

Projet HUT/DIRECT/2009/AP/1

Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle

Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de verzekeringsarts en de bedrijfsarts voor de preventie van langdurige en beroepsgerelateerde arbeidsongeschiktheid

Samenvatting van het eindverslag



Santé au Travail et Education pour la Santé (STES)
Université de Liège
Prof. Ph. Mairiaux
N. Schippers



Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)
Université de Liège
Prof. M. Vanmeerbeek
Dr. Ph. Denoël



Afdeling Arbeids-, Milieu-, en Verzekeringsgeneeskunde
Katholieke Universiteit Leuven
Prof. P. Donceel
C. Tiedtke
Dr. K. Mortelmans (Idewe)



1 Inleiding

Huisartsen hebben regelmatig te maken met patiënten die lijden aan beroepsziekten of die medische problemen hebben die in verband staan met hun beroep. Zij kunnen symptomen opsporen en identificeren vooraleer een werknemer deze gesignaleerd heeft aan de bedrijfsarts. Ook in andere situaties is overleg en een samenwerking tussen de artsen in het belang van de werknemer: interferentie tussen het werk en de medische behandeling van een chronische aandoening, een toevallige diagnostische ontdekking door de bedrijfsarts (hypertensie, proteinuria, struma, ...), aanvraag van lichte of aangepaste werkpost door de bedrijfsarts, etc.

De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts betreft ook de impact van een gezondheidsprobleem op de werkactiviteit van de patiënt. Elke werknemer met gezondheidsproblemen door ziekte, veroudering of ongeval, wordt immers geconfronteerd met het risico op het verlies van zijn werk. Wanneer de arbeidsonbekwaamheid de periode van het gewaarborgd loon overschrijdt, komt een derde arts tussen: de verzekeringsarts of adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Deze heeft niet alleen een controlefunctie, sinds 2006 behoort ook de professionele integratie tot zijn wettelijke opdracht.

Een meer actieve politiek inzake behoud van werk en de re-integratie van werknemers die langdurig ziek zijn, impliceert een overleg, dat meer dan vandaag gestructureerd is, tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts.

Een geslaagde re-integratie kan echter niet zonder het akkoord en de deelname van de patiënt zelf. Nochtans werd het standpunt van de patiënt nog maar weinig onderzocht in de vele studies naar verklarende factoren voor langdurige arbeidsongeschiktheid en werkhervatting.

Geconfronteerd met deze constatering, schreef de FOD Werk, Arbeid en Social Overleg een aanbesteding uit met vier doelstellingen:

1. het identificeren van de pathologieën waarvoor de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen het meest relevant en het meest doeltreffend is voor de vroegtijdige opsporing van de ziekten die samenhangen met de beroepsactiviteit van de patiënt, zowel voor wat betreft fysieke (MSA, gevaarlijke stoffen...) als psychosociale (depressie, burn out ...) pathologieën.
2. het identificeren van de langdurige ziekten (al dan niet beroepsziekten) waarvoor een samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en raadgevende artsen relevant kan zijn om de werkhervatting van de patiënten te bevorderen.
3. het afbakenen van de meest relevante informatiekanaalen om een doeltreffende communicatie tussen deze verschillende specialisten te bewerkstelligen.
4. het omschrijven van de specifieke hulpmiddelen en hun eigenschappen (inhoud, vorm, drager, verspreidingsmiddelen...) waarmee een informatie- en/of vormingsactie kan worden gevoerd om deze samenwerking te ondersteunen.

2 Onderzoeksmethodologie

De partners van het onderzoeksteam opteerden voor de volgende methodologie :

- *Enquête bij patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn.* Een telefonische enquête bij 100 à 200 Franstalige patiënten die langdurig ziek zijn (minimaal 3 en maximaal 6 maanden).
- *Bespreking van de resultaten van een enquête bij Nederlandstalige patiënten.* De gegevens die reeds verzameld werden in het kader van een grootschalig onderzoek in Vlaanderen worden gebruikt als aanvulling bij de resultaten van de enquête bij Franstalige patiënten.
- *Oprichting van een multidisciplinaire expertgroep* (huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) voor het valideren van de instrumenten voor de gegevensverzameling, de onderzoeksverslagen en de voorstellen.
- *Kwalitatieve gegevensverzameling* via groepsgesprekken volgens de « nominale groep » techniek, afzonderlijk georganiseerd met huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

3 Enquête bij patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn

Het onderzoek heeft als doelstellingen om de factoren te exploreren die bij werknemers die langdurig arbeidsongeschikt zijn, volgens de zieke werknemer, een obstakel kunnen vormen voor de werkhervatting ; en om zijn of haar verwachtingen te identificeren ten aanzien van de verschillende intervenanten in het parcours van ziekte naar terugkeer naar het werk : de huisarts (HA)(en/of behandelend specialist), de verzekeringsarts (VA) en de bedrijfsarts (BA).

De kwalitatieve studie werd uitgevoerd bij een steekproef van iets meer dan 100 arbeidsongeschikte werknemers, gerecrueteerd in de provincie Luik door twee verzekeringsorganismen (Solidaris-Liège en Mutualités chrétiennes – Fédération de Liège) die accepteerden via de telefoon bevestigd te worden.

3.1 Voorlopige resultaten

De resultaten beslaan de 71 interviews die op 31/01/2011 gerealiseerd waren.

Uit de interviews met de 71 patiënten blijkt dat de meeste patiënten niet tegen een nauwere samenwerking tussen artsen zijn als dit er voor zorgt dat hun dossier vooruit gaat (en de werkhervatting vergemakkelijkt voor de meesten), als dit leidt tot een uniformisering van het discours van de artsen et als dit toelaat te bewijzen dat ze daadwerkelijk ziek zijn.

Het merendeel van de ondervraagde personen wenst een aanpassing van de werkpost om een snellere terugkeer naar het werk mogelijk te maken ; men vraagt met name om een taakverlichting, een werktijdvermindering, en/ of hulp van collega's, ...

De hindernissen voor de werkhervatting die het meest vermeld worden zijn : een gebrek aan verbetering van de gezondheidstoestand, vermoeidheid, pijn, tekort aan begrip bij collega's of verantwoordelijke, wachttijden tussen onderzoeken, visites en behandelingen, de vrees om niet te voldoen bij terugkeer, de onmogelijkheid om de capaciteiten te testen voor de werkhervatting, ...

De meerderheid van de respondenten denkt dat hun gezondheidsprobleem een bedreiging zou kunnen zijn voor hun werk, vooral wanneer hun afwezigheid langer duurt en men niet meer in staat is te doen wat men vroeger deed.

De opvatting die de respondenten hebben over de bedrijfsarts interpelleert ; weinigen kennen zijn rol en de grote meerderheid kent de naam van de bedrijfsarts niet. Het periodiek onderzoek wordt beschreven als een ritueel, een verplichte passage, heel simpel, heel oppervlakkig en heel kort. Een aantal respondenten vermeldt evenwel verschillende belangrijke rollen van de bedrijfsarts zoals de bedrijfsbezoeken, de controle van de vaccinatie status, de rol als raadgever, als vertrouwenspersoon, ... Weinigen (bijna niemand) kennen het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting. De artsen die de patiënten ontmoeten tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid - huisartsen, specialisten en verzekeringsartsen - raden hen niet aan om contact op te nemen met hun bedrijfsarts.

Het bezoek aan de verzekeringsarts wordt beschreven als administratief. Velen spreken over een eerste contact om een dossier aan te maken.

De meerderheid van de respondenten wordt gevold door een huisarts in partnerschap met een gespecialiseerd arts. De respondenten onderlijnen het belang van de medische hulp die ze ontvangen in de vorm van raadgevingen of behandelingen.

4 De Nederlandstalige enquête als onderdeel van een grootschalige studie in Vlaanderen

In de periode 2001-2003 werden 1867 Nederlandstalige arbeidsongeschikte patiënten gecontacteerd voor deelname aan een grootschalige studie over artsensamenwerking en arbeidsongeschiktheid.

De grootschalige studie over artsensamenwerking en arbeidsongeschiktheid in Vlaanderen bestond uit 4 deelstudies: a) een artsenbevraging, b) een communicatiemodel, c) een interventiestudie en d) een patiëntenbevraging.

Aan patiënten die deelnemen aan de interventiestudie werd bij instap in de studie gevraagd een anonieme vragenlijst in te vullen. Het doel van de patiëntenvragenlijst was de vergelijkbaarheid van de patiënten in de interventiegroep met de patiënten in de controlegroep na te gaan. In de enquête werden parameters die een invloed kunnen hebben op de arbeidsongeschiktheidsduur, de re-integratiemogelijkheden en de instroom in de invaliditeit bevraagd.

4.1 Resultaten

De belangrijkste bevindingen en interpretaties van de Nederlandstalige patiëntenbevraging zijn:

- 1) Eén derde van de bevraagde steekproef meent dat zijn gezondheidsproblemen, leidende tot arbeidsongeschiktheid, volledig of grotendeels door de werkomstandigheden veroorzaakt worden. Dit percentage is in lijn met internationale publicaties. Voor werkgebonden problemen, kan de arbeidsgeneesheer een sleutelrol hebben in de terugkeer naar het werk.
- 2) Eén derde van de bevraagde steekproef kent zijn arbeidsgeneesheer niet. Dit resultaat lag binnen de verwachtingen: in België wordt het aandeel van de 'onderworpenen' ten opzichte

van de totale werknemerspopulatie op 56% geschat. Vlaamse cijfers zijn van dezelfde grootte-orde. De patiënten die de bedrijfsarts kennen staan positief ten opzichte van deze arts. Meer dan 8 op 10 van de arbeidsongeschikte patiënten – ongeacht of ze de arbeidsgeneesheer al dan niet kennen - steunen een samenwerking tussen adviserend geneesheer en arbeidsgeneesheer met als doel de werkhervattingsmogelijkheden te optimaliseren. Deze resultaten onderlijnen de wens naar een betere samenwerking tussen artsen betrokken bij arbeidsongeschiktheid en werkhervattingsstrategieën.

- 3) Negen op tien vindt het (heel) erg niet te kunnen werken, één op 8 had financiële problemen sinds de start van de arbeidsongeschiktheidsperiode en 8 op tien is bereid aangepaste of deeltijdse werkhervatting te overwegen in afwachting van herstel. Focus dient derhalve verlegt te worden van controle op afwezigheid naar re-integratiebegeleiding, inclusief de ruime toepassing van de reeds bestaande wettelijke mogelijkheden voor deeltijdse werkhervatting via de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Eén op vijf arbeidsongeschikte patiënten meent op het moment van studie-instap – waarop de meesten al 3 maanden arbeidsongeschikt waren – nog minstens 3 maanden langer arbeidsongeschikt te zullen blijven of zelfs nooit meer het werk te zullen hervatten. De inschatting van de werkhervattingsprognose is meer pessimistisch indien de patiënt zijn uitval aan werkgebonden factoren toeschreef. Re-integratiemaatregelen en artsensamenwerking kan in eerste instantie gericht worden op de patiënten met een slechte werkhervattingsprognose.

5 Multidisciplinaire expertgroep

Voor het valideren van de instrumenten voor de gegevensverzameling, de syntheseverslagen en de voorstellen, heeft het onderzoeksteam een beroep gedaan op een multidisciplinaire expertgroep. Aan Franstalige kant bestond de expertgroep uit leden van een werkgroep van de Société Scientifique de santé au travail (SSST) en de Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA), aangevuld met experts aangeduid door de 3 universitaire departementen Huisartsgeneeskunde (ULg, UCL, ULB); Aan Nederlandstalige kant werd de expertgroep gevormd door vertegenwoordigers van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde (VWVA), de Wetenschappelijke Vereniging voor verzekeringsgeneeskunde (WVV) en 3 experts aangeduid door de universitaire departementen huisartsgeneeskunde (KUL, UG, UA of VUB).

6 Nominale groepen

6.1 Methode

Er werden in totaal 8 monodisciplinaire gespreksgroepen georganiseerd volgens de nominale groepstechniek. In iedere taalgroep (Nederlands/Frans) werden twee gespreksgroepen gehouden met huisartsen en telkens één met verzekeringsartsen (adviserend geneesheren en geneesheren-inspecteurs) en bedrijfsartsen. In totaal namen 42 huisartsen (20 FR, 22 NI), 16 bedrijfsartsen (9 Fr, 7 NI) en 16 verzekeringsartsen (9 Fr, 7 NI) deel aan de discussies.

Tijdens iedere gespreksgroep kwamen drie thema's aan bod die telkens door de moderator werden ingeleid aan de hand een openingsvraag. Dit zijn de drie vragen die achtereenvolgens werden voorgelegd aan de deelnemers.

Openingsvraag n°1.

Kan u zich enkele gevallen voor de geest halen waarbij u contact had met, moest samenwerken met huisartsen, arbeidsgeneesheren, verzekeringsartsen. Met die concrete situaties in gedachten, kan u zeggen hoe u de samenwerking tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts zou kunnen verbeteren?

Openingsvraag n°2.

Welke concrete gevallen van ziekten die samenhangen met de beroepsactiviteit komt u tegen in uw praktijk waarvoor de samenwerking tussen huisarts en arbeidsgeneesheer zou kunnen leiden tot een vroege opsporing van de ziekte? Het kan zowel gaan om fysieke (RSI, gevaarlijke producten, ...) als om psychosociale pathologieën (depressie, burnout, ...).

Openingsvraag n°3.

Welke concrete gevallen van langdurige ziekten (pathologieën die kunnen leiden tot een afwezigheid op het werk van 3 à 6 maanden) komt u tegen in uw praktijk waarvoor de samenwerking tussen huisarts, arbeidsgeneesheer en adviserend geneesheer de behandeling van de patiënt en/of het hervatten van het werk positief zou kunnen beïnvloeden?

Na een fase van individuele reflectie en een rondvraag, worden alle voorstellen die werden uitgebracht gerangschikt in orde van belangrijkheid. Iedere deelnemer kiest individueel de vijf voorstellen die hij het belangrijkste vindt en kent deze een rangorde toe aan de hand van een score van 5 tot 1 (van belangrijk naar minder belangrijk). De deelnemers delen een voor een hun scores mee waarbij de moderator de scores onmiddellijk noteert op het bord en na afloop van de stemronde de totaalscore voor ieder voorstel berekent. Het relatief belang van de voorstellen kan nu op twee verschillende manieren berekend worden. De eindscore volgens **prioriteit** is het totaal aantal punten dat een voorstel behaalde en de eindscore volgens **populariteit** is het aantal keren dat een deelnemer een stem uitbracht voor bepaald voorstel.

In alle groepen werd het grootste deel van de voorziene tijd besteed aan de eerste vraag. De twee andere vragen werden behandeld in de resterende tijd (10 à 20 min) en daardoor ontbrak dikwijls de tijd om de voorstellen van de deelnemers te laten scoren en te rangschikken.

6.2 Resultaten

6.2.1 Antwoorden op de eerste vraag

De onderzoekers hebben de voorstellen van de verschillende gespreksgroepen op een klassieke, thematische manier ingedeeld. Deze indeling werd bij consensus opgesteld door alle meewerkende onderzoekers (tabel 1).

Tabel 1 : Thematische indeling van de voorstellen uit de gespreksgroepen

De gegevensuitwisseling operationaliseren	Opérationnaliser la transmission des informations
<ul style="list-style-type: none">• De klinische gegevens beschikbaar maken via elektronische weg• Klassieke communicatiewegen (post, telefoon)• De patiënt als drager van informatie• Gids met contactinformatie opstellen	<ul style="list-style-type: none">• Rendre les informations cliniques disponibles par échange électronique• Communications classiques (poste, téléphone)• Le patient, vecteur de l'information• Mise à disposition d'un bottin d'adresses
Inter-professionele samenwerking	Collaboration interprofessionnelle
<ul style="list-style-type: none">• Nood aan overleg, deelname aan de beslissing• Nood aan informatie-uitwisseling• Responsabiliseren, sensibiliseren van artsen• Responsabiliseren, sensibiliseren van patiënten• Elk blijft bij zijn rol, contacten zijn overbodig• Elkaar beter leren kennen	<ul style="list-style-type: none">• Besoin de concertation, partage de la décision• Besoin d'échange d'informations• Responsabilisation, sensibilisation des médecins• Responsabilisation, sensibilisation des patients• A chacun son rôle, les contacts sont superflus• Mieux se connaître l'un l'autre
Kennis	Connaissance
<ul style="list-style-type: none">• De rol, missie en limieten van elk beroep beter leren kennen• Informatie over jobinhoud, arbeidsomgeving en –omstandigheden• Informatie over het wettelijk en reglementair kader	<ul style="list-style-type: none">• Mieux connaître les rôles, missions et limites de chacune des professions• Information sur le poste, le milieu et les conditions de travail• Information sur le cadre légal et réglementaire
Wettelijk kader, politieke evolutie	Cadre légal, évolution politique

Verbetering van de informatie-uitwisseling

Een duidelijke meerderheid van de artsen wenst een snelle en efficiënte gegevensuitwisseling tussen de verschillende beroepsgroepen. Er worden wel duidelijke accentverschillen gelegd met betrekking tot de wijze waarop dit best verloopt.

De klassieke communicatiemiddelen (post en telefoon) generen weinig stemmen. Met uitzondering van de Franstalige huisartsen verwacht iedereen dat de gegevensuitwisseling langs elektronische weg verloopt.

De interessante idee dat de patiënt zelf drager zou zijn van de relevante informatie over zijn huidige of potentiële gezondheidsproblemen komt alleen naar voren bij de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, vooral langs Franstalige zijde.

De idee om een databank met contactgegevens ter beschikking te stellen, lijkt een ruime consensus weg te dragen binnen de beroepsgroepen, zij het met een zwakke prioriteit, behalve bij de Nederlandstalige verzekeringsartsen. Een elektronische versie lijkt de voorkeur te hebben van de Nederlandstaligen, terwijl de Franstaligen meer de klassieke communicatiemiddelen vermelden.

Inter-professionele samenwerking

In deze reeks voorstellen merken we een zeer duidelijke vraag van de huisartsen naar de twee andere beroepsgroepen om betrokken te worden bij beslissingen met betrekking tot de erkenning en de beëindiging van arbeidsongeschiktheid van hun patiënt (prioriteit et populariteit). Deze vraag is dermate sterk dat we ze mogen interpreteren als een frustratie van de huisartsen die momenteel geheel buiten het beslissingsproces worden gehouden, terwijl ze toch menen te beschikken over noodzakelijke en relevante informatie over de aandoening en de sociale situatie van hun patiënten. Ze zijn ook vragende partij om op de hoogte gebracht te worden van de argumenten van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen ten aanzien van hun patiënten. Ze staan daarbij open voor wederzijds overleg.

De verzekeringsartsen hebben bijna geen voorstellen geformuleerd in dit domein, wat waarschijnlijk een weergave is van hun rol en positie als diegenen die de beslissingen moeten nemen en nadien het resultaat meedelen aan de andere partijen.

De bedrijfsartsen zijn voorstander van overleg met de huisarts maar het initiatief hiervoor wordt anders in beide taalgroepen: van de BA naar de HA in de Franstalige groep, en dit voorafgaand aan de terugkeer naar het werk na een arbeidsongeschiktheid; van de HA naar de BA in de Nederlandstalige groep en vooral wanneer gezondheidsproblemen worden vastgesteld die mogelijk veroorzaakt worden door het werk.

Ongeacht wie het initiatief moet nemen bij de communicatie en onafhankelijk van het al dan niet betrokken worden bij de beslissingen over de patiënt, zijn alle groepen unaniem vragende partij voor een beter informatie-uitwisseling. Voor de Nederlandstalige verzekeringsartsen moet dit het voorwerp uitmaken van een herziening en verduidelijking van de wettelijke en deontologische regels.

De huisartsen wensen van de bedrijfsartsen informatie te krijgen over het resultaat van de medische onderzoeken in het bedrijf (Nederlandstalige groep), en willen een betere uitwisseling van gegevens over de opvolging van patiënten met een chronische aandoening (Franstalige groep).

De Franstalige bedrijfsartsen willen een betere informatiedoorstroming vanuit andere medische disciplines, maar ook binnen hun eigen interne diensten. De Nederlandstalige bedrijfsartsen wensen beter geïnformeerd te worden door huisartsen, adviserend geneesheren en door het Fonds voor beroepsziekten. Zij willen vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid informatie over de eventuele band met het werk zodat ook zij kunnen bijdragen tot de professionele re-integratie, bijvoorbeeld via aanpassing van de werkomstandigheden.

Het voorstel om meer verantwoordelijkheid toe te kennen aan artsen is afkomstig van de Franstalige verzekeringsartsen en heeft hoofdzakelijk betrekking op de voorschrijvers van arbeidsongeschiktheid (de huisartsen).

De voorstellen om meer verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf te leggen, hebben betrekking op (1) informatie die de patiënt bij zich zou kunnen houden over de verschillende zorgverstrekkers waarmee hij in contact komt, zodat het beleid beter kan afgestemd worden en (2) op een grotere verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn eigen gezondheid. Deze voorstellen zijn exclusief afkomstig van de Franstalige artsen, in de drie beroeps categorieën.

Een betere wederzijdse kennis over elkaars werk en referentiekader is gewenst, vooral door de bedrijfsartsen en in mindere mate ook door de huisartsen. Deze vraag leeft niet bij de verzekeringsartsen, wat mogelijk te verklaren is doordat het grootste deel van deze groep een vroegere ervaring als huisarts heeft.

Kennis

Er is nood aan een betere informatie van de rol, opdracht van iedere groep, maar deze nood werd alleen vertolkt in de Franstalige gespreksgroepen.

De huisartsen en de verzekeringsartsen zijn vragende partij voor informatie over de arbeidsplek en werkomstandigheden van de patiënten. Het voorstel om hierover meer informatie uit te wisselen wordt gesteund door de bedrijfsartsen. De voorstellen met een hoge prioriteits- en populariteitsindex komen van de Franstalige groepen.

Enkele voorstellen – vooral afkomstig van de verzekeringsartsen – hebben betrekking op een betere verspreiding van informatie over het wettelijk en reglementair kader.

Wettelijk kader, beleidsontwikkeling

Vooraf bij de verzekeringsartsen, en in mindere mate bij de huisartsen, bestaat er een duidelijke vraag om het wettelijk en reglementair kader te hervormen.

De verzekeringsartsen wensen verduidelijking van de verschillende deelaspecten van hun opdracht: re-integratie, administratie, organisatie van medische gegevensstromen. De huisartsen herhalen hier hun vraag naar administratieve vereenvoudiging en een duidelijker ethisch kader met betrekking tot de rechten van hun patiënten.

6.2.2 Antwoorden op de tweede vraag:

Nederlandstalige groepen

Het valt op dat sommige diagnoses slechts door één bepaalde beroepsgroep worden genoemd: alcoholmisbruik door de bedrijfsartsen, agressie en pesten op het werk door de verzekeringsartsen.

Bij de overige aandoeningen zijn de resultaten globaal gelijk lopend tussen de beroepsgroepen: lage rugpathologie staat op de eerste plaats bij de bedrijfsartsen en op de 2^e of 3^e plaats bij de huisartsen. Mentale aandoeningen (burn-out, stress, depressie) worden op de eerste of tweede plaats gezet door de huisartsen en op plaats 3, 4 en 5 door de verzekeringsartsen.

Het enige verschil tussen de groepen betreft RSI-letsels (repetitive strain injury) die op de eerste plaats komen bij de bedrijfs- en verzekeringsartsen en door de huisartsen op de vijfde plaats worden gerangschikt. Allergische en pulmonale aandoeningen komen op de 4de of 5de plaats zowel bij huisartsen en bedrijfsartsen.

Franstalige groepen

Ook hier worden sommige medische problemen alleen bij één bepaalde beroepsgroep vermeld: relationele problemen op het werk bij de verzekeringsartsen, allergie en huidaandoeningen bij de bedrijfsartsen, en de blootstelling aan toxische agentia bij de huisartsen.

Voor het overige tekent zich een duidelijke rangschikking af met burn-out op de eerste plaats bij bedrijfs- en verzekeringsartsen en op de 2^{de} bij huisartsen. Dan volgen rugpathologie en musculoskeletale aandoeningen in het algemeen. Longaandoeningen zijn zowel bij de bedrijfsartsen als bij de huisartsen opgenomen in de lijst.

6.2.3 Antwoorden op de derde vraag

Nederlandstalige groepen

Ook hier worden enkele gezondheidsproblemen alleen vermeld door een beroepsgroep: kanker en arbeidsconflicten door de verzekeringsartsen; cardiovasculaire pathologie, cognitieve stoornissen en majeure heilkunde door de bedrijfsartsen; depressie, CVS, burn-out en abusius bij de huisartsen.

Er bestaat wel eensgezindheid tussen de disciplines om de eerste of tweede plaats toe te kennen aan lage rugaandoeningen en aan psychische aandoeningen.

Franstalige groepen

Sommige thema's werden slechts door één bepaalde beroepsgroep vermeld: burnout, relationele problemen op het werk en CVS (Chronisch vermoeidheidssyndroom) bij de verzekeringsartsen, fibromyalgie, alcoholisme en coronaire aandoeningen door een van de twee huisartsgroepen en musculoskeletale aandoeningen bij de bedrijfsartsen.

Naast deze verschillen zijn er ook aandoeningen die door alle beroepsgroepen worden aangeduid: lage rugpijn (telkens eerste of tweede plaats) en depressie (eerste positie bij huisartsen en verzekeringsartsen en vijfde plaats bij bedrijfsartsen). Deze laatste plaatsen burn-out en psychosociale problemen op de derde rang.

Opmerkelijk is ook dat kanker een hoge score krijgt van de bedrijfsartsen en van de huisartsen maar niet van de verzekeringsartsen. Mogelijk wordt bij deze ernstige pathologie door de adviserend geneesheren vrij gemakkelijk een definitieve arbeidsongeschiktheid toegekend.

7 Concrete voorstellen

7.1 Voorstellen tot aanpassing van de reglementering, realiseerbaar op korte termijn

Vier voorstellen kunnen relatief snel worden gerealiseerd. Hoewel ze soms een aanpassing van het wettelijk kader vergen, kunnen ze een belangrijke bijdrage leveren tot een vlottere informatie-uitwisseling en een betere wederzijdse kennis, en zo de basis vormen voor een betere samenwerking tussen de drie betrokken beroepsgroepen.

Het is daarbij naar onze mening absoluut noodzakelijk om voorafgaand aan iedere invoering van nieuwe procedures een breed overleg te organiseren met de verschillende representatieve organisaties (beroepsverenigingen, arbeidsgeneeskundige diensten, landsbonden, Assuralia, administraties), zodat voldoende draagvlak ontstaat voor de nieuwe aanpak bij de beroepsbeoefenaars.

De communicatie van de FOD Werk bij eventuele aanpassingen van de regelgeving en bij de invoering van nieuwe procedures moet met de nodige zorg gebeuren: de nadruk moet liggen op de *bottom-up* aanpak en de partners op het terrein moeten betrokken worden.

7.1.1 Contact en overleg tussen de huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts bij een arbeidsongeschiktheid van meer dan drie maanden

Op dit ogenblik kan alleen de arbeidsongeschikte werknemer/patiënt een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting bij de bedrijfsarts aanvragen, en dit van zodra de arbeidsonderbreking 28 dagen overschrijdt. Bij langdurige arbeidsongeschiktheid is het nochtans belangrijk dat de drie medische disciplines die elk een belangrijk onderdeel van het dossier beheren, met elkaar in contact kunnen treden en overleggen, met bijzondere aandacht voor de arbeidssituatie. De onderzoeksequipe stelt voor dat ***het recht om een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid aan te vragen wordt uitgebreid naar de adviserend geneesheer en de huisarts voor iedere arbeidsongeschiktheid die langer duurt dan 3 maanden (of 92 dagen), volgens de hieronder beschreven modaliteiten.***

De realisatie van dit voorstel vergt een wetswijziging.

Aanvraag door de adviserend geneesheer

De adviserend geneesheer selecteert de gevallen die in aanmerking komen, vraagt het akkoord van de patiënt en bezorgt de vraag voor een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting aan de werkgever, die ze bezorgt aan de bevoegde arbeidsgeneeskundige dienst. Een kopie van de aanvraag gaat naar de huisarts zodat deze de mogelijkheid heeft om - met toestemming van de patiënt - dossiergegevens mee te delen die bij het onderzoek nuttig kunnen zijn. Na ontvangst van de aanvraag moet de bedrijfsarts de betrokken werknemer binnen de acht dagen ontvangen (dit is de huidige termijn) en zijn bevindingen vervolgens meedelen aan de adviserend geneesheer en de huisarts. Het gaat daarbij bijvoorbeeld over de maatregelen en aanpassingen die met de werkgever zijn afgesproken om de terugkeer naar het werk te faciliteren, of over moeilijkheden en obstakels binnen de onderneming (waaronder een eventuele weigering van de werkgever om maatregelen te treffen).

Aanvraag door de huisarts

Er zou een uniform verwijzdocument gecreëerd kunnen worden dat de huisarts, bij werkgerelateerde aandoeningen of bij ziekteverzuim langer dan drie maanden, kan meegeven met het arbeidsongeschiktheidsattest voor de werkgever.

Het attest wordt dan mee overgemaakt aan de werkgever, die het aan de bevoegde arbeidsgeneeskundige dienst bezorgt. Vanaf dan verloopt de procedure op dezelfde wijze als bij de aanvraag door de adviserend geneesheer. Deze laatste ontvangt, bij akkoord van de patiënt, een kopie van het verslag van de bedrijfsarts.

De huisarts geeft aan de patiënt een standaard verslag (model te ontwikkelen) voor de bedrijfsarts met de relevante dossiergegevens en met zijn specifieke vragen voor de bedrijfsarts.

7.1.2 Motivering van de beslissingen van de verzekeringsartsen

Er zou kunnen worden voorzien dat de patiënt systematisch geïnformeerd wordt over de mogelijkheid (om) voor de behandelend arts een kopie te vragen van het verslag, waarop de beslissing is gebaseerd. Het formulier waarmee de beslissing wordt betekend aan de patiënt moet deze mogelijkheid ook vermelden en het moet tevens de coördinaten bevatten van een contactpersoon bij wie de huisarts een kopie van het verslag kan opvragen.

De huisarts moet de mogelijkheid krijgen om aan te geven dat hij gecontacteerd wil worden bij alle beslissingen die de adviserend geneesheer neemt in de loop van een arbeidsongeschiktheid. Dit zou de samenwerking en de verstandhouding tussen beide groepen bevorderen. Een analoge procedure zou voorzien moeten worden in de private verzekeringssector.

7.1.3 Verspreiding van informatie door de bedrijfsarts

De eerste twee van de volgende voorstellen vereisen een wijziging van het KB van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht. Voorlopig kan de transmissie van 'informatie op papier' via een document verlopen dat (per post) bezorgd wordt aan de betrokken werknemer. In de toekomst zou een elektronisch document via het e-Health platform verspreid kunnen worden.

Verspreiding van de kaart van medisch onderzoek

De «kaart van medisch onderzoek» die bij iedere gezondheidsbeoordeling wordt ingevuld door de bedrijfsarts, zou in de toekomst in viervoud moeten worden ingevuld. Het vierde, bijkomende exemplaar is dan, mits akkoord van de werknemer, bestemd voor de huisarts.

Verspreiding van de lijst met de risico's

De bedrijfsarts kan aan de huisarts een overzicht sturen van de «nominatieve lijst van risico's» waarin de beroepsrisico's beschreven zijn van de arbeidspost of de werksituatie van de betrokken werknemer. Ook hier is het voorafgaand akkoord van de werknemer vereist.

Hoewel deze nominatieve lijst al bestaat en wettelijk verplicht is, veronderstelt de verspreiding ervan de ontwikkeling van een specifieke informaticatoepassing bij de preventiediensten, zodat individuele rapporten voor een bepaalde werknemer gegenereerd kunnen worden.

Ontwikkeling van gestandaardiseerde minimale professionele gegevens

Het zou nuttig zijn om te ***beschikken over een overzicht van de beroepsloopbaan van een werknemer en van de beroepsrisico's waaraan hij is blootgesteld. Een dergelijk overzicht zou een***

dubbel doel hebben: enerzijds de gegevens verzamelen van de verschillende tijdstippen en plaatsen van tewerkstelling van de werknemer, waardoor een longitudinaal overzicht ontstaat van alle beroepsrisico's waaraan deze werd blootgesteld tijdens de loopbaan; anderzijds een beschrijving geven van de voornaamste kenmerken van de functie of arbeidspost ten behoeve van derden.

Om dit project tot een goed einde te brengen is de medewerking van diverse partners nodig: FOD Werk, Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk (Hoge Raad PBW), en de beroepsvereniging van de bedrijfsartsen, en het Fonds voor de Beroepsziekten.

Voor de ontwikkeling van de minimale professionele gegevens zijn nodig:

- Een fase van onderzoek : onderzoek naar vergelijkbare ervaringen in het buitenland, bij het Internationaal Arbeidsbureau, ontwikkeling en validatie van een lijst die aangepast is aan de Belgische situatie, verfijning van een terminologie voor de gebruikers, enz.
- Een fase van overleg met alle betrokken partners;
- Een wetswijziging die de registratie van de minimale professionele gegevens oplegt aan de werkgevers in het kader van de Wet op het Welzijn op het Werk.

Het zou nuttig zijn om de minimale professionele gegevens te bewaren in een centraal register, bijvoorbeeld naar analogie van de vaccinatiedatabank Vaccinnet¹ van de Vlaamse Gemeenschap.

7.1.4 Website

Website met informatie voor professionals buiten het domein van de arbeid(sgeneeskunde)
Op de internetsite van de FOD zou een afzonderlijk gedeelte gecreëerd kunnen worden waar op één plaats alle praktische informatie gegroepeerd wordt om alle gezondheidsprofessionals te informeren over de rol van de bedrijfsarts en de organisatie van de preventie en bescherming op het werk.

In eerste instantie zou deze site de volgende informatie kunnen bevatten:

- Wetteksten en reglementaire bepalingen die nuttig zijn voor de praktijk, in een vorm die bruikbaar is voor de artsen die niet vertrouwd zijn met de sector;
- Modelformulieren die gedownload kunnen worden;
- Een (geaccrediteerde) e-learning module over de samenwerking tussen de drie beroepsgroepen (zie verder).

Databank met contactgegevens

De website van de FOD zou in de toekomst aangevuld kunnen worden met een databank met contactgegevens van:

- De arbeidsgeneeskundige diensten, en de bedrijven aan wie zij hun diensten verlenen;
- De medische diensten van de adviserend geneesheren binnen de verschillende landsbonden;
- De huisartsen, op basis van hun werkplek, aan de hand van het kadaster van de FOD Volksgezondheid.

¹ <https://www.vaccinnet.be/>

7.2 Voorstellen, te bespreken met andere overheden of openbare instellingen

7.2.1 Opleiding en vorming

Guidelines

In de verschillende gespreksgroepen met de artsen kwam tot uiting dat er belangrijke verschillen zijn in de praktijkvoering. Binnen de wetenschappelijke en/of beroepsverenigingen van de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en huisartsen zou meer aandacht moeten zijn voor het uitwerken van guidelines en voor het doen van aanbevelingen voor goede praktijkvoering, vooral op het vlak van beleid ten aanzien van patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn of kunnen worden en op het vlak van professionele re-integratie.

Basisopleiding

Het wederzijds gebrek aan kennis bij de drie beroepsgroepen vestigt de aandacht op een basisopleiding voor alle artsen over inter-professionele samenwerking. Experts uit de verschillende disciplines zouden een opleidingsmodule moeten uitwerken die bruikbaar is in de opleiding van alle artsen.

Permanente vorming

Inter-professionele samenwerking kan nuttig ondersteund worden door gemeenschappelijke navormingsinitiatieven met huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. De betrokken overheidsdiensten (RIZIV, FOD Volksgezondheid, FOD Werk) zouden steun kunnen bieden aan ***de uitwerking en validatie van een pedagogisch instrumentarium dat gebruikt kan worden in de verschillende vormen van permanente vorming (Dodécagroupe, Lok-groep, congressen...)***.

Dit instrumentarium zou onder mee kunnen bestaan uit:

- Concrete casussen, waarvoor beleid bedacht moet worden (opleiding door het gezamenlijk oplossen van complexe problemen)
- Voorbeelden van re-integratietrajecten die als basis kunnen dienen voor een groepsdiscussie
- Kennisaanbod (wetgeving, procedures,...).

Een deel van het pedagogisch aanbod zou in de vorm van e-learning modules kunnen worden aangeboden.

7.2.2 Elektronische gegevensuitwisseling

Voorlopig zal er zeker nog een papieren informatiestroom blijven bestaan. Maar ook in dit domein is het nodig om in de nabije toekomst over te schakelen naar elektronische communicatie. De artsen in de gespreksgroepen laten daarover geen enkele twijfel bestaan.

Er zijn echter belangrijke randvoorwaarden en beperkingen (p. 23) en het lijkt dan ook aangewezen om ***een gemengde werkgroep op te richten met vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid en Werk, het RIZIV, e-Health, beheerders van de regionale hubs en de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer, met als opdracht de barrières voor de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling in de respectievelijke wetgevingen aan te pakken.***

Gelieve voor bijkomende informatie over dit project één van de volgende personen te contacteren:

Prof. Peter Donceel (peter.donceel@med.kuleuven.be, 016/33 70 89)

Prof. Marc Vanmeerbeek (marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be, 04/366 42 76)

Prof Philippe Mairiaux (ph.mairiaux@ulg.ac.be, 04/366 25 03)