenwerking. Aansluitend hierop werden beschikbare strategieën genoemd om de bestaande gezondheidsproblemen op te lossen. Enkele strategieën kunnen zijn: scheiding behandeling en controle, WvP doorzetten en vereenvoudigen, expertisecentra binnen Arbo-diensten, benchmarking, bedrijfsgezondheidszorg in de eerste lijn. Op basis van deze overwegingen deed Schrijvers een voorstel voor een arbocuratief experiment op basis. (zie power point schema's in bijlage 2).

In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van een selectie van publicaties in de periode 2000-2005. Professor Schrijvers heeft enkele van deze publicaties tijdens zijn lezing besproken. Zijn conclusies over arbocuratieve samenwerking in de periode van 1997-2004 waren dat er weinig veranderingen zijn opgetreden in opvatting en praktijk. Arbocuratieve samenwerking komt niet van de grond, terwijl dat wel zou moeten. Er zijn veel observationele studies bekend naar de relatie tussen huisarts en bedrijfsarts, maar er zijn nauwelijks experimenten uitgevoerd. Ook is er nauwelijks op innovatie gericht beleid en intelligent gezondheidsbeleid in Nederland. Er bestaan vooral praktische belemmeringen en een gering vertrouwen voor het welslagen van arbocuratieve samenwerking.

Kolonel-arts IJzerman, werkzaam bij de Directie Militaire Gezondheidszorg van het Ministerie van Defensie, gaf als reactie op de lezing van Schrijvers een schets van de situatie bij Defensie. De bedrijfsartsen, curatieve artsen en militairartsen zijn ondergebracht in zorgteams. Deze medische zorgteams werken als integraal team met een consultatiefunctie en een verwijsbasis. Kennis wordt in de breedte neergelegd. Deze zou moeten leiden tot een optimale wisselwerking tussen de kennisgebieden. Kennis rondom arbeidsgerelateerde ziekten moet actief gepromoot worden. Men is nog teveel gericht op ziekten en genezen. Mensen worden echter niet alleen ziek van werken maar ook het niet kunnen werken is een bevorderende factor voor vele aandoeningen. Door adviseren en trainen kunnen bedrijfsartsen het promoten van arbeidsgerelateerde kennis bij huisartsen en specialisten ondersteunen. Een bijkomend voordeel is dat wordt voorkomen dat bepaalde trajecten dubbel doorlopen worden. Directeur bedrijfsarts Arbo Unie Jaap Bruins Slot benoemde in een reactie op de lezing van Schrijvers twaalf voordelen van arbocuratieve samenwerking. Deze staan vermeld in zijn power point schema's in bijlage 2.

3.3 Working in partnership

Voor de studiedag in 2004 zou Dr. Blair Crichton, plaatsvervangend hoofd bedrijfsgeneeskunde van de Londense metro, een presentatie houden over de ervaringen van Engelse bedrijfsartsen met arbocuratieve samenwerking. In verband met de afwezigheid van Dr. Blair Crichton heeft Drs.

Maurice de Valk, bedrijfsarts, algemeen directeur Adviesgroep Intermedic, voorzitter Stichting Gezond Werk en Economisch Welzijn en International Forum for Organisational Health, de presentatie overgenomen. De Power Point schema's van Crichton staan vermeld in bijlage 2.

4. Notulen van de discussies

Prof. Dr. A.J.P. Schrijvers, Julius Centrum UMC Utrecht.

Wat zijn de oplossingen voor arbocuratieve samenwerking?

Overzicht en evaluatie van uitgevoerde praktijken en projecten van arbocuratieve samenwerking in Nederland.

Referenten:

- *Jaap H.W. Bruins Slot, directeur bedrijfsarts Arbo Unie*
- *C. (Kees) IJzerman, kolonel arts vanaf september 2004 werkzaam bij de Directie Militaire Gezondheidszorg van het Ministerie van Defensie binnen de afdeling gezondheidszorg Beleid, tevoor Hoofd van de Arbodienst KL. Tot 2000 geregistreerd huisarts, vanaf 1999 arts MPH (Master of Public Health)*

Referenten:

Jaap Bruins Slot (Arbo Unie)

De mens heeft één gezondheid. Deze kan niet opgesplitst worden in werk en privé of in jong en oud. Op het gebied van Arbo-curatieve samenwerking is er sprake van dubbeling maar ook van lacunes. Er wordt een denkbaar model gepresenteerd voor arbocuratieve samenwerking:

- Nulde lijn: in grote bedrijven of organisaties. Organizational en occupational health moet gecombineerd worden (250 bedrijfsartsen).
- Eerste lijn: er moet sprake zijn van een herinrichting van de zorg. Occupational health dient geïntegreerd te worden en life-time, contextueel health wordt belangrijk. Bedrijfsartsen dienen huisartsen te adviseren (750 bedrijfsartsen).
- Tweede lijn: regionaal, bij of in grote curatieve centra dienen arbeidswerkplaatsen gerealiseerd te worden (250-350 bedrijfsartsen).
- Derde lijn: in academische en medische centra moet ruimte zijn voor onderzoek en opleiding. Bedrijfsartsen moeten worden opgeleid en ook bij niet-bedrijfsartsen moet het onderwerp 'arbeid' in hun opleidingspakket aanwezig zijn (200 bedrijfsartsen).

Het plan leidt tot een besparing van ongeveer 1000 bedrijfsartsen. Ook op het gebied van overhead levert het voordelen op.

Kolonel-arts C. IJzerman

Wij hebben te maken met een andere structuur en een andere taakverdeling. De taak van een militair geneeskundige is het bevorderen en behouden van de gezondheid van de werknemers. Het omvat curatieve en preventieve handelingen. Tijdens het uitvoeren van deze taken moet er rekening gehouden worden met het feit dat het beroep fysiek veel vergt. Bovendien hebben we te maken met een relatief jonge populatie.

In het begin van de jaren negentig was de arbo-dienstverlening in opkomst. De professie bedrijfsartsen vestigden zich. Tegelijkertijd kregen we te maken met een complexere vraagstelling. Naast curatieve artsen kwamen er bedrijfsartsen in dienst. Deze ontwikkeling bracht enige wrijving met zich mee. De twee beroepsgroepen verzorgen immers dezelfde patiënt.

Men zag dat in de twee professies een zoektocht op gang kwam naar de eigenheid van het beroep. Dit ging ten koste van de onderlinge samenwerking. Extra sturing bleek noodzakelijk. De twee processen van zorg moesten samengebracht worden omdat de problemen anders zouden kunnen resulteren in een slechte interactie van de kennisgebieden. De disciplines moesten dicht bij elkaar blijven omdat men tenslotte hetzelfde doel dient: de mens geschikt houden voor de werkplek en terugbrengen na ziekte. Er ontstonden plannen voor integratie. De bedrijfsartsen, curatieve artsen en militairartsen (basisartsen met een extra opleiding specifiek gericht op militaire geneeskunde) werden ondergebracht in zorgteams. Deze medische zorgteams werken als integraal team met een consultatiefunctie en een verwijsbasis. Kennis wordt in de breedte neergelegd. Het zou moeten leiden tot een optimale wisselwerking tussen de kennisgebieden.

Aangezien de civiele sector een ietwat andere structuur heeft is het mogelijk dat de problemen anders aangepakt moeten worden. Een van de grootste verschillen betreft wellicht het feit dat er bij de militaire krijgsmacht sprake is van één financier. Toch kan in de civiele maatschappij hetzelfde bereikt worden door middel van een groeitraject.

Kennis rondom arbeidsgerelateerde ziekten moet actief gepromoot worden. Men is nog teveel gericht op ziekten en genezen. Mensen worden echter niet alleen ziek van werken maar ook het niet kunnen werken is een bevorderende factor voor vele aandoeningen. De kennis moet vergaard worden door ervaring. In de eerste en tweede lijn is er soms wel informatie beschikbaar maar de meeste huisartsen en specialisten missen veelal arbeidsgerelateerde kennis. Door adviseren en trainen kunnen bedrijfsartsen het promoten van de kennis bij deze beroepsgroepen ondersteunen.

Vragen:

Reactie op dhr. Bruins Slot: het is een redelijk romantisch verhaal. Het viel me op dat u verzekeringsgeneeskunde een vak apart noemde. Dit doet geen recht aan de taak van bedrijfsartsen die zich wel degelijk met claimbeoordeling bezighouden.

Ik vind het jammer dat niet aan de orde komt hoe het probleem in Nederland is ontstaan. Ik mis de politieke context. Regelgeving heeft immers een sterke invloed en ook politieke keuzes zijn belangrijk. Men dient rekening te houden met deze context.

Huisartsen besteden over het algemeen weinig aandacht aan de factor arbeid. Daar valt dus nog veel winst te behalen. De vraag is echter wanneer men rekening moet houden met de factor arbeid, dat hoeft immers niet altijd.

Naast de bedrijfsartsen bestaan veel disciplines waar ook dubbel werk verricht wordt. De rol van deze andere disciplines moet nader belicht worden.

Reactie op de vragen:

Jaap Bruins Slot

Het duurt nog zeker tien tot vijftien jaar voordat we iets groots, zoals het voorgestelde plan, hebben bereikt. De genoemde getallen laten zien hoeveel geld en mankracht men kan besparen. Het zorgt ervoor dat het geheel wat minder romantisch oogt en bovendien eist de politiek dit soort gegevens. Bedrijfsartsen doen niet aan claimbeoordeling. In samenwerking met de patiënt stellen zij een advies op. De huisarts bepaalt wat hiermee gebeurd en of er doorverwijzing plaatsvindt.

De rol van andere disciplines is inderdaad relevant. De belangrijkste verschuiving vindt plaats van artsen naar occupational health nurses. Deze werken mee in de eerste en tweede lijnszorg en dit levert een enorme besparing in artsencapaciteit op. Een ander voorbeeld wordt gevormd door de psychologen. De psychische kant van de klachten wordt onvoldoende uitgediept. De overmaat aan psychologen die momenteel worden opgeleid kan hierbij een rol gaan spelen.

C. IJzerman

Het is relevant dat er meerdere disciplines in de eerste lijn komen te werken. De zorg moet laagdrempelig worden. Psychosociale problemen kan men bovendien ondervangen door disciplines samen te laten werken. Bijkomend voordeel is dat wordt voorkomen dat bepaalde trajecten dubbel doorlopen worden.

Claimbeoordeling omvat het adviseren over de inzetbaarheid. Als men niet kan werken betekent dat schade voor de loopbaan. Claimbeoordeling is de meer verzekeringskundige kant van het werk.

Bedrijfsartsen adviseren in relatie met de betrokken patiënt, werkgever etc. Dit levert voordeel op voor alle partijen. Bedrijven lopen geen schade op door ongelukken en patiënten voorkomen problemen in hun loopbaan.

Guus Schrijvers

De politieke context is inderdaad heel belangrijk. Vanuit de professie moeten nieuwe initiatieven bedacht worden en de politiek moet overtuigd worden.

Drs. Désirée Villevoe, onderzoeker, Julius Centrum UMC Utrecht.

Wat is het probleem van de arbocuratieve samenwerking?

De resultaten van een kwalitatief onderzoek naar arbocuratieve samenwerking rond vier typen langdurige patiënten.

Referenten:

- *Fini de Pauw, bestuursvoorzitter Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie*
- *Dr. G.A. (Ted) van Essen, huisarts in Amersfoort, Onderzoeker bij het Julius Centrum UMC Utrecht*

Vragen naar aanleiding van de presentatie:

Respondent 1: waarom wordt de term arbeidsgeneeskundigen gehanteerd in plaats van bedrijfsartsen?

Reactie: Termen als arbo-arts en bedrijfsarts zijn meer spreektaal, maar het betreft slechts een naam voor het beestje.

Respondent 2: bedrijfsarts is een geregistreerde titel vanuit de wet BIG.

Referenten:

Fini de Pauw

De patiënt of de cliënt moet meer centraal gezet worden. Veel gehoorde klachten van bedrijfsartsen en patiënten zijn dat de zaken langs elkaar heenlopen. Dikwijls wordt men van het kastje naar de muur gestuurd.

Ik ben een enorme voorstander van het koppelen van patiëntendossiers. Dit voorkomt dat werk dubbel wordt gedaan. Bovendien wordt de geschiedenis van de patiënt duidelijker: wat is er gebeurd dat heeft geleid tot deze situatie en wat is er reeds aan gedaan?

De Wet verbetering Poortwachter (WvP) houdt de instroom in de zorg in de hand. Nu dient er gekeken te worden naar de uitstroom (vooral bij de WAO). Het koppelen van dossiers is hierbij belangrijk. Het zorgt ervoor dat de begeleiding verbetert en dat is een enorme vooruitgang. In het bijzonder in dit soort trajecten moet de huisarts een belangrijke rol gaan spelen. Communicatie via internet wordt vaak genoemd als een mogelijke oplossing voor het probleem van de toegankelijkheid van huisartsen. Dit vind ik persoonlijk geen goede ontwikkeling omdat je moet weten met wie je te maken hebt.

Conclusie:

- Trajecten moeten zo kort mogelijk zijn.
- Koppeling van dossiers is positief.
- De huisarts moet meer betrokken worden. Hij beschikt immers over de meeste informatie over de situatie van de patiënt.

Ted van Essen

Het onderzoek is een mooi voorbeeld van een kwalitatief onderzoek. Als je dit kwantitatief maakt wordt duidelijk waar de problemen zitten.

Het viel me op dat in het onderzoek de huisartsen niet zijn bevroegd. Ik ben echter van mening dat bij hen dezelfde clichés leven als bij de bedrijfsartsen.

De bereikbaarheid van huisartsen is al heel lang een probleem. Tegenwoordig is men echter actief met e-mail en elektronische dossiers waarin automatisch de resultaten van onderzoeken toegevoegd worden. Toch heb ik nog nooit contact gehad met een bedrijfsarts (niet via brief of e-mail). Door het ontstaan van de grotere arbo-diensten is het moeilijker geworden om de bedrijfsartsen te leren kennen. Structurele maatregelen zijn noodzakelijk om het contact te bevorderen. Bij eerstelijns samenwerking komen twee culturen bij elkaar. Er moet sprake zijn van een paradigmashift. Er moet niet gekeken worden of de patiënt beter wordt, maar of ze weer kan functioneren.

De verschillende vakgebieden zouden er wellicht baat bij hebben als ze niet totaal los van elkaar staan. Ook met het oog op opleiding en overstappen van de ene naar de andere professie. Door een modulaire opbouw van de colleges kan dit bewerkstelligd worden. Relevant is bovendien de modernisering van de opleidingen. Het gaat daarbij vooral over de HBO-artsen. Taken op een lager competentieniveau en routineklussen kunnen wellicht overgenomen worden door lager geschoold personeel.

Het is belangrijk dat de bedrijfsartsen ook in de eerste lijn vertegenwoordigd worden. Anders gaan huisartsen voorzien in die behoefte.

Vragen:

Zou het kunnen dat bedrijfsartsen zich gaan specialiseren in taken die behoren tot het terrein van de huisartsgeneeskunde? In een bedrijf kan de bedrijfsarts deze voorziening dan aanbieden.

Reactie: dat kan wellicht door het overschot aan bedrijfsartsen. Samenwerking is belangrijk en dat lukt het beste als de competenties overeenkomen. Men moet wel uitkijken omdat er bij dit soort ontwikkelingen al snel een verlies van context ontstaat.

Bruins Slot

De ideale situatie is als er binnen 10 jaar nog maar één college bestaat.

Maurice de Valk

De Engelse situatie is heel anders dan de Nederlandse. In Engeland is er geen sprake van verwijzing. De General Practitioner, de GP, verklaart dat de patiënt niet langer kan werken. De bedrijfsarts neemt het besluit over. Deze lijn kennen we in Nederland niet. Door de scheiding tussen bedrijfsartsen en huisartsen zien we problemen soms te laat. Het is belangrijk dat er meer gekeken wordt naar de hele mens en er geen scheiding wordt gemaakt tussen werk en privé. Hier moet meer aandacht aan besteed worden in de opleiding. In Engeland staat samenwerking in een vroeg stadium centraal.

Lessen die getrokken kunnen worden uit de Engelse situatie zijn:

- Vertrouwen
- Samenwerking
- Focus op de oplossing en niet op het probleem.

Blair M. Crichton, MRCS LRCP DIH MFOM, Dpt Head of London Transport Occupational Health, Immediate Past President UK Forum for Organisational Health (vervangen door: Drs. Maurice M.A. de Valk, arts specialist voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, Algemeen directeur van Adviesgroep Intermedic te Den Haag, Voorzitter Stichting Gezond Werk en Economisch Welzijn (StGW) en International Forum for Organisational Health (IFOH)).

Wat is een Engelse oplossing voor arbo-curatieve samenwerking?

De ervaring van Engelse arbeidsgeneeskundigen die soms in de eerstelijns en ziekenhuizen werken en soms in bedrijven. (Engelstalig)

Referenten:

- Piet J. Kroon, bedrijfsarts-adviseur KroonConsult B.V.
- Dick Spreeuwers.

Maurice de Valk

Spreekt voor Dr. Blair Crichton.

Hij vraagt zich af of geld niet een te grote en belangrijke rol speelt bij de problematiek rondom de bedrijfs- en huisartsen. Er wordt uitgelegd hoe de bedrijfsartsen in Engeland opereren en hoe problemen opgelost worden. In Nederland houdt de bedrijfsarts zich voor ongeveer 70% bezig met ziekteverzuim, dit is heel veel wanneer je dit vergelijkt met andere landen.

Er bestaat een groot verschil tussen Nederland en Engeland met betrekking tot de aanpak. In Engeland houdt een bedrijfsarts zich meer bezig met specialisme. Een huisarts verklaart of iemand ziek is en een bedrijfsarts bekijkt wat de gevolgen zijn voor het functioneren op de werkvloer.

De scheiding tussen de bedrijfs- en huisarts zorgt er mogelijk voor dat problemen in werk en privé te laat gesignaleerd worden. Het zou beter zijn wanneer er een minder strikte scheiding is tussen werk en privé en dat er een meer integraal systeem ontwikkeld zou worden.

Engeland en Nederland vertonen een gelijk beeld wat betreft de statistieken van ziekten op het werk (o.a. psychisch en houdings- en bewegingsapparaat).

In Engeland bestaat er meer samenwerking tussen de bedrijfs- en huisarts. De focus is minder gericht op ziekteverzuim, men heeft meer vertrouwen in elkaar en er wordt meer samengewerkt.

Referenten:

Piet Kroon (bedrijfsadviseur)

Sociale zekerheid speelt een belangrijke rol in Nederland. In andere landen is dit in mindere mate aan de orde, een patiënt zal eerder aan het werk moeten om geld te verdienen omdat hij het in ieder geval niet van de sociale instanties zal krijgen. Het is een hardere wereld dan in Nederland.

In Engeland zijn minder gespecialiseerde bedrijfsartsen; een huisarts is vaak parttime bedrijfsarts. Dit maakt het een stuk eenvoudiger wat betreft samenwerken en communiceren.

De wetgeving speelt een belangrijke rol. In Engeland zijn bedrijven vrij in hoe hun beleid wordt vorm gegeven. Mogelijk zijn er in Nederland teveel regels.

Piet Kroon meent dat het delen van een visie op reïntegratie belangrijker is dan communicatie via telefoon en email. Zowel de bedrijfs- als huisarts speelt hierbij een belangrijke rol. Er zijn wel twee logistieke problemen te noemen, namelijk dat het verloop van bedrijfsartsen heel hoog is en dat huisartsen veelal parttime werken.

De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt moet belangrijker worden en netwerken moeten minder belangrijk worden. Een optie zou zijn om een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen dat de verantwoordelijkheid is van de patiënt zelf (zie Amerika). Via internet zou gericht advies kunnen worden gegeven op bepaalde symptomen die door de patiënt zelf kunnen worden aangegeven. Dit zou ook bruikbaar kunnen zijn voor chronisch zieken aangezien zij op den duur ook zelf heel veel weten van de problemen waar zij mee te kampen hebben.

De inrichting van de 1^e lijn: bedrijfsartsen moeten in de eerste lijn. Dit mag nog verder gaan bijvoorbeeld in de preventie. Er moeten centra ontstaan die dicht bij de mens staan.

Dick Spreuwers

Hij bekeek het beleid in het buitenland. Opvallend is dat in elk land dezelfde problematiek gevonden wordt en gelijke statistieken, echter de aanpak is heel verschillend. Elk land heeft zijn focus op één bepaald probleem, bijvoorbeeld periodiek onderzoek, het bouwen van instituten of zoals in Nederland het ziekteverzuim. Deze verschillen zijn opmerkelijk. Politieke factoren spelen hierbij een grote rol.

Door hoog ziekteverzuim zitten er teveel mensen in de WAO. Een bedrijfsarts is nu een ziekteverzuimarts. 20 à 30 jaar geleden was dit anders en toen hield de bedrijfsarts zich meer bezig met hart- en vaatziekten. Ieder tijdperk kenmerkt zich door verschillende focus op de actieve bezigheden.

Vroeger keek men meer naar de organisatie in zijn geheel en nu meer naar het individu binnen die organisatie. Door waardenverschuivingen is de bedrijfsarts meer een claimbeoordelaar geworden. Het individu moet geactiveerd worden en moet zichzelf legitimeren dat hij werkelijk ziek is. Een bedrijfsarts helpt hierbij.

Neveneffecten van deze waardenverschuivingen zijn:

1. Het aantal bedrijfsartsen is in de laatste jaren verdubbeld.
2. Bureaucratisering: zijn er wel zoveel artsen nodig?
3. Alle artsen hebben een verdubbeling meegemaakt, zowel op gezins- als werkniveau. Dit is eigenlijk dubbel op en hierdoor moet er meer samengewerkt worden.
4. De preventieve activiteiten zijn afgenomen.

De problemen zijn ontstaan als gevolg van politieke keuzes die gemaakt zijn. Arbocuratieve samenwerking zou goed zijn.

Ons zorgsysteem is niet opgewassen tegen de toekomst:

1. Het zorgsysteem zal zich moeten aanpassen door meer maatwerk te leveren (door bv. de vergrijzing). Dit geldt ook voor de arbeidsgeneeskunde.
2. De arbo-dienstverlening is op dit moment teveel gestandaardiseerd.
3. Er moet meer aandacht komen voor preventie.
4. Meer aandacht voor life-style, meer een public health benadering.

Aandachtsmomenten voor de toekomst zijn:

1. Een minder grote obsessie voor ziekteverzuim.
2. Minder marktwerking, meer public health benadering.
3. Meer zorg op maat, kwaliteitsverbetering en meer multidisciplinair (arbocuratieve samenwerking!!!).
4. Meer kennis investering en implementatie.
5. Informatie en communicatietechnologie verbeteren.

Prof. Dr. A.J.P. Schrijvers, Julius Centrum UMC Utrecht.

Een voorstel voor een experiment met arbeidsgeneeskundigen in de eerstelijns en in het ziekenhuis.

Referenten:

- *Bernadette Linssen, arts en tevens directeur van WOSM BV en*
- *Prof.dr. W. van Mechelen, hoogleeraar bedrijfs- en sportgeneeskunde, VU medisch centrum EMGO-Instituut en Afdeling Sociale Geneeskunde, Voorzitter Onderzoekscentrum Body@Work TNO Vumc*

Guus Schrijvers presenteert een voorstel van een experiment voor arbocuratieve samenwerking.

Zijn vraag voor vandaag is 'laten we nadenken over goede onderzoekbare opties voor arbocuratieve samenwerking'.

Referenten:

Bernadette Linssen

Tijdens haar geneeskundestudie constateerden de artsen bij haar een neurologische aandoening. Hierbij komen veel vragen voor de toekomst bij je op zoals 'zal ik ooit mijn beroep kunnen uitoefenen'. Zij begon als verzekeringsarts en merkte een sterke scheiding tussen zorg en verzekering op. Eind jaren '80, begin jaren '90 mocht er niet overlegd worden tussen de curatieve -en bedrijfshulpverlening. Nu wil men dit weer bij elkaar brengen.

Bernadette Linssen kwam uiteindelijk in een rolstoel terecht. Dan kom je voor veel moeilijkheden te staan. Iedereen bemoeit zich er mee. In het revalidatiecentrum was er vooral aandacht voor de privé-situatie en weinig aandacht voor de werksituatie. De bedrijfsarts kon weinig betekenen voor Bernadette. Terug op de werkvloer kwam ze veel problemen tegen: bijvoorbeeld een werkplek, een goede stoel en autorijden. De bureaucratie belemmerde de reïntegratie.

Conclusie: de werknemer moet zelf het heft in handen nemen, eigen verantwoordelijkheid!! (Echter dit kan niet iedereen). Als de verantwoordelijkheid naar de patiënt zal gaan is de vraag waarom er dan nog zo'n sterke scheiding tussen zorg en verzekering zal bestaan.

Experimenten zijn goed maar Bernadette is wel van mening dat het snel moet gebeuren voordat de sociale zekerheid is afgebroken.

Wim van Mechelen

De marktwerking is in sommige opzichten goed maar soms niet toepasbaar of bruikbaar. Nederland kent een zeer sociaal systeem. Hierdoor wordt te weinig rekenschap genomen van de systeemfactoren.

Factoren die leiden tot klachten zijn andere factoren dan de factoren die leidden tot arbeidsongeschiktheid. Dit laatste heeft deels te maken met het gedrag en perceptie van de patiënt.

Wim van Mechelen heeft een folder aan iedereen uitgedeeld met als inhoud dat de wijze van contact verschil maakt in de manier en de mate van reïntegratie.

Wat betreft preventie meent hij dat er sprake moet zijn van effectieve screening. Daarna moet men de risicofactoren bepalen en die uiteindelijk bewerken. Echter er is te weinig onderzoek gedaan. Dit komt doordat er te weinig onderzoek wordt gedaan op de universiteiten en Arbo-diensten. Er is te weinig geld voor onderzoek.

Hij zet vraagtekens bij de primaire preventie.

Wat losse opmerkingen:

- Een mogelijkheid zou zijn om de bedrijfsarts toe te voegen aan de 2^e lijn (transmuraal).
- Hij mist het meetpunt 'terugkeren naar werk'.
- Hij gelooft wel in de arbocuratieve samenwerking: het is de toekomst. Er moeten minder bedrijfsartsen komen en degenen die er zijn moeten meer gespecialiseerd zijn.
- Bedrijfsartsen worden gefinancierd door de werkgever. Dit levert problemen op met de transparantie van de bedrijfsarts: aan welke kant staat de bedrijfsarts? Meer gelijkheid kan gecreëerd worden door financiering van reguliere middelen.

Reacties:

- § Medwerk heeft al veel gedaan op het gebied van opties voor onderzoek naar arbocuratieve samenwerking zoals dat is gebleken dat contacten wel gelegd kunnen worden, wanneer het eerste contact is geweest. Nascholing met behulp van NHG-standaarden, cursussen voor samenwerking tussen de bedrijfs- en huisarts en vooral afstemming en scheiding van taken. Naast wetenschappelijk onderzoek moet er ook praktijkonderzoek gedaan worden.
- § Er is een experiment geweest waarin een arbeidsgeneeskundige samen heeft gewerkt met een longarts en een dermatoloog. Het bleek dat er toen problemen waren met het commitment van het managementteam en specialisten en het verschil in jargon tussen bedrijfsartsen en andere specialisten. Er bestaat een groot cultuurverschil ondanks gelijke opleidingen.
- § Medwerk: er wordt veel gedaan aan nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Onder andere het leggen van contact tussen professionals uit de curatieve en andere zorg. Door het leggen van een 1^e contact, blijkt dat het contact daarna gemakkelijker te onderhouden is. Ook worden er ministages georganiseerd waarbij mensen elkaars professie leren kennen en bij elkaar kunnen meekijken.
- § Medwerk: experiment geweest waarbij de bedrijfsarts werd gekoppeld aan een 2^e lijns medisch specialist via mail of telefoon. Dit was laagdrempelig. Ook bedrijfsartsen werden gekoppeld aan revalidatieartsen, waardoor deze nu nauw samenwerken. Ook bedrijfs- en huisartsen worden aan elkaar gekoppeld waarbij de bedrijfsarts voorlichting geeft aan de huisarts over zijn professie.
- § NVAB: het is hard nodig dat er fors geïnvesteerd gaat worden in arbocuratieve samenwerking. De ondersteuning voor huisartsen komt te vervallen. De oplossing die gezien wordt is het toevoegen van de bedrijfsarts aan de regionale ondersteuningsstructuur (ROS 1^e lijn). De bedrijfsarts moet op de agenda komen te staan.

- § Medwerk: een idee van een arbeidsanamneselijst, vormgegeven in een experiment; een toevoeging kan gedaan worden op patiënniveau, 2^e lijn koppelen aan de regionale ondersteuning. Medisch specialisten moeten erkennen dat arbeid belangrijk is.
- § Er moeten 1^e lijns gezondheidscentra opgezet worden waarbij bedrijfs- en huisartsen meer gaan samenwerken. Over 10 à 15 jaar zijn er veel te weinig artsen, dus we moeten wel meer en beter gaan samenwerken.
- § Er moet heel veel onderzoek worden gedaan!!
- § Meer manage-care organisatie: bedrijfsarts, huisarts, ziektekosten en inkomensdervingen moet in één hand komen. Echter het probleem hierbij is dat dit haaks staat op vrije artsen keuze. Binnen dit systeem is echter wel betere kosteneffectiviteit. Ook de verzekeringsarts moet hierbij betrokken worden.
- § Achmea is wel geïnteresseerd in onderzoek.

Afsluiting/ Rondvraag:

- § Opzetten van business cases. Wie wil?
- § Iedereen wil graag op de hoogte gehouden worden van de experimenten.
- s NVAB: moet de bedrijfsarts 1^e lijn worden? NVAB is van mening van wel. Dit moet ondersteund worden door regionaal beleid.

Bijlage 2

PowerPoint presentaties bij de gehouden lezingen