



# Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts

## BIJ DE SOCIAAL-MEDISCHE BEGELEIDING VAN ARBEIDSVERZUIM

Een gezamenlijke uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)  
en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

maart 2002 **Auteurs:** Han Anema, Peter Buijs, René van Amstel, Dick van Putten





### **TNO-rapport**

Polarisavenue 151  
Postbus 718  
2130 AS Hoofddorp

1090125/r2003530  
Telefoon 023 554 93 93  
Fax 023 554 93 94  
TNO Arbeid

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO. Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de

Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks-opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbers is toegestaan.

TNO Arbeid (voorheen NIA TNO) is een kennisintensieve dienstverlener voor bedrijfsleven en overheid

op het gebied van strategische arbeidsvraagstukken. Met als uitgangspunt een optimale inzet van mensen, houdt TNO Arbeid zich bezig met de innovatie van arbeid, organisatie en technologie, bevordering van arbeidsparticipatie en versterking van arbeidsomstandighedenbeleid.

© 2002 TNO Arbeid

## Inhoud

### 1 De Leidraad: Ontstaan en positionering

- 1.1 Doelstelling, taken en verantwoordelijkheden
- 1.2 Van model naar Leidraad
- 1.3 Doel en reikwijdte Leidraad
- 1.4 Beslismomenten bij SMB
- 1.5 Criteria bij de beslismomenten
- 1.6 Communicatieformulier

### 2 De Leidraad: handleiding voor de praktijk

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Probleemverheldering/beoordeling Arbeid en Gezondheid
- 2.3 Indicaties voor uitwisseling van informatie of voor verwijzing
- 2.4 Indicaties voor afstemming van inzicht
- 2.5 Indicaties voor afstemming van advies
- 2.6 Resultaat van afstemming van inzicht en/of advies

### 3 Toelichting bij de noten

### 4 Bijlagen

- Schema beslismomenten
- Communicatieformulier
- Antwoordformulier Communicatieformulier



## 1 De Leidraad: Ontstaan en positionering

Medio 1998 ontvingen alle LHV- en NVAB-leden de door hun verenigingen aangenomen Visie op hoe goede intercollegiale samenwerking gestalte zou kunnen krijgen. Dit vormde het voorlopige sluitstuk van een onverwacht snelle (bestuurlijke) toenadering, die begon met het ondertekenen van een Intentieverklaring bij de presentatie van het TNO onderzoek 'Voor verbetering vatbaar' (1). Dat leidde tot het LHV-NVAB-Convention van april 1997 en tal van vervolgvacatures, waarbij het ontwikkelen van een gezamenlijke Visie de eerste prioriteit had (2).

Deze toenadering bleef niet onopgemerkt voor de 'buitenwereld': de overheid en organisaties van werkgevers en werknemers spraken er hun steun voor uit, ook financieel, vooral omdat uit diverse onderzoeken blijkt, dat de samenwerking tot nu toe kwantitatief en kwalitatief matig is, hetgeen kan leiden tot langdurig verzuim, tegenstrijdige adviezen, medicalisering en WAO-intrede (3).

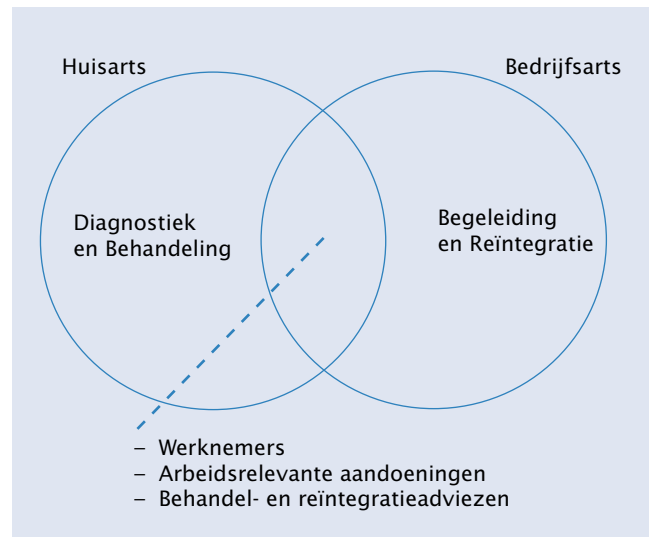
Nu de meeste huis- en bedrijfsartsen aangeven beter te willen samenwerken, om de kwaliteit van de sociaal medische begeleiding (SMB) van (zieke) werknemers te verbeteren (4), is het zaak hen daarbij praktisch te ondersteunen met de LHV/NVAB-zorgvisie als het uitgangspunt (1). Die gedachte ligt ten grondslag aan de voor u liggende Leidraad, die in opdracht van het ministerie van VWS en het Platform Aanpak Wachtlijden (5) is ontwikkeld door TNO Arbeid.

### 1.1 Doelstelling, taken en verantwoordelijkheden

De LHV en NVAB formuleerden in hun zorgvisie als gezamenlijk doel voor de huisarts en bedrijfsarts (2): het beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers en het behoud van arbeidsgeschiktheid. Dit is gebaseerd op de overtuiging dat het verrichten van passend werk onder goede arbeidsomstandigheden meestal gezondheids- en welzijnsverhogend werkt. Om dit doel te bereiken is een adequate behandeling en reïntegratie van de patiënt/werknemer<sup>1</sup> bij arbeidsverzuim nodig (6).

Huis- en bedrijfsartsen hebben verschillende taken en verantwoordelijkheden bij de SMB, ieder vanuit een eigen deskundigheid (7). De huisarts is deskundig in de generalistische curatieve geneeskunde, primair gericht op het herstel of behoud van de gezondheid van de werknemer. Hij is eerstverantwoordelijke voor adequate *diagnostiek en behandeling*. De bedrijfsarts is specialist voor arbeid en gezondheid, primair

gericht op herstel van de balans belasting-belastbaarheid van de werknemer, en daarmee eerstverantwoordelijke voor een adequate *begeleiding en reïntegratie*. Vanuit deze invalshoeken overlappen de taken van huisarts en bedrijfsarts elkaar bij arbeidsrelevante aandoeningen (8) en bij het geven van behandel- en/of reïntegratieadviezen aan de patiënt (fig. 1.1). Last but not least heeft de patiënt een centrale, actieve rol. Hij heeft het instemmingsrecht en is medeverantwoordelijk voor een adequate behandeling en reïntegratie (6).



Figuur 1.1: Taken/expertise huisarts en bedrijfsarts

### 1.2 Van model naar Leidraad

Bovengenoemde LHV- NVAB visie geeft een globale kijk op samenwerking. Wat tot nu toe echter ontbreekt is een Leidraad voor de praktijk. Om daartoe te komen heeft TNO Arbeid eerst een samenwerkingsmodel & communicatieformulier ontwikkeld. Met het oog daarop is een uitgebreide literatuurstudie verricht in de databases van o.a. Medline en OSH-ROM, met de volgende onderzoeksvragen:

- Welke *beslismomenten* inzake samenwerking staan centraal bij SMB?
- Welke overwegingen/*beoordelingscriteria* spelen een rol bij deze momenten?

Gebaseerd op deze literatuurstudie is samenwerking in het model geoperationaliseerd tot verwijzing, informatie-uitwisseling en/of afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts. Centraal in het model staan de beslismomenten wanneer er een indicatie is voor verwijzing, informatie-uitwisseling en/of afstemming. Het

1 Met de patiënt wordt hier en in het vervolg de patiënt/werknemer (m/v) bedoeld. Waar 'hij' 'hem' staat dient men ook 'zij' 'haar' te lezen.

model is gebaseerd op de algoritme dat samenwerking geïndiceerd is, als de terugkeer naar het werk en/of behandeling belemmerd wordt of dreigt te worden. Daarnaast is een belangrijk kenmerk van het ontwikkelde model dat de *patiënt zelf een cruciale taak* krijgt bij de samenwerking: Hiervoor is een *communicatieformulier* ontwikkeld, dat gebaseerd is op het standaard-machtigingsformulier van de KNMG, maar de betrokkenheid van de patiënt bij de samenwerking vergroot. Dit formulier wordt door de arts in overleg met de patiënt opgesteld, waarna de patiënt zijn informed consent geeft door z'n handtekening te zetten onder het formulier, en hij zelf het contact tot stand brengt door met dat formulier naar de andere arts te gaan. Dit sluit aan bij de gedachte dat samenwerking allereerst van belang is voor de patiënt zelf, omdat het een adequate behandeling en reïntegratie bevordert (6).

Dit model is medio 1999 op een workshop besproken met sleutelpersonen uit de wereld van huisartsen, bedrijfsartsen en anderen die onderzoeksmatig, bestuurlijk of beleidsmatig betrokken zijn bij het onderwerp arbocuratieve samenwerking. Vervolgens heeft het Platform Aanpak Wachtlijden, mede namens VWS, TNO Arbeid gevraagd dit model om te werken tot een praktische Leidraad voor patiënten, huis- en bedrijfsartsen en andere betrokkenen, met beoordelingscriteria om eenvoudig te kunnen bepalen wanneer samenwerking geïndiceerd is. Deze omwerking omvatte twee fasen: Een inhoudelijke en een praktijkfase. In de eerste fase zijn de in de literatuur gevonden beoordelingscriteria bij de beslismomenten voor samenwerking *inhoudelijk en op validiteit* (9) getoetst door een klankbordgroep van 19 ter zake deskundige huisartsen en bedrijfsartsen. Met behulp van een aangepaste Delphi-methode werd in twee rondes consensus over genoemde beoordelingscriteria bereikt. Daarna zijn in de tweede fase de Leidraad & het communicatieformulier beoordeeld op hun *bruikbaarheid in de praktijk*, enerzijds door 20 huis- en bedrijfsartsen aan de hand van reële spreekuur-casus, anderzijds door een grote steekproef onder huisartsen en bedrijfsartsen aan de hand van papieren casus.

### 1.3 Doel en reikwijdte Leidraad

De Leidraad is bedoeld als een hulpmiddel voor huis- en bedrijfsartsen, om te kunnen beoordelen en beslissen wanneer samenwerking wel en wanneer 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. Daarnaast wordt samenwerking inzichtelijk (en toetsbaar) voor patiënten/werknemers, werkgevers, Arbo-diensten en verzekeraars.

De reikwijdte van de Leidraad beperkt zich tot de rol van huis- en bedrijfsarts *bij arbeidsverzuim*, omdat dit aansluit bij de bovengenoemde KNMG-code 'Samenwerking bij arbeidsverzuim' (6). Deze Leidraad is echter ook goed toepasbaar bij werknemers die (nog) niet verzuimen. De geformuleerde beoordelingscriteria zijn uniform, dat wil zeggen in principe voor elk ziektebeeld geldend.

Bij veel aandoeningen (kortdurend, selflimiting) vindt de terugkeer naar het werk plaats zonder extra inspanningen van huis- en bedrijfsarts, vaak op initiatief van de patiënt zelf. Communicatie tussen huisarts en bedrijfsarts is dan ook in de regel niet nodig. Dergelijke werkhervattingen vallen buiten de reikwijdte van deze Leidraad.

### 1.4 Beslismomenten bij SMB

In de Leidraad zijn de beslismomenten voor huisarts en bedrijfsarts bij de SMB afgeleid van de LHV-NVAB-zorgvisie (2) en de KNMG-Code (6). Deze momenten zijn bepalend voor de adviezen aan de patiënt, voor de beoordeling van de indicatie tot samenwerken en uiteindelijk voor het hele proces en output van de SMB (10). Daarom stellen huis- en bedrijfsarts zich bij iedere patiënt de volgende vragen:

- 1 *Heeft deze patiënt een probleem op het gebied van arbeid en gezondheid?*
- 3 *Ontbreekt er na mijn probleemverheldering/-beoordeling nog informatie?*
- 4 *Is afstemming van **inzicht** over het probleem nodig met de andere arts?*
- 5 *Is afstemming van mijn **advies** nodig met de andere arts?*

Deze beslismomenten sluiten aan bij modellen voor consultvoering voor bedrijfs- en huisarts (11). Bij de laatste corresponderen ze met de SOEP-methodiek, waarbij de eerste twee beslismomenten overeenkomen met het verzamelen van subjectieve/objectieve informatie (S/O), het derde met het vaststellen van de werkhypothese of evaluatie (E), en het vierde met het opstellen van het (behandel)plan (P).

### 1.5 Criteria bij de beslismomenten

Huisarts en bedrijfsarts dienen bij bovenstaande beslismomenten te beschikken over criteria om te kunnen afwegen of informatie-uitwisseling/afstemming nodig is en welke concrete adviezen zij de patiënt moeten geven (9).

Aangezien evidence-based beoordelingscriteria hierbij ontbreken, is men aangewezen op consensusvorming in beide beroepsgroepen (12). Wat deze Leidraad betreft vond dit plaats door middel van de eerder genoemde Delphi methode. Hoewel de daarbij gehanteerde beslis-

momenten gelijk zijn voor huisarts en bedrijfsarts, verschillen de beoordelingscriteria door het verschil in taken & verantwoordelijkheden. De huisarts heeft op het gebied van arbeid en gezondheid vooral een **signalerende taak**, terwijl de bedrijfsarts een **explorerende taak** heeft vanuit diens primaire verantwoordelijkheid voor de SMB van de werknemer. Daarnaast beschikt de bedrijfsarts over informatie over de werksituatie en kan hij een beroep doen op andere arboprofessionals werkzaam bij de arbodienst, zoals de arbeidshygiënist, arbeids- en organisatiedeskundige en veiligheidskundige (13). In de Leidraad wordt dit verschil in taak en verantwoordelijkheid nader ingevuld in voor huis- en bedrijfsarts verschillende beoordelingscriteria. In hoofdstuk 2 worden deze beoordelingscriteria bij de beslismomenten voor de huisarts en bedrijfsarts afzonderlijk aangegeven. Tevens zijn deze op een korte geplasticificeerde samenvatting en in een beslisschema voor huisarts en bedrijfsarts afzonderlijk bij deze Leidraad gevoegd.

### 1.6 Communicatieformulier

Moeilijke onderlinge bereikbaarheid, grote tijdsinvestering, kostenvergoeding, twijfels over de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts en juridische voetangels zijn in de praktijk vaak hoge drempels voor samenwerking (14). Enkele daarvan zijn ondervangen door een communicatieformulier te ontwikkelen. Dit sluit direct aan bij het KNMG-machtigingsformulier (6) – waarvoor het in de plaats komt – en bij de huidige schriftelijke intercollegiale communicatie tussen bijv. huisarts en medisch specialist. Essentieel is dat de patiënt actief bij het invullen ervan betrokken wordt, een *informed consent* kan geven en zelf verantwoordelijk is voor het overdragen van het formulier. De ontvanger kan er (zo nodig) op reageren met bijgevoegd antwoordformulier. Aanvullende telefonische afstemming is natuurlijk ook mogelijk, echter nadat de patiënt het contact tot stand heeft gebracht en naar aanleiding van de met de patiënt besproken schriftelijke vraagstelling en/of reactie. Het communicatieformulier is gevoegd bij deze Leidraad. Ten overvloede zij hier nog opgemerkt, dat voor huisartsen sinds begin 2001 een CTG-tarief voor het op verzoek verstrekken van informatie van toepassing is.

## 2 De Leidraad: handleiding voor de praktijk

### 2.1 Inleiding

Deze Leidraad geeft aanwijzingen voor het handelen van de huisarts en bedrijfsarts bij (samenwerking bij) de sociaal medische begeleiding. Altijd geldt echter dat de patiënt/werknemer mede de inhoud van die samenwerking bepaalt en daarbij een centrale, actieve rol heeft. Tevens is de patiënt de voornaamste bron van informatie over zijn/haar gezondheidsklachten en problemen. Samenwerking is hierbij aanvullend voor de eigen professionele beoordeling. De arts dient in het spreekuurcontact de patiënt altijd over het doel van de informatie-uitwisseling en/of afstemming te informeren, met wie deze plaatsvindt, welke informatie hij zal vragen en verstrekken, de mogelijke consequenties hiervan en het privacyreglement. De patiënt kan op basis van deze informatie besluiten toestemming te verlenen of te onthouden.

Om een en ander te vergemakkelijken heeft TNO Arbeid in samenspraak met LHV en NVAB een communicatie/machtigingsformulier ontwikkeld, gebaseerd op de KNMG-code, waarvoor het in de plaats komt. Essentieel is dat de patiënt actief betrokken wordt bij het invullen ervan en zelf verantwoordelijk is voor de overdracht naar de andere arts. Die laatste kan zo nodig reageren met bijgevoegd antwoordformulier. Aanvullende telefonische afstemming is natuurlijk ook mogelijk, maar wel nadat de patiënt het contact tot stand heeft gebracht en naar aanleiding van de met de patiënt besproken schriftelijke vraagstelling en/of reactie. De huisarts en bedrijfsarts kunnen dit formulier zowel voor informatieuitwisseling als voor afstemming gebruiken. Er geldt een CTG-tarief.

### 2.2 Probleemverheldering/beoordeling Arbeid en Gezondheid

Hoewel de probleemverheldering van de huisarts overeenkomsten vertoont met de probleembeoordeling van de bedrijfsarts, is er verschil in de *benaderingswijze*. De huisarts *signaleert* vooral aan de hand van de mening van de patiënt, terwijl de bedrijfsarts, ten behoeve van zijn oordeelsvorming, zowel informatie van de patiënt zelf kan verzamelen als ook informatie van anderen (bijv. in het Sociaal Medisch Overleg, m.b.v. werkplekonderzoek, via andere arboprofessionals). Zijn taak is vooral *explorerend en constaterend* van aard.

**De huisarts** betreft als generalist ook het werk in zijn probleemverheldering (15) door te vragen:

- Heeft patiënt (betaald) werk?  
Zo ja, wat is de functie/het beroep?

- Heeft de patiënt zich ziekgemeld?  
Zo ja, wanneer was dat?
- Worden de klachten (vooral) door het werk veroorzaakt of versterkt?
- Is patiënt al onder begeleiding van een bedrijfsarts?  
Zo ja, wat is zijn naam, de inhoud van zijn begeleiding en zijn advies?
- Zijn er belemmeringen (thuis, op 't werk, etc) voor de terugkeer naar het werk?

**De bedrijfsarts** verricht, als medisch specialist in zake arbeid en gezondheid, een uitgebreide probleemverheldering en -beoordeling door na te gaan (16):

- Wat is het beroep/de functie van de patiënt? Wat zijn zijn arbeidstaken, -tijden, -voorwaarden, -omstandigheden & -verhoudingen?
- Wanneer heeft patiënt zich ziekgemeld?
- Voor welke omvang/taken? Is er sprake van een recidieve, e.d.?
- Worden de klachten (vooral) door het werk veroorzaakt? Zo ja, hoe?
- Hebben de klachten gevolgen voor het functioneren in het werk?  
Zo ja, wat zijn de arbeidsmogelijkheden en -beperkingen?
- Is de patiënt onder behandeling/begeleiding van de huisarts?  
Zo ja, wat is zijn naam, inhoud van zijn behandeling en zijn advies?
- Zijn er belemmeringen (volgens de patiënt en/of bedrijfsarts) voor de terugkeer naar het werk?  
Zo ja, welke?

### 2.3 Indicaties voor uitwisseling van informatie of voor verwijzing

Na de probleemverheldering respectievelijk -beoordeling vragen de huisarts en bedrijfsarts aanvullende informatie aan of verwijzen, zo nodig, naar elkaar, als naar hun mening:

- zij (nog) onvoldoende feitelijke informatie hebben voor een adequate behandeling en/of reïntegratie (17).

### 2.4 Indicaties voor afstemming van inzicht

Voor een adequate behandeling en/of reïntegratie kan het nodig zijn dat huisarts en bedrijfsarts hun inzicht onderling afstemmen of elkaar informeren met het communicatieformulier (18).

Indicaties voor de **huisarts** daarvoor zijn (19):

- hij signaleert dat de gezondheidsproblemen aandacht van de bedrijfsarts vereisen;

- hij signaleert een belemmering voor de terugkeer naar het werk;
- hij signaleert dat een interventie in het werk van de patiënt nodig is.

Indicaties voor de **bedrijfsarts** daarvoor zijn (20):

- hij constateert dat de gezondheidsproblemen curatieve aandacht vereisen;
- hij constateert dat diagnostiek, behandeling en/of adviezen van de curatieve sector de terugkeer naar het werk belemmeren;
- hij constateert dat er een andere/aanvullende behandeling en/of verwijzing in de curatieve dan wel arbozorg nodig is.

De collega-arts kan zonodig via de patiënt met het antwoordformulier reageren.

### 2.5 Indicaties voor afstemming van advies

Ook bij het opstellen van het advies kan het nodig zijn onderling af te stemmen en/of elkaar te informeren met behulp van het communicatieformulier.

De indicaties voor de **huisarts** hiervoor zijn:

- hij wil een advies geven dat tegenstrijdig is aan dat van de bedrijfsarts (21);
- hij wil een advies geven bij werkgerelateerde problemen (22);
- hij wil een advies geven aan de patiënt dat de terugkeer naar het werk kan belemmeren (23).

De indicaties voor de **bedrijfsarts** hiervoor zijn:

- hij wil een advies geven dat tegenstrijdig is aan dat van de huisarts (21);
- hij wil zelf een behandelingsadvies geven (24);
- hij wil een advies geven dat de behandeling kan belemmeren (25).

### 2.6 Resultaat van afstemming van inzicht en/of advies

Het resultaat van afstemming van inzicht en/of advies tussen **huisarts en bedrijfsarts** over de betreffende patiënt is (26):

- zij geven geen tegenstrijdige adviezen aan deze patiënt over de behandeling;
- zij geven geen tegenstrijdige adviezen aan deze patiënt over de reïntegratie in eigen/passend werk bij eigen/andere werkgever;
- zij zijn het eens over elkaars taken en verantwoordelijkheden bij behandeling en reïntegratie van deze patiënt.

### 3 Toelichting bij de noten

#### Noot 1

In een groot TNO-onderzoek onder een representatieve steekproef van bedrijfsartsen en huisartsen gaven meer dan 80% van de huisartsen en bedrijfsartsen aan de onderlinge samenwerking te willen verbeteren. Eén van de voorwaarden voor een betere samenwerking is volgens 2/3 van deze bedrijfsartsen en huisartsen dat duidelijk is wanneer samenwerking nodig en nuttig is en er richtlijnen worden opgesteld wie waarvoor verantwoordelijk is (1).

1 Amstel RJ van en Buijs P. Voor verbetering vatbaar. NIA-TNO, 1997.

#### Noot 2

In 1997 sloten LHV en NVAB een Convenant (1) ter verbetering van de samenwerking, waarin besloten werd tot het formuleren van een gezamenlijke visie op de samenwerking van huisarts en bedrijfsarts bij de SMB (2).

- 1 Convenant van LHV en NVAB inzake samenwerking bij sociaal medische begeleiding. Utrecht, april 1997.
- 2 Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de SMB van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.

#### Noot 3

Onderzoek wijst uit dat slechts 1 op de 5 huisartsen wekelijks contact heeft met de bedrijfsarts. In de regel is het de bedrijfsarts die contact zoekt (1). De bedrijfsarts nam in een ander recent onderzoek slechts bij 19% van 300 werknemers met meer dan 3 maanden verzuim door rugklachten contact op met een curatieve collega (2). Tevens blijkt uit beide onderzoeken dat de communicatie tussen bedrijfsartsen met curatieve sector zich beperkt tot informatie-uitwisseling en er in veel mindere mate sprake is van afstemming van beleid (1,2). Al jaren wordt gesteld dat gebrek aan samenwerking tussen curatieve en sociaal-geneeskundige sector kan leiden tot medicalisering, iatrogene invalidering en onnodig lang ziekteverzuim (3-5).

- 1 Amstel RJ van en Buijs P. Voor verbetering vatbaar. NIA-TNO, 1997.
- 2 Anema JR en Giezen AM. Weinig communicatie bij belemmeringen bij de werkhervatting na langduri-

ge arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1999, 11: 572-575.

- 3 Hove-Edens M ten, Groothoff JW en Post D. De rol van de gezondheidszorg bij arbeidsongeschiktheid. Ned Tijdschr Geneeskund 1996 (140):1982-6.
- 4 Buijs PC, Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Dissertatie UvA, Amsterdam 1984.
- 5 Cuijpers JJFM, Eijndhoven AJB van, Theloesen PHM. Samenwerking van artsen bij werkhervatting. Ned Tijdschr Geneeskund 1992; 136:1054-7.

#### Noot 4

Sociaal medische begeleiding is hierbij gedefinieerd als het totaal aan inspanningen van het bedrijf, de Arbo-dienst en de curatieve sector om het de betrokken werknemer mogelijk te maken zijn belastings- en belastbaarheidsbalans in evenwicht te houden dan wel te krijgen (1).

- 1 Buijs PC. Sociaal-medische begeleiding. De aanpak voor werkgevers en werknemers. NIA, Amsterdam 1995.

#### Noot 5

In januari 1998 vond op initiatief van de Vaste Kamer Commissie voor VWS een ronde tafelgesprek met de belangrijkste partijen uit bij het 'veld' plaats over voorrangszorg en wachttijden plaats. Tijdens deze bijeenkomst bleek er bereidheid te bestaan om met deze partijen te proberen tot een gezamenlijk plan van aanpak te komen (1).

- 1 Platform Aanpak Wachttijden i.o. Structurele Aanpak van Wachttijden in de Zorgsector. Een bijdrage tot tijdigheid van adequate zorg i.h.b. in relatie tot patiënt en werk, Den Haag, 12-3-1998.

#### Noot 6

Om de samenwerking beter te laten verlopen is in de Code "Samenwerking bij arbeidsverzuim"(1) nadere uitwerking van de reeds bestaande KNMG-code (2) gegeven. Naast uitwisseling van feitelijke gegevens is nader overleg en afstemming van inzicht mogelijk indien de arts daartoe expliciet gemachtigd is door de patiënt. Samenwerking dient volgens deze code adequate behandeling en (begeleiding bij) reïntegratie te bevorderen. De patiënt draagt hieraan actief bij.

- 1 Code samenwerking bij arbeidsverzuim. KNMG, 1998.
- 2 KNMG. KNMG-code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens, KNMG 1994.



### Noot 7

De taken van de bedrijfsarts zijn zowel de primaire, secundaire, tertiaire preventie van arbeidsgebonden gezondheidsproblemen en van arbeidsongeschiktheid als bescherming en bevordering van veiligheid, gezondheid en welzijn van de werknemers (1). De curatieve taken van de bedrijfsarts worden beperkt door zijn bekwaamheden en tot het terrein van de werkgerelateerde klachten (2).

De huisartshulp heeft een integraal, persoonlijk en continue karakter. De taak van de huisarts is de behandeling van patiënten, indien aandoeningen na diagnose in het eigen leefmilieu adequaat kunnen worden behandeld. Bij de behandeling behoort ook het geven van adviezen omtrent het functioneren van mensen in het arbeidsproces (3), mits zijn deskundigheid en inzicht in de werksituatie een verantwoord advies toestaan (2). Uit deze taakomschrijvingen (1-3) en de definitie van de SMB (4) blijkt dat huisarts en bedrijfsarts beide een rol hebben bij de SMB. Deze rol is passend bij het domein, de context waarin ieder werkt en bij de typische deskundigheid van ieders beroep. Beide disciplines hebben een aanvullende rol in de SMB (2).

- 1 *Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde. Beroepsprofiel voor de bedrijfsarts, nieuwe stijl. Voorjaarsvergadering 1995.*
- 2 *KNMG. Taken en samenwerking bij sociaal-medicische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huisarts. Advies van de Domus-commissie Artsen en Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996.*
- 3 *Landelijke Huisartsenvereniging. Basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum, juni 1987.*
- 4 *Buijs PC. Sociaal-medische begeleiding. De aanpak voor werkgevers en werknemers. NIA, Amsterdam 1995.*

### Noot 8

Arbeidsrelevante aandoeningen zijn hierbij gedefinieerd als aandoeningen die al of niet veroorzaakt worden door het werk, maar in alle gevallen het functioneren op het werk nadelig beïnvloeden met andere woorden relevantie hebben t.a.v. het begrip arbeid (1).

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

### Noot 9

Er kunnen een aantal kwaliteitsindicatoren voor beoordelingscriteria in een richtlijn worden geformuleerd. Criteria moeten een valide en representatief beeld geven van de kwaliteit van handelen, i.c. de

(samenwerking bij de) SMB (1,2). Daarnaast moeten zij klinisch relevant en acceptabel voor de beroepsgroep zijn (1). Criteria bij beslismomenten in de samenwerking zijn pas geloofwaardig als toepassing ervan bepalend is voor de uitkomst van de SMB (output) (3). Voor de acceptatie door bedrijfsartsen en huisartsen is toepasbaarheid van criteria in de praktijk van de consultvoering uiterst belangrijk (1,4, 5).

- 1 *Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R (eds.). Quality assurance in general practice. The state of the arts in Europe. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.*
- 2 *Weide van de W. Quality of occupational rehabilitation for low-back pain. Measurement of process and outcome. Ph Thesis, Universiteit van Amsterdam, 1998.*
- 3 *Brook RH, Mc Glynn EA, Cleary PD. Quality of health care Part 2: Measuring quality. New England Journal of Medicine 1996; 13: 966-970.*
- 5 *Thomson R, Lavender M, Madhok R. How to ensure that guidelines are effective. BMJ 1995; 311: 237-242.*
- 5 *Hulshof CTJ, Weel AHN. Richtlijnontwikkeling in de bedrijfsgezondheidszorg. Een schets voor een infrastructuur. Amsterdam, SKB, 1996.*

### Noot 10

Richtlijnen kunnen naar aard en inhoud ingedeeld worden in 1. richtlijnen op basis van certificerings- of wettelijke eisen; 2. richtlijnen gericht op procesbeheersing en/of kwaliteitsverbetering; 3. inhoudelijke richtlijnen (1). Richtlijnen voor procesbeheersing of kwaliteitsverbetering van de zorg zijn veelal gebaseerd op een systeemmodel waarbij de volgende onderdelen van het systeem kunnen worden onderscheiden: input, proces, output en outcome (2-7). Analoog hieraan kan SMB als een dergelijk systeem worden beschouwd. De input wordt hierbij o.a. weergegeven door de expertise en setting van huisarts en/of bedrijfsarts. De output wordt gedefinieerd als het advies van de professionals aan de patiënt. Het proces omvat alle componenten van het contact tussen arts en patiënt en artsen onderling: Het is de gehele transformatie van de input (bijv. expertise arts) naar output (advies arts). Van dit proces kan samenwerking een onderdeel zijn. Outcome kan bij de SMB tenslotte gedefinieerd worden in termen van gezondheidswinst of werkhervatting van de patiënt.

- 1 *Hulshof CTJ, Weel AHN. Richtlijnontwikkeling in de bedrijfsgezondheidszorg. Een schets voor een infrastructuur. Amsterdam, SKB, 1996.*
- 2 *Husman K Principles and pitfalls in health services research in occupational health systems. Occup Med 1993 43: Suppl 1, 10-14.*

- 3 Brook RH, Mc Glynn EA, Cleary PD. *Quality of health care Part 2: Measuring quality. New England Journal of Medicine* 1996; 13: 966-970.
- 4 Bruckman Z and Harris JS. *Occupational Medicine Practice Guidelines. Occ Med. Vol 13 no 4* 1998: 679-692.
- 5 Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, et al. *A method of developing and weighting explicit process of care criteria for quality assessment. Med Care* 1994; 32:755-70.
- 6 Donabedian A. *Exploration in quality assessment and monitoring. Vol I: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.*
- 7 Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R (eds.). *Quality assurance in general practice. The state of the arts in Europe. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.*

#### Noot 11

In de huisartsgeneeskunde is het Methodisch Werken (1) als model voor consultvoering breed geaccepteerd. Er zijn in dit model 3 fasen te onderscheiden: de probleemverheldering, probleemformulering en het opstellen van het handelingsplan in overleg met de patiënt. Smits en Verbeek introduceerden op de bedrijfsartsopleidingen van de Corvu een vergelijkbaar model voor consultvoering voor de bedrijfsarts. Dit model omvat een probleemverhelderende, probleembeoordelende, interventie- en evaluatiefase (2).

- 1 Sluijs EM, Leden van der L. *Methodisch werken: de ontwikkelingen sinds 1976. Huisarts en Wetenschap, 1988;31 (suppl H&P12):3-7*
- 2 Smits PBA, Verbeek JHAM. *Consultvoering door bedrijfsartsen, een actieve en probleemgerichte werkwijze. Tijdschr Bedrijfsgeneeskd Verzekeringsgeneeskd* 1995 (4) 129-134.

#### Noot 12

Criteria/richtlijnen kunnen op 3 verschillende wijzen tot stand komen: 1. evidence-based criteria 2. criteria op basis van consensusvorming 3. datagestuurde normatieve criteria waarbij een gemiddelde/ mediaan wordt gedefinieerd als de standaard/norm (1). Aangezien geen evidence-based criteria voor goede kwaliteit van (samenwerking bij) de SMB beschikbaar zijn, zijn de ontwikkelde criteria gebaseerd op een uitgebreide literatuuranalyse en een enquête bij een representatieve steekproef van huisartsen en bedrijfsartsen (2). In de analyse van deze steekproef is nagegaan welke voordelen van betere samenwerking door de huisartsen en bedrijfsartsen als zeer belangrijk werden aangemerkt. Een gezamenlijk voordeel is hier arbitrair gedefinieerd als een voordeel dat door meer dan 2/3

van de respondenten als zeer belangrijk werd onderkend.

- 1 Harris JS. *Clinical practice guidelines: Development, use and evaluation. J Occup Environ Med* 1997 39:23-24.
- 2 Amstel RJ van en Buijs P. *Voor verbetering vatbaar. NIA-TNO, 1997.*

#### Noot 13

In het kader van de nieuwe Arbo-wet dienen ondernemingen zorg te dragen voor het opstellen van een Arbo- en verzuimbeleid, het uitvoeren van een risico-inventarisatie alsmede periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek. Daarnaast moet een werkgever een arbeidsgezondheidskundig spreekuur aanbieden. De deskundige Arbodienst adviseert de onderneming over het te voeren arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid en is verantwoordelijk voor de in dit verband aan hem opgedragen (deel)taken. De bedrijfsarts heeft als specialist de functie van adviseur, uitvoerder en toetsers (auditor) van het arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid van de onderneming.

- 1 *Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde. Beroepsprofiel voor de bedrijfsarts, nieuwe stijl. Voorjaarsvergadering 1995.*

#### Noot 14

Op een gezamenlijke cursusdag werd de bereikbaarheid zowel door bedrijfsarts als huisarts als een van de belangrijkste praktische knelpunten genoemd: Belen kost vaak veel tijd en geld, onduidelijk wie de bedrijfsarts is, waar en wanneer de bedrijfsarts/huisarts bereikbaar is (1-3). Het belangrijkste knelpunt is de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts (3,4). Het door de NVAB opgestelde professionele statuut voor de bedrijfsarts dient als een belangrijke garantie voor deze onafhankelijke positie (5).

In reeds bestaande regionale samenwerkingsafspraken wordt gebruik gemaakt van een communicatieformulier tussen bedrijfsarts en huisarts/specialist (6). Een actieve rol van de patiënt daarbij kan de communicatie tussen huisarts en bedrijfsarts verbeteren (7,8). Een dergelijk communicatieformulier moet ook voorkomen dat op gerichte vraagstellingen geen of geen gerichte antwoorden worden ontvangen (8,9). De KNMG ontwikkelde een standaard-machtigingsformulier voor samenwerking tussen artsen bij arbeidsverzuim, dat juridische bezwaren tegen afstemming en overleg wegneemt (10).

- 1 Merrill RN, Pransky G, Hathaway J and Scott D. *Illness and the workplace: a study of physicians and employers. J Fam Pract* 1990 (31):55-8.

- 2 Nauta A.P., Starmans RJJET, Faddegon HC. *Bedrijfsarts en huisarts: meer oog voor elkaar. Knelpunten oplossen tijdens een gezamenlijke cursusdag. Med Contact. 1999 (54): 884-6.*
- 3 Buijs P, Amstel R van, Dijk F van. *Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. Occup Environ Med 1999 (56):0-5.*
- 4 Buijs PC. *Zijn huisarts en bedrijfsarts partners? In: Bijblijven, 1996, 50-59.*
- 5 *Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde. Professioneel statuut voor de bedrijfsarts, NVAB 1997.*
- 6 Ackermans B., Bruins H, Siebenga E. *Samenwerking bedrijfsarts en huisarts/specialist. Een regionaal project in Gouda en omstreken. Med Contact 1998 (53): 972-4.*
- 7 Oosterling-Schiereck EG, Prins R, Boer de WEL. *De scheiding tussen behandeling en controle. Een oude discussie in een nieuwe situatie. Med Contact 1996 (51) 1587-9.*
- 8 Grafstein Y; Barchilon E. *Improvement of communication between consultants and family practitioners: a controlled trial. Harefuah. 1995; 129: 20-4.*
- 9 *Communicatie met behandelaars. LISV, Amsterdam, 1996.*
- 10 KNMG. *Code samenwerking bij arbeidsverzuim. KNMG, 1998.*

#### Noot 15

Er is veel in de Nederlandstalige en internationale literatuur geschreven over de inhoud van de anamnese/probleemverheldering door de huisarts op het gebied van arbeid en gezondheid (1-8). In Nederland bestaat deze literatuur vooral uit documenten van beroepsverenigingen. Grote consensus is er over het feit dat de huisarts vraagt naar het beroep/functie van de patiënt (1, 4, 5, 7, 8).

Huisartsen zijn in 17-27% van de gevallen niet op de hoogte van het feit of en hoe lang hun patiënt verzuimt van het werk (9,10). Het gaat hier echter wel om essentiële informatie voor een adequate begeleiding en behandeling (10,11). Onderzoek wijst uit dat het werk van grote invloed is op de aard en frequentie van de door de patiënt gepresenteerde klachten in de huisartspraktijk (12).

Huisartsen (in Nederland en het buitenland) hebben een signalerende taak met betrekking tot arbeidsgebonden klachten of aandoeningen (4,5,8). Huisartsen signaleren echter weinig werkgerelateerde klachten (8, 13, 14). Ook de invloed van (niet-) werkgerelateerde klachten op het functioneren in het werk en belemmeringen voor de reïntegratie dienen te worden betrokken in de probleemverheldering door de huis-

arts (4, 5, 15). Ondanks expliciete vermelding van deze taak in het basistakenpakket van de huisarts is in Nederland weinig aandacht van de huisartsen voor het aspect arbeid. De oorzaak hiervan is vooral gelegen in de scheiding tussen controle en behandeling (2).

Omdat de huisarts en bedrijfsarts een gezamenlijke taak m.b.t. de SMB hebben (2, 6) en alle werknemers in Nederland onder de directe zorg van een bedrijfsarts vallen (1), is het belangrijk dat de huisarts ook naar begeleiding & adviezen van de bedrijfsarts vraagt (11).

- 1 *Convenant van LHV en NVAB inzake samenwerking bij SMB. Utrecht, april 1997.*
- 2 *KNMG. Taken en samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huisarts. Advies van de Domus-commissie Artsen en Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996.*
- 3 *KNMG. Code samenwerking bij arbeidsverzuim. KNMG, 1998.*
- 4 *Weel ANH en Fortuin RJ. Richtlijnontwikkeling voor artsen: een gezamenlijk belang. Amsterdam, Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg, 1998.*
- 5 *Landelijke Huisartsenvereniging. Basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum, juni 1987.*
- 6 *Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.*
- 7 *Yassi A, Hassard TH, Kopelow MM, Schnabl G. Evaluating medical performance in the diagnosis and treatment of occupational health problems: a standardized patient approach. J Occup Med 1990 32: 582-5.*
- 8 *Commissie van de Europese gemeenschappen. Huisartsen en beroepsziekten. Europa voor veiligheid en gezondheid op het werk. Luxemburg, Europese Gemeenschappen, 1993.*
- 9 *Groothoff JW. De gezondheidstoestand van de beroepsbevolking (proefschrift). Groningen, Rijks-universiteit Groningen, 1986.*
- 10 *Blanken R, Smit IB, Dekker FW en Springer MP. De mogelijke rol van de huisarts bij arbeidsongeschiktheid. Med Contact 1994 (17):569-571.*
- 11 *Ackermans B, Bruins H, Siebenga E. Samenwerking bedrijfsarts en huisarts/specialist. Een regionaal project in Gouda en omstreken. Med Contact 1998 (53):972-4.*

- 12 Velden J van der, Abrahamse HPhH, Bakker DH de. *Arbeid en gezondheid gezien vanuit de huisartspraktijk. Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1995 (73): 300-7
- 13 Rosenstock L, Daniell W, Barnhart S et al. *The 10-year experience of an Academically Affiliated occupational and environmental medicine clinic. West J Med* 1992(157):425-429.
- 14 Merrill RN, Pransky G, Hathaway J and Scott D. *Illness and the workplace: a study of physicians and employers. J Fam Pract* 1990 (31):55-8.
- 15 Hoffman H, Guidotti TL. *Basic clinical skills in occupational medicine. Prim Care* 1994 21:225-36.

#### Noot 16

De bedrijfsarts is voor alle partijen de deskundige op het terrein van arbeid en gezondheid en de eerst verantwoordelijke voor de SMB in het bedrijf (1-4). Een uitgebreide probleembeoordeling op gebied van arbeid en gezondheid behoort dan ook tot zijn expertise.

De bedrijfsarts verricht in de probleembeoordeling een volledige arbeidsanamnese. Hiertoe behoren alle aspecten van de kwaliteit van de arbeid: arbeidsinhoud (fysieke, ergonomische, mentale, perceptief/mentale factoren), arbeidstijden, arbeidsomstandigheden (fysische, chemische en biologische factoren), arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden (5,6).

Tevens onderzoekt hij de interactie van de kwaliteit van arbeid met de gezondheid van de werknemer (5,7). Hierbij kan de relatie zowel causaal (arbeid als oorzaak) als conditioneel zijn (arbeid is geen oorzaak, maar gezondheidsprobleem heeft gevolgen in de werksituatie of voor de arbeidsgeschiktheid) (3). Om discussies over oorzaak en gevolg te vermijden wordt gesproken over arbeidsgebonden/-relevante klachten en aandoeningen (6,8). Bij de beoordeling of gezondheidsklachten (mede) veroorzaakt worden door (factoren in) de arbeid kan de zogenaamde 'vijf stappen methodiek' worden toegepast om de mate van arbeidsgebondenheid te bepalen (9,10).

In het kader van zijn adviserende taak naar werknemer en werkgever onderzoekt de bedrijfsarts de mate van arbeidsgeschiktheid voor het eigen werk en eventuele mogelijkheden voor andere werkzaamheden (5,7). Hierbij hoort het inventariseren en adviseren over medische, in het werk (ergonomische, organisatorische, psychosociale) of privé-situatie gelegen belemmeringen voor de reïntegratie (3,11).

De bedrijfsarts informeert bij de patiënt naar de curatieve diagnostiek, behandeling en adviezen enerzijds om belangrijke informatie voor zijn eigen onderzoek te verkrijgen (12). Anderzijds doet hij dit om in het licht van zijn taak curatieve artsen te adviseren inzake

werkgerelateerde gezondheidsproblemen in het algemeen en beroepsziekten in het bijzonder (5).

- 1 *Convenant van LHV en NVAB inzake samenwerking bij SMB. Utrecht, april 1997.*
- 2 *KNMG. Taken en samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huisarts. Advies van de Domus-commissie Artsen en Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996.*
- 3 *Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.*
- 4 *Dijk FJH van. De bedrijfsarts, expertise en positie als medisch specialist. Tijdschr voor Bedrijfs- en verzekerings-geneeskunde, 1997 (1): 24-31.*
- 5 *Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde. Beroepsprofiel voor de bedrijfsarts, nieuwe stijl. Voorjaarsvergadering 1995.*
- 6 *Wouters PHM, Ouwehand P, Weel AHN. CAS, een nieuw codeersysteem voor Arbo en SV. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgen 1998 1:12-16.*
- 7 *Smits PBA, Kroon PJ, Dijk FJH van. Taken van de bedrijfsarts. TSG 1992 70 211-14.*
- 8 *Sociaal Economische Raad. Advies 'Sociale zekerheid en gezondheidszorg'. SER, Den Haag, 1998.*
- 9 *Verbeek JHAM Beroepsziekten in Nederland, tijd voor bundeling van krachten. Ned Tijdschr Geneesk. 1993; 137:1519-22.*
- 10 *Laan G van der. Beroepsziekten: zeldzaam en zonderling? Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 1993; 1:185-7.*
- 11 *NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage rugklachten. Geautoriseerde richtlijn, april 1999.*
- 12 *LISV. Communicatie met behandelaars. Standaard, LISV. Amsterdam, december 1996.*

#### Noot 17

"De vragende arts geeft de eigen bevindingen weer en geeft daarbij aan welke aanvullende informatie hij van de verstreckende arts wenst te vernemen. De arts die informatie levert geeft uitsluitend de gevraagde informatie en beperkt zich tot feitelijke gegevens en bevindingen over de gezondheid van de patiënt/werknemer (en onthoudt zich van meningen, evaluaties, prognoses of verwachtingen)"(1,2).

- 1 *KNMG. Code samenwerking bij arbeidsverzuim. KNMG, 1998.*

- 2 KNMG. *KNMG-code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens*. KNMG, 1994.

#### **Noot 18**

Aanvullend overleg heeft tot doel om toelichting te geven op de gestelde vragen en gegeven antwoorden (lees: *feitelijke informatie-uitwisseling*). Dergelijk overleg vindt plaats in aanvulling op en nadat de gebruikelijke gegevensuitwisseling (lees: *feitelijke gegevensuitwisseling*) ontoereikend blijkt te zijn voor een adequate behandeling, verzuimbegeleiding, claimbeoordeling of reïntegratie (1). Het kan in het aanvullend overleg gaan om meer dan alleen feitelijke gegevens (1-4). Tevens is er de mogelijkheid tot *afstemmen van inzicht* in de belastbaarheid in relatie tot de klachten of beperkingen van de patiënt.

- 1 KNMG. *Code samenwerking bij arbeidsverzuim*. KNMG, 1998.
- 2 Gevers JKM. *De communicatie tussen behandelend arts en de bedrijfsarts bij begeleiding van ziekteverzuim*. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997 (141): 1573-1976.
- 3 Oosterling-Schiereck EG, Prins R, Boer de WEL. *De scheiding tussen behandeling en controle. Een oude discussie in een nieuwe situatie*. *Med Contact* 1996 (51) 1587-9.
- 4 Jong de EJC. *Verklaringen van behandelend artsen. Ongewenst of onmisbaar?* *Med Contact* 1996 (51):1590-92.

#### **Noot 19**

Er is brede consensus in de literatuur over de indicatie dat de huisarts met de bedrijfsarts contact opneemt of deze schriftelijk informeert, als hij aan het beroep/bedrijf gebonden oorzaak van klachten of aandoening signaleert (1-6). Ook het signaleren van belemmeringen voor reïntegratie en van de noodzaak tot interventies in de werksituatie worden in een aantal NHG-standaarden genoemd als reden om contact met de bedrijfsarts op te nemen (6).

- 1 *Landelijke Huisartsenvereniging. Basistakenpakket van de huisarts*. LHV *Vademecum*, juni 1987.
- 2 *Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers*. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.
- 3 KNMG. *Taken en samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huis-*

*arts. Advies van de Domus-commissie Artsen en Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996.*

- 4 Ackermans B, Bruins H, Siebenga E. *Samenwerking bedrijfsarts en huisarts/specialist. Een regionaal project in Gouda en omstreken*. *Med Contact* 1998 (53):972-4.
- 5 *Commissie van de Europese gemeenschappen. Huisartsen en beroepsziekten. Europa voor veiligheid en gezondheid op het werk*. Luxemburg, Europese Gemeenschappen, 1993.
- 6 Weel ANH en Fortuin RJ. *Richtlijnontwikkeling voor artsen: een gezamenlijk belang*. Amsterdam, Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg, 1998.

#### **Noot 20**

Adviseren van en samenwerken met behandelend artsen behoort tot de taken van de bedrijfsarts, in het bijzonder in het kader van de behandeling en begeleiding van werkgerelateerde gezondheidsproblemen en beroepsziekten (1, 2). Als een bedrijfsarts diagnostiek/behandeling of verwijzing naar een specialist nodig acht, overlegt hij met en verwijst hij naar de huisarts (3). Onderzoek wijst uit dat huisartsen bezwaar hebben tegen rechtstreekse verwijzing door de bedrijfsarts van een patiënt voor diagnostiek of behandeling naar een specialist (4). In hun gezamenlijke visie formuleerden LHV en NVAB dan ook dat de huisarts de poortwachter en centrale verwijzer blijft. Daarbij is het wel mogelijk dat op initiatief van de bedrijfsarts, handelend vanuit diens deskundigheid, in overleg met de huisarts een verwijzing tot stand komt (5). De bedrijfsarts zelf dient terughoudend te zijn t.a.v. curatieve activiteiten. Hij beperkt zich hierbij tot behandelingen waartoe hij bekwaam is en tot werkgerelateerde klachten (3,5).

In het verlengde van zijn taak als adviseur van de behandelend artsen inzake arbeid en gezondheid overlegt en adviseert de bedrijfsarts ook als curatieve diagnostiek, behandeling of adviezen invaliderend zijn (iatrogene invalidering) of de reïntegratie belemmeren (6-11). Op deze wijze kan continuïteit in de zorg worden bereikt. Deze zorg moet leiden tot die behandeling, adviezen, training en hulpmiddelen die maximaal bijdragen aan de arbeidsrehabilitatie en reïntegratie in het arbeidsproces (6).

In hun gezamenlijke zorgvisie geven LHV en NVAB aan dat overleg en afstemming bij langerdurend (>2 weken) verzuim door de bedrijfsarts geïndiceerd kan zijn (bijv voor het opstellen van het reïntegratieplan) of mogelijk zelfs het systematisch informeren van behandelaars over het verzuim (5) op vooraf vast te stellen momenten.

- 1 Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde. Beroepsprofiel voor de bedrijfsarts, nieuwe stijl. Voorjaarsvergadering 1995.
- 2 Parker G. General Practitioners and occupational health services. *British journal of General Practice*, 1996, 46: 303-5
- 3 KNMG. *Taken en samenwerking bij sociaal-medi-sche begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huis-arts. Advies van de Domus-commissie Artsen en Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996*
- 4 Amstel RJ van en Buijs P. Voor verbetering vatbaar. NIA-TNO, 1997.
- 5 Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. *Samenwerking en begelei-ding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.*
- 6 Dijk FJH van. De bedrijfsarts, expertise en positie als medisch specialist. *Tijdschr voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 1997 (1): 24-31.
- 7 Weide van de W. *Quality of occupational rehabili-tation for low-back pain. Measurement of process and outcome. Ph Thesis, Universiteit van Amster-dam, 1998.*
- 8 Bono de AM. *Communication between an occupa-tional physician and other medical practitioners. An audit. Occupational Medicine* 1997 6: 349-356.
- 9 Anema JR en Giezen AM. *Weinig communicatie bij belemmeringen bij de werkhervatting na langdu-rige arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1999, 11: 572-575.
- 10 Christian JH. *Physician role change in managed care: a Frontline report. Occupational Medicine Vol 13 no. 4 1998 851-868.*
- 11 Bruckman Z and Harris JS. *Occupational Medicine Practice Guidelines. Occ Med. Vol 13 no 4 1998: 679-692.*

#### Noot 21

In een TNO-onderzoek is een grote representatieve steekproef van praktiserende huisartsen en bedrijfs-artsen gevraagd welke voordelen van betere samen-werking zij belangrijk vinden. Dit onderzoek toont aan dat 71-80% van de huisartsen en de bedrijfsartsen vinden dat samenwerking tegenstrijdige adviezen aan de patiënt zou moeten voorkomen (1). Ook de recente KNMG-code stelt dat samenwerking onduidelijkheid, bijvoorbeeld als gevolg van verschillende adviezen moet voorkomen (2).

- 1 Amstel RJ van en Buijs P. Voor verbetering vatbaar. NIA-TNO, 1997.
- 2 KNMG. *Code samenwerking bij arbeidsverzuim. KNMG, 1998.*

#### Noot 22

Onderzoek wijst uit dat huisartsen niet frequent wer-kadviezen geven (1,2). De meeste huisartsen zijn niet gewend om aandacht te besteden aan de werksituatie en het geven van werkhervattingsadviezen. Het geven van werkaanpassings-, werkhervattingsadviezen ver-onderstelt immers voldoende kennis van de arbeids-omstandigheden (3,4). Ook de deskundigheid van huisartsen en andere curatieve artsen schiet te kort bij de diagnose en behandeling van arbeidsgebonden klachten (5-9). Overleg en advies van de bedrijfsarts bij werkaanpassing, -hervatting of -staking verdient derhalve sterk de aanbeveling (3,10). Verschillende of tegenstrijdige adviezen kunnen op deze wijze voorko-men worden (3,9).

- 1 Amstel RJ van en Buijs P. Voor verbetering vatbaar. NIA-TNO, 1997.
- 2 Blanken R, Smit IB, Dekker FW en Springer MP. *De mogelijke rol van de huisarts bij arbeidsonge-schiktheid. Med Contact* 1994 (17):569-571.
- 3 Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. *Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.*
- 4 KNMG. *Taken en samenwerking bij sociaal-medi-sche begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huis-arts. Advies van de Domus-commissie Artsen en Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996.*
- 5 Oosterling-Schiereck EG, Prins R, Boer de WEL. *De scheiding tussen behandeling en controle. Een oude discussie in een nieuwe situatie. Med Contact* 1996 (51) 1587-9.
- 6 Jong de EJC. *Verklaringen van behandelend artsen. Ongewenst of onmisbaar? Med Contact* 1996 (51):1590-92.
- 7 Sociaal Economische Raad. *Advies 'Sociale zeker-heid en gezondheidszorg'. SER, Den Haag 1998.*
- 8 Dijk van F en Buijs PC. *Meer aandacht voor werk. Een antwoord op de dreigende tweedeling in de gezondheidszorg. Med Contact* 1998 (23):119-123
- 9 KNMG. *Code samenwerking bij arbeidsverzuim. KNMG, 1998.*
- 10 Landelijke Huisartsenvereniging. *Basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum, juni 1987.*

### Noot 23

De huisarts dient de werksituatie op adequate wijze in het (be)handelingsplan te betrekken (1,2). Bij werk(stakings)adviezen, verwijzingen, medicatie houdt de huisarts rekening met effecten op het (eventueel) hervatten van het werk (2). Bedrijfsartsen zijn echter van mening in een onderzoek bij 300 patiënten (met verzuim door langdurige rugklachten) dat de wachttijd, duur van de behandeling en visie van de curatieve sector bij bijna de helft van de patiënten een belemmering vormden voor de werkhervatting (3).

Er moet gestreefd worden door curatieve artsen en bedrijfsartsen naar continuïteit in de zorg, waarbij behandeling en adviezen maximaal bijdragen aan de arbeidsrehabilitatie en reïntegratie (4).

- 1 *Landelijke Huisartsenvereniging. Basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum, juni 1987.*
- 2 *Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.*
- 3 *Anema JR en Giezen AM. Weinig communicatie bij belemmeringen bij de werkhervatting na langdurige arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1999, 11: 572-575.*
- 4 *Dijk FJH van. De bedrijfsarts, expertise en positie als medisch specialist. Tijdschr voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, 1997 (1): 24-31.*

### Noot 24

De bedrijfsarts stelt zich terughoudend op t.a.v. curatieve activiteiten. Hij beperkt zich tot de grenzen van zijn bekwaamheid, de beschikbaarheid van faciliteiten en de werkgerelateerde klachten (1). In de LHV/NVAB-zorgvisie wordt de rol van de bedrijfsarts bij behandeling van werkgerelateerde klachten nog verder gedefinieerd: De bedrijfsarts kan vanuit zijn deskundigheid de huisarts voorstellen doen voor behandeling van arbeidsgelateerde problematiek (2).

Indien er derhalve een indicatie bestaat tot een behandeling, verwijst de bedrijfsarts de patiënt naar de huisarts en/of overlegt hij met de huisarts over een verwijzing met oog op behandeling naar de tweede lijn (1,2).

- 1 *KNMG. Taken en samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huisarts. Advies van de Domuscommissie Artsen en*

*Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996.*

- 2 *Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.*

### Noot 25

De bedrijfsarts dient primair de veiligheid, gezondheid en welzijn van de werknemer te beschermen, voorzover dit geen schade toebrengt aan derden (1-3). Hij dient te voorkomen dat er sneller wordt hervat dan raadzaam is voor de gezondheid. Ook moet hij niet aandringen op ongewenste therapieën om bijv. het verzuim te bekorten, waar het beter is het natuurlijk beloop af te wachten (1). Zo is tevens bij adviezen van bedrijfsarts die mogelijk strijdig zijn met de adviezen van de behandelaar overleg geïndiceerd (4).

- 1 *Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.*
- 2 *Sociaal Economische Raad. Advies 'Sociale zekerheid en gezondheidszorg'. SER, Den Haag, 1998.*
- 3 *Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs- geneeskunde. Beroepsprofiel voor de bedrijfsarts, nieuwe stijl. Voorjaarsvergadering 1995.*
- 4 *KNMG. Taken en samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsartsen, verzuimbegeleiding door de huisarts. Advies van de Domuscommissie Artsen en Arbeidsongeschiktheid aan het Hoofdbestuur van de KNMG, maart 1996.*

### Noot 26

Gebrek aan samenwerking tussen curatieve en sociaal-geneeskundige sector kan leiden tot medicalisering, iatrogene invalidering en onnodig lang ziekteverzuim (1-3). Van diverse zijden wordt het belang dat geen verschillende adviezen gegeven worden aan de patiënt inzake behandeling en reïntegratie onderstreept.

In een TNO-onderzoek is een representatieve steekproef van 243 praktiserende huisartsen en 232 bedrijfsartsen gevraagd welke voordelen van betere samenwerking zij zeer belangrijk, minder belangrijk en nauwelijks belangrijk vonden(4). Dit onderzoek

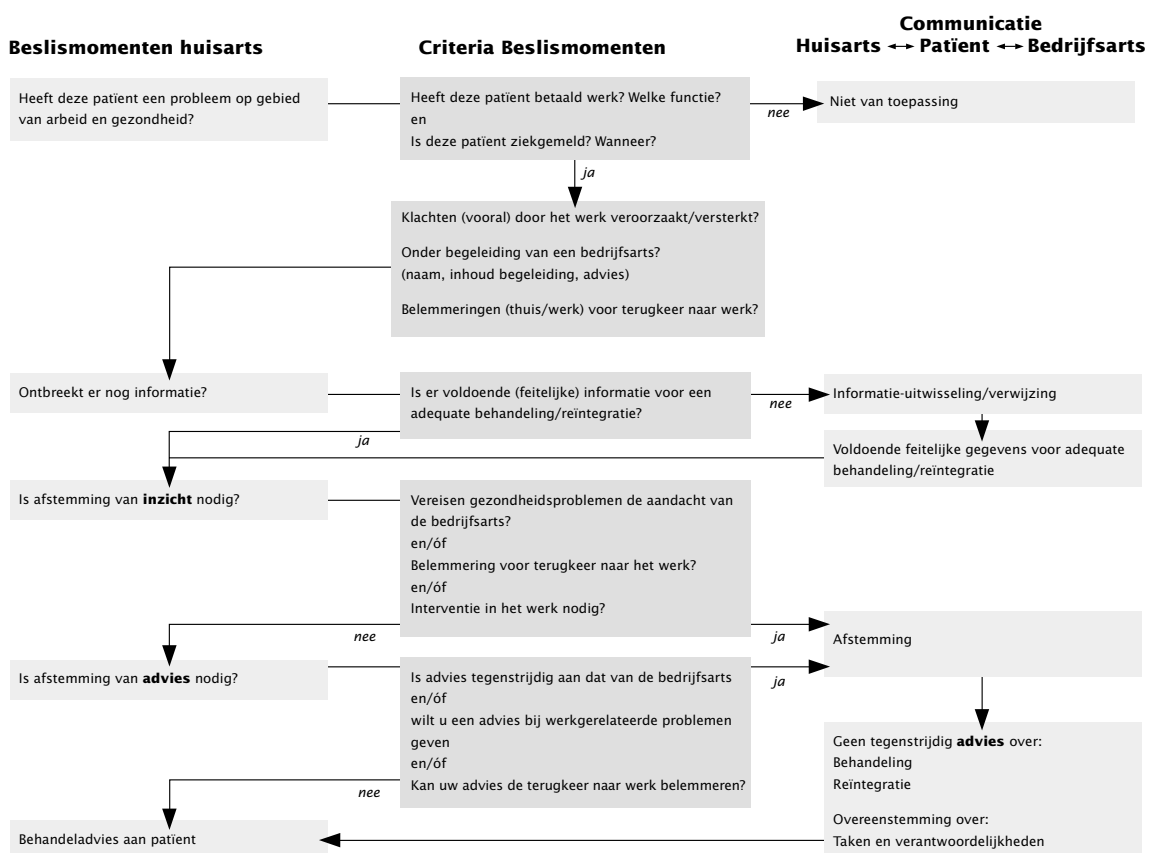
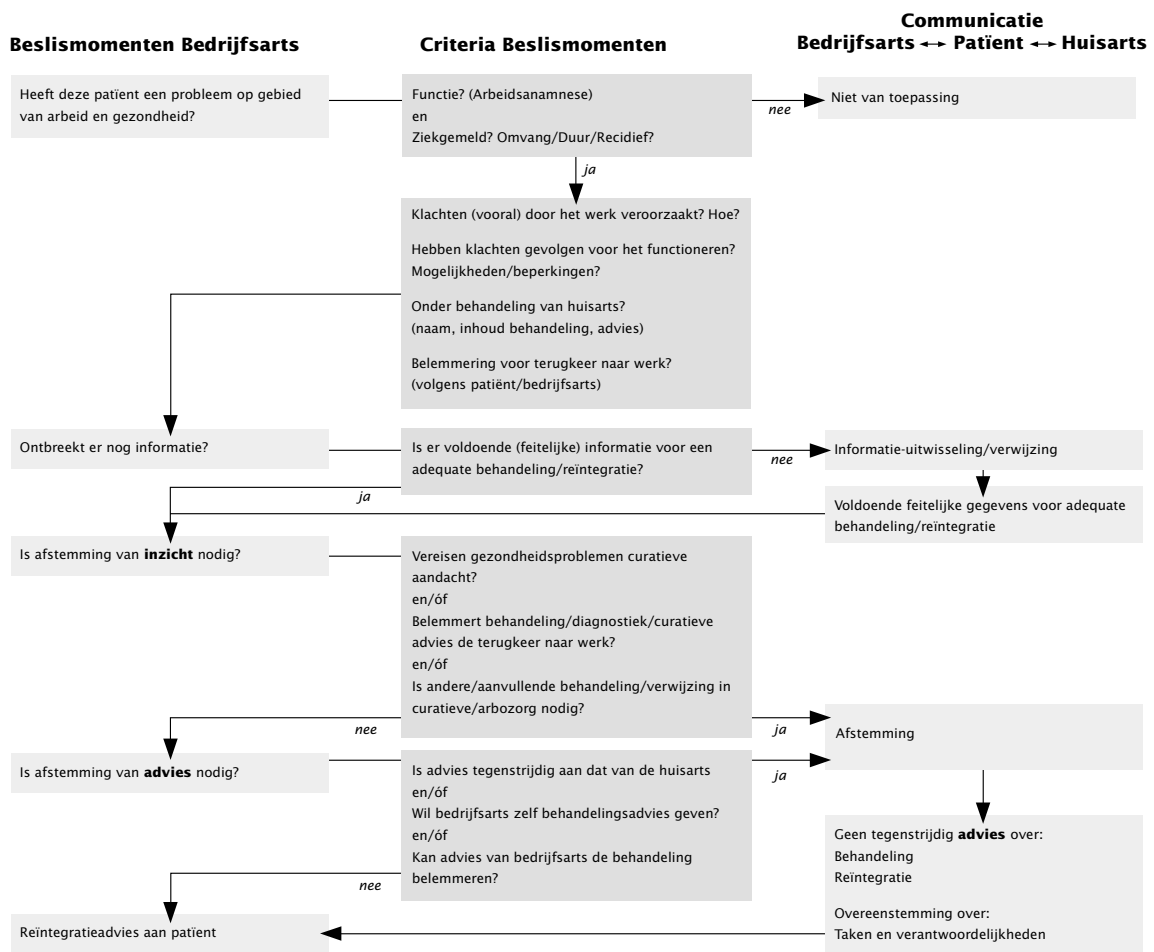
toont aan dat 71% van de huisartsen en 80% van de bedrijfsartsen als zeer belangrijk voordeel van een betere samenwerking zien dat hierdoor de patiënt niet meer met eventuele tegenstrijdige adviezen wordt begeleid en dat elkaars taken bij de begeleiding beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Samenwerking moet dubbel onderzoek, tijdsverlies, en onduidelijkheid voor de patiënt, bijvoorbeeld als gevolg van verschillende adviezen voorkomen(5) In de gezamenlijke visie van LHV en NVAB staat dat gecoördineerde inzet van huisarts en bedrijfsarts bij de reïntegratie belangrijk is, en overleg bij reïntegratieadviezen sterk aan te raden is "mede om tegenstrijdige adviezen te voorkomen(6). Tenslotte is consensus over (de mate van) arbeids(on)geschiktheid en aangepast werk van alle betrokken artsen belangrijk in het belang van de patiënt (7-9).

Bedrijfsartsen en curatieve artsen moeten samen streven naar continuïteit in de zorg. Deze zorg moet leiden tot die behandeling, adviezen, training en hulpmiddelen die maximaal bijdragen aan de arbeidsrehabilitatie en reïntegratie in het arbeidsproces (10). Adequate behandeling en reïntegratie zijn ook in de door LHV en NVAB geformuleerde integrale, gemeenschappelijke zorgvisie op deze wijze met elkaar verweven (6). Het lijkt derhalve voor de hand te liggen dat in het belang van de patiënt consensus over behandeling(sadvies) en reïntegratie(advies) tussen bedrijfsarts en huisarts het gewenste resultaat van onderlinge afstemming is.

- 1 Hove-Edens M ten, Groothoff JW en Post D. De rol van de gezondheidszorg bij arbeidsongeschiktheid. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996 (140):1982-6.
- 2 Buijs PC, Keijzer JAL de. Samenwerking artsen bij langerdurend ziekteverzuim. *Med Contact* 1994;39:331-4.
- 3 Cuijpers JJFM, Eijndhoven AJB van, Theloesen PHM. Samenwerking van artsen bij werkhervatting. *Ned Tijdschr Geneeskunde* 1992; 136:1054-7.
- 4 Amstel RJ van en Buijs P. Voor verbetering vatbaar. *NIA-TNO*, 1997.
- 5 KNMG. Code samenwerking bij arbeidsverzuim. *KNMG*,1998.
- 6 Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. *Samenwerking en begeleiding van bedrijfsarts en huisarts bij de sociaal-medische begeleiding van werknemers*. Red. P.C. Buijs. LHV en NVAB. Utrecht, april 1998.
- 7 Bono de AM. Communication between an occupational physician and other medical practitioners. An audit. *Occupational Medicine* 1997 6: 349-356.
- 8 Pilling KJ. Ill health retirement guidance. In: Cox RAF, Edwards FC, Mc Callum RI, eds. *Fitness for Work, the Medical Aspects, Second Edition*. Oxford, UK: Oxford University Press, 1995: 500-503.
- 9 Parker G Attitudes of general practitioners to occupational health services. *J Soc Occup Med* 1991 41:34-6.
- 10 Dijk FJH van. De bedrijfsarts, expertise en positie als medisch specialist. *Tijdschr voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 1997 (1): 24-31.



## 4 bijlagen



# Communicatieformulier voor huis- en bedrijfsartsen (volgens KNMG-code)

Uitwisseling van medische gegevens in verband met de sociaal medische begeleiding van werknemers

## Afzender:

Naam arts: ..... Functie: .....  
Adres: ..... Postcode en Plaats: .....  
Telefoon/fax: ..... Bereikbaar: .....

## Ontvanger:

Naam arts: ..... Functie: .....  
Adres: ..... Postcode & Plaats: .....

Geachte collega,

datum: .....

Ik zag heden uw patiënt dhr/mw. ....  
geb. .... **wel/niet** ziekgemeld sinds .....  
met het volgende doel:  behandeling  verzuimbegeleiding  reïntegratieplan

## Ik heb dit formulier\* aan uw patiënt gegeven om de volgende reden(en):

Mijn relevante informatie/bevinding voor u is (*probleemdiagnose, PACO*):

.....  
.....

Graag verwijst ik hem/haar naar u met de volgende vraag:

.....  
.....

Er ontbreekt mij nog de volgende (feitelijke) informatie:

.....  
.....

Afstemming van inzicht/ advies lijkt mij gewenst over:

.....  
.....

Gaarne uw reactie (*indien van toepassing*) op het antwoordformulier vermelden en aan patiënt/werknemer meegeven.

Zo nodig kunt u mij telefonisch bereiken.

Met collegiale hoogachting,

Handtekening (arts, afzender): .....

## Machtiging

Ondergetekende, (naam patiënt/werknemer)

verklaart toestemming te verlenen voor het verstrekken van de hierboven gevraagde gegevens.

Handtekening patiënt/werknemer: .....

Ik verleen **wel/geen** toestemming voor eventueel nader overleg tussen bovengenoemde artsen. Deze toestemming betreft uitsluitend overleg en afstemming, noodzakelijk om over voldoende informatie te beschikken met het oog op adequate behandeling, verzuimbegeleiding of reïntegratieplan en geldt voor deze klachtenepisode. Deze informatie is uitsluitend bedoeld voor bovengenoemde artsen en mag niet zonder mijn toestemming verstrekt worden aan derden. Mij is duidelijk wat de strekking is van dit overleg.

Ondertekende, naam patiënt/werknemer: ..... Handtekening patiënt/werknemer: .....

