

HUT/DIRECT/2011/AP/4

Validatie van de voorstellen uit het project betreffende de verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de raadgevende artsen en de bedrijfsartsen voor een betere behandeling van de beroepsziekten

PARTNERSHIP II

Synthese eindrapport

Juli 2013

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



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



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



Synthese studie Partnership II

Inhoud

1	Inleiding	4
2	Methodologie	4
2.1	Keuze van de techniek voor gegevensinzameling	5
2.1.1	Delphi-methode.....	5
2.1.2	Mesydel-software.....	6
2.2	Samenstelling van de vragenlijst	6
2.2.1	Vragenlijst - 1e Delphi-ronde	6
2.2.2	Vragenlijst - 2e Delphi-ronde	6
2.3	Samenstelling van het panel van experts.....	7
2.4	Kwaliteitscriteria van de gebruikte methodes	8
2.4.1	Delphi-techniek	8
2.4.2	Kwalitatieve analyse	8
2.5	Geselecteerde criteria om het begrip 'consensus' te definiëren	9
3	Eerste en tweede Delphi-ronde	9
3.1	Deelname aan de 1e en 2e Delphi-ronde.....	9
3.2	Analyse van de kwantitatieve resultaten: consensus versus verdeeldheid.....	10
3.3	Kwalitatieve analyse	12
4	Aanbevelingen	12
4.1	De overeenstemmingszones voor een betere interprofessionele samenwerking	12
4.1.1	Eerste voorstel	12
4.1.2	Tweede voorstel.....	13
4.1.3	Derde voorstel.....	13
4.1.4	Vierde voorstel.....	14
4.1.5	Vijfde voorstel	14
4.1.6	Zesde voorstel	14
4.2	De schemerzones voor een betere interprofessionele samenwerking	15
	Verband met de vaststellingen van de 1e fase van de studie	15
	Het gezamenlijke doel van de potentiële samenwerking	15
	Welke rol toevertrouwen aan de patiënt?	17

De 'graal' van de elektronische communicatie	17
De kennis van de arbeidsvoorwaarden	18
Identificatie van de bedrijfsartsen en de raadgevende artsen	19
5 In perspectief plaatsing en conclusies.....	19
5.1 Professionele identiteit en erkenning	19
5.2 De samenwerkingstheorieën	21
5.3 De originaliteit van de gebruikte methodologische benadering.....	22
5.4 Mogelijk gevolg dat wordt gegeven aan de uitgevoerde studie	22
6 Bibliografie.....	23
Bijlage 1 : vragenlijst voor de eerste ronde Delphi	25
Bijlage 2 : vragenlijst voor de 2 ^{de} ronde Delphi.....	33

1 Inleiding

Na de in 2010-2011 door de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg bestelde studie¹ "*Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de raadgevende artsen en de bedrijfsartsen voor een betere behandeling van de beroepsgebonden aandoeningen*", werd een lijst van concrete voorstellen overgemaakt aan de FOD Werkgelegenheid.

Voordat ze toegepast zouden worden, moesten deze voorstellen volgens de wetenschappers het voorwerp uitmaken van overleg met de vertegenwoordigers van de rechtstreeks betrokken beroepen (beroeps- en vakbondsverenigingen, universitaire afdelingen, wetenschappelijke ondernemingen), de administratieve autoriteiten (mutualistische federaties, Assuralia, administratie van de FOD Werkgelegenheid en Volksgezondheid), de sociale partners (werkgeversverenigingen en interprofessionele vakbonden) en de vertegenwoordigers van de gebruikers van de gezondheidsdiensten om hun rechtmatigheid en een grootschalige instemming met deze voorstellen te verzekeren. De Delphi-techniek leek het meest aangewezen voor deze oefening.

Na de indiening van het rapport van de 1e fase van de studie (te raadplegen via <http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=34512>) heeft de FOD Werkgelegenheid beslist een 2e fase te financieren om de voorstellen te valideren. Het doel is:

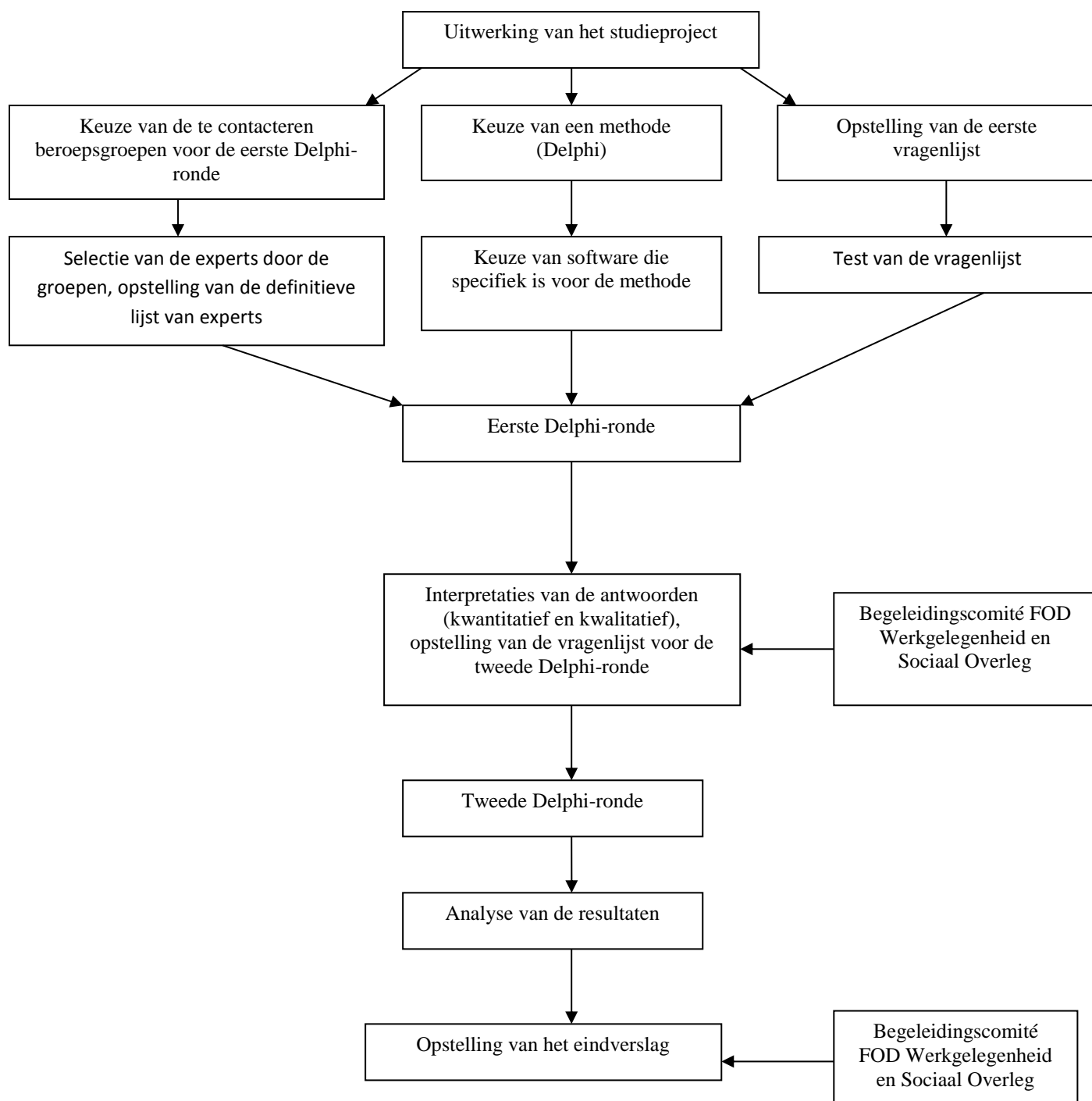
- "te bepalen welke voorstellen gewenst zijn en welke de goedkeuring van de meeste experts krijgen, terwijl ze ook toepasbaar zijn in de dagelijkse praktijk van de betrokken beroepsgroepen;
- de voorstellen te identificeren die in principe onvoldoende consensus bereiken, of waarvan de concrete toepasbaarheid in de praktijk te onzeker wordt bevonden;
- verder te gaan in de realisatie van de voorstellen waarover men een consensus heeft bereikt en indien nodig er de nodige aanpassingen in aan te brengen;
- na te denken over de technische, wettelijke en ethische aspecten die gepaard gaan met de realisatie van de voorstellen"².

2 Methodologie

Het schema van figuur 1 (volgende pagina) geeft een overzicht van het methodologische proces dat werd gebruikt in het kader van de 2e fase van de studie, Partnership II genoemd.

¹In de rest van het rapport 'FOD Werkgelegenheid' genoemd

² Uittreksel uit samenwerkingsovereenkomst HUT/DIRECT/2011/AP/4, pag. 2.



Figuur 1: Schema van de studie Partnership II

2.1 Keuze van de techniek voor gegevensinzameling

2.1.1 Delphi-methode

Deze techniek werd in de jaren 1950 voor het eerst gebruikt voor militaire doeleinden (Amerikaanse strijdkrachten). Ze wordt momenteel toegepast in tal van wetenschappelijke domeinen, waaronder de geneeskunde.

Volgens Landeta (2006, pag. 468) luidt de definitie van de Delphi-techniek: "... a social research technique whose aim is to obtain a reliable group opinion using a group of experts. It is a method of structuring communication between a group of people who can provide valuable contributions in order to resolve a complex problem. "

De context van de door de FOD Werkgelegenheid bestelde studie leent zich uitstekend voor het gebruik van dit type van techniek. D belangrijkste kenmerken ervan zijn:

- Iteratief proces dat bestaat uit rondes: de experts worden minstens twee keer geraadpleegd over dezelfde problematiek, zodat ze hun antwoord kunnen herzien op basis van de informatie die ze ontvangen van de overige experts;
- Anonimiteit van de deelnemers: in een context waarin de deelnemers verschillende statuten hebben, is de gegarandeerde anonimiteit een centraal element om elke mogelijke manipulatie van de ene groep door de andere te vermijden;
- Gecontroleerde feedback: de informatie-uitwisseling tussen de experts is niet vrij; ze wordt in goede banen geleid door een onderzoeksteam.

2.1.2 Mesydel-software

De gebruikte tool om over te gaan tot de Delphi-rondes moet tegelijkertijd gebruiksvriendelijk en betrouwbaar zijn en de mogelijkheid bieden om de ingezamelde gegevens kwantitatief en kwalitatief te analyseren (zie 3.4.2.). Na onderzoek heeft het onderzoeksteam beslist om de software Mesydel te gebruiken die werd ontwikkeld door Stéphane Rieppi, socioloog en lid van het laboratorium Spiral (ULg), en Martin Ericum.

2.2 Samenstelling van de vragenlijst

2.2.1 Vragenlijst - 1e Delphi-ronde

Om een eerste versie van de vragenlijst op te stellen, baseerden de wetenschappers zich op de aanbevelingen van het onderzoek Partnership I. Deze eerste versie werd voltooid tijdens een werkvergadering van het onderzoeksteam. Vervolgens werd ze vertaald in het Nederlands door N.S. en nagelezen door P.D. Daarna werd een 'back translation' gemaakt door een Nederlandstalige om de volledige overeenstemming tussen de twee taalversies van de vragenlijst te garanderen. De tweede versie van de vragenlijst werd vooraf getest bij verschillende beroepsgroepen.

De vragenlijst telt 18 vragen: de eerste 15 omvatten een Likert-schaal (vijf standpunten) en plaats voor commentaar; de laatste 3 zijn louter kwalitatief, d.w.z. dat de expert verzocht wordt te formuleren hoe hij de uitvoering van een concreet voorstel ziet (bijvoorbeeld de ontwikkeling van de elektronische communicatie).

2.2.2 Vragenlijst - 2e Delphi-ronde

Na de afsluiting van de eerste Delphi-ronde en de analyse van de kwantitatieve en kwalitatieve antwoorden heeft het onderzoeksteam de voorstellen geselecteerd die het voorwerp uitmaakten van een consensus en de voorstellen geïdentificeerd waarover geen consensus was. Deze laatste voorstellen werden geherformuleerd op basis van de commentaar die tijdens de eerste ronde werd toegevoegd door de deelnemers en de leden van het begeleidingscomité, om zo het consensusniveau te proberen verhogen.

2.3 Samenstelling van het panel van experts

De eerste stap bestond erin een lijst op te stellen van de instellingen die betrokken moesten worden bij de Delphi-consultatie.

Zodra de lijsten opgesteld waren, werd het aantal te consulteren experts bepaald (tabel 1).

Tabel 1: Aantal experts per aangesloten organisme benaderd om deel te nemen aan de Delphi-procedure

Categorieën van experts die deelnemen aan de Delphi-ronde	Aantal experts			
	FR	NL	FR/NL	Sub-totaal
Universitaire Departementen Algemene Geneeskunde	3	4		
FAG	1	1		
Medische vakbonden (Absym, Cartel)	2	2		
SSMG/Domus Medica	1	1		
Fédération des maisons médicales/VWGC	1	1		17
SSST / VWVA (Wetenschappelijke Verenigingen voor	2	2		
CoPrev / VVIB (Beroepsorg. van EDPB en IDPH)	2	2		
Beroepsorg. bedrijfsartsen (APBMT/BBVAG)	1	1		10
Wetenschappelijke verenig. raadgevende artsen (ASMA / WVV)	5	5		10
B.G.V.M.E. (Vereniging van private verzekeraars)	2	2		
Assuralia	1	1		6
Administratie FOD Werkgelegenheid			3	
Administratie FOD Volksgezondheid			1	
eHealth			1	
Fonds voor beroepsziekten (FMP-FBZ)			1	
Fonds voor arbeidsongevallen (FAT-FAO)			1	
INAMI/RIZIV (ZIV en schadevergoedingssector)			2	
Medex	1			10
Patiëntenverenigingen (LUSS / VPP)	1	2		
Werknemers (interprofessionele vakbonden)	4	3		
Union des classes moyennes / UNIZO	1	1		
UWE / VOKA	1	1		
Verbond van Belgische Ondernemingen (FEB/VBO)	2	1		17
TOTAAL	31	30	9	70

In totaal hebben 61 experts ermee ingestemd om deel te nemen aan de studie Partnership II.

2.4 Kwaliteitscriteria van de gebruikte methodes

2.4.1 Delphi-techniek

Uit het verrichte literatuuronderzoek blijkt dat de indicatoren en instrumenten gebruikt om de kwaliteit van een vragenlijst van het type Delphi te evalueren, doorgaans de volgende zijn:

- Kwaliteit en stabiliteit van het panel van experts: men gaat ervan uit dat een uitvalpercentage van 20 à 30% in de eerste ronde aanvaardbaar is (Bardecki, 1984);
- Tijd die verstrijkt tussen de eerste en de tweede Delphi-ronde: deze tijd mag niet meer dan twee maanden bedragen, zodat de experts niet gedemotiveerd geraken en blijven meewerken aan de tweede Delphi-ronde, of zodat ze niet volledig van mening veranderen en/of dat er tussen het einde van de eerste ronde en het begin van de tweede ronde geen belangrijke veranderingen zijn opgetreden op het vlak van de wetgeving (J. Landeta 2006, J. Landeta & J. Barrutia 2011);
- Kwaliteit en intensiteit van de deelname;
- Bestaan van een begeleidingscomité.

2.4.2 Kwalitatieve analyse

Het werk voor de analyse van de gegevens bestaat uit twee luiken: een kwantitatief en een kwalitatief luik. Wat het kwantitatieve luik betreft, komt het er voornamelijk op aan de beoordelingen (Likert-schaal) te vergelijken die de experts hebben gegeven aan elk van de voorstellen vermeld in de vragenlijst.

In het kwalitatieve luik is het de bedoeling de redenen voor meningsverschillen tot op de bodem te onderzoeken. Welke elementen houden verband met de afwijzing van een bepaald voorstel? De analyse van de meningsverschillen is een element dat bijzonder relevant is om de voorstellen te herformuleren die voorgesteld worden in de tweede ronde. Bovendien blijkt een grondig inzicht in de elementen die samenhangen met de onenigheid (zowel in de 1e ronde als in de 2e ronde) uiterst interessant voor de subsidiërende overheid op het moment dat de voorstellen omgezet worden in wettelijke of regelgevende teksten.

Het corpus waarop de uitgevoerde kwalitatieve analyse betrekking had, bestaat enkel uit opmerkingen geformuleerd door de experts. Wat de techniek voor de analyse van dit corpus betreft, biedt de Mesydel-software de mogelijkheid om de door de experts gegeven kwalitatieve antwoorden te 'taggen'. 'Tagging' is een vorm van categorisering, een techniek die terug te vinden is bij inhoudsanalyse. De geldigheid van de kwalitatieve analyse is gebaseerd op de driehoeksmeting, namelijk het feit dat meerdere onderzoekers - indien mogelijk met een verschillende opleiding - onafhankelijk deelnemen aan de interpretatie van de gegevens.

In het kader van deze studie hebben de twee onderzoekers die verantwoordelijk zijn voor de kwalitatieve analyse een verschillende opleiding genoten (de ene arbeidspsychologie en de andere antropologie). Bovendien hebben deze onderzoekers meermaals de hulp ingeroepen van een wetenschapper met een andere specialiteit (arbeidsgeneeskunde, algemene geneeskunde of verzekeringsgeneeskunde).

2.5 Geselecteerde criteria om het begrip 'consensus' te definiëren

De definitie van de consensusdrempel is bijzonder belangrijk bij de bestelde studie. Op basis van de voorstellen die het voorwerp van een consensus hebben uitgemaakt, kan de subsidiërende instantie immers teksten of aanbevelingen uitvaardigen om de interprofessionele samenwerking te verbeteren bij de behandeling van beroepsgebonden aandoeningen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er geen universeel aanvaarde guidelines bestaan. Bepaalde auteurs (Keeney, 2006: 210) voeren aan dat 75% beschouwd moet worden als minimumdrempel. In deze studie hebben we ervoor geopteerd de criteria te volgen die werden gebruikt door Green et al. (1999: 202) en Langlands et al. (2008 :437) om de consensus te bepalen:

- a. Bestaan van een consensus vanaf 80% en meer gunstige antwoorden;
- b. Afwezigheid van negatief standpunt binnen een groep. Als een voorstel binnen een groep van experts unaniem wordt verworpen, dan bereikte het voorstel geen consensus. Het zal - na wijziging - opnieuw voorgelegd worden aan het volledige panel van experts tijdens de 2e Delphi-ronde.

3 Eerste en tweede Delphi-ronde

3.1 Deelname aan de 1e en 2e Delphi-ronde

De eerste Delphi-ronde ging op 17 april 2012 van start en werd op 21 mei 2012 afgesloten. 61 experts ontvingen een uitnodiging en 47 experts - 77% - namen effectief deel (tabel 2). De tweede Delphi-ronde ging op 29 juni 2012 van start en werd op 25 september 2012 afgesloten. Enkel de experts die hadden deelgenomen aan de eerste Delphi-ronde – 47 experts – werden uitgenodigd voor de tweede ronde. Van deze 47 experts namen er slechts drie niet deel. Deze hoge deelnamepercentages (77% en 93,6% in de 2e ronde) zijn het resultaat van het intensieve aanmaningswerk van de twee verantwoordelijke onderzoekers.

Tabel 2: Deelnamegraad aan de 1e en 2e Delphi-ronde door groepen van experts

Groepen van experts	FR	NL	1e ronde (aantal)	(%)	FR	NL	2e ronde (aantal)	(%)
Huisartsen (HA)	6	3	9/12	19,1	5	3	8/9	18,2
Bedrijfsartsen (BA)	5	5	10/11	21,3	5	5	10/10	22,7
Raadgevende artsen (RA)	3	6	9/9	19,1	3	6	9/9	20,4
Wetsverzekeraars (wv)	1	1	2/2	4,2	1	1	2/2	4,6
Overheidsdienst (OD)	5	3	8/11	17,1	3	3	6/8	13,6
Vakbondsvertegenwoordigers (Vakb.)	3	1	4/5	8,5	3	1	4/4	9,1
Werkgeversvertegenwoordigers (Werkg.)	2	1	3/6	6,4	2	1	3/3	6,8
Burgerpatiënten (BP)	1	1	2/5	4,2	1	1	2/2	4,6
Totaal	26	21	47/61	100	23	21	44/47	100

Het is interessant te benadrukken dat de drie groepen van experts (HA, BA en RA) die het meest betrokken zijn bij de problematiek, in een relatief vergelijkbare verhouding vertegenwoordigd zijn. Wat de andere groepen van experts betreft, wijzen we op de aanzienlijke deelname van vertegenwoordigers van diverse instellingen van de overheid. Ook de vertegenwoordigers van de werkgevers en de bedienden hebben een zeker gewicht. De minst vertegenwoordigde groepen van experts zijn de burgerpatiënten en de wetsverzekeraars. Dat is onder andere te wijten aan het feit dat ze heel vaak benaderd worden en dat - wat de patiëntenverenigingen betreft - de permanente medewerkers van de verenigingen beperkt zijn in aantal.

Het moet benadrukt worden dat tijdens de 2e ronde de relatieve bijdrage van elke groep van experts aan het volledige panel relatief vergelijkbaar is gebleven met de 1e ronde, behalve wat de overheid betreft.

3.2 Analyse van de kwantitatieve resultaten: consensus versus verdeeldheid

Tabel 3 op volgende blad biedt de mogelijkheid om de vragen weer te geven waarvoor er een consensus was onder alle geraadpleegde experts, plus de vragen waarvoor geen consensus werd bereikt. De vraag per vraag weergegeven percentages hebben betrekking op het positieve standpunt van de experts tegenover de gestelde vraag.

Tabel 3: Consensus of afwezigheid van consensus in de 1e en 2e Delphi-ronde (in %)

Vragen van ronde 1	Consensuspercentage	Vragen van ronde 2	Consensuspercentage
1 (vragenlijst 1.1)	80,9%		
2 (vragenlijst 1.2)	83%		
3 (vragenlijst 1.3)	Kwalitatief	Vraag 1	90,9%
4 (vragenlijst 2.1)	74,5%	Vraag 2	75%
5 (vragenlijst 2.2)	53,2%	Vraag 4	40,9%
6 (vragenlijst 3.1)	63,8%	Vraag 5	59,1%
		Vraag 6	62,8%
7 (vragenlijst 3.2)	63,0%	Vraag 8	65,9%
8 (vragenlijst 3.3)	63,0%	Vraag 10	63,6%
		Vraag 12	62,8%
9 (vragenlijst 3.4)	78,3%	Vraag 13	69,8%
		Vraag 14	67,4%
		Vraag 15	44,2%
10 (vragenlijst 4.1)	85,1%		
11 (vragenlijst 4.2)	57,4%	Vraag 16	74,4%
		Vraag 17	80,5%
		Vraag 18	64,3%
12 (vragenlijst 5.1)	97,8%		
13 (vragenlijst 5.2)	89,4%		
14 (vragenlijst 5.3)	95,7%		
15 (vragenlijst 6.1)	85,1%		

Bij het lezen van deze tabel blijkt duidelijk dat een reeks voorstellen een consensus bereikte tijdens de eerste ronde. Het gaat om de volgende voorstellen:

- de **adviserende arts** de mogelijkheid geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen (V. 1, vragenlijst 1.1.);
- de **huisarts** de mogelijkheid geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen (V.2, vragenlijst 1.2);
- op de website van de FOD zou een deel moeten worden voorzien met praktische informatie over de rol van de bedrijfsarts en de organisatie van de preventie en bescherming op het werk ter intentie van de artsen die niet gespecialiseerd zijn in de arbeidsgeneeskunde (V.10, vragenlijst 4.1);
- de vertegenwoordigers van de huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen werken gemeenschappelijke aanbevelingen uit op het vlak van beleid ten aanzien van patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn en het bepalen van re-integratietrajecten (V.12, vragenlijst 5.1);
- interprofessionele samenwerking opnemen in de transversale competenties die onderwezen worden vanaf de basisopleiding geneeskunde (V.13, vragenlijst 5.2.);

- de interprofessionele samenwerking ondersteunen via de permanente vorming van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (V.14, vragenlijst 5.3.);
- de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen zal bijdragen tot het verbeteren van de interprofessionele samenwerking (V.15, vragenlijst 6.1.).

Blijkt dat tijdens de 2e Delphi-ronde een consensus werd bereikt over slechts twee bijkomende voorstellen:

- de huisarts of de verzekeringsarts zou een consult bij de bedrijfsarts moeten kunnen aanvragen wanneer het nuttig of nodig kan zijn voor de professionele re-integratie, en dit ongeacht de duur van de arbeidsongeschiktheid (V.1).
- het RIZIV zou op zijn website de contactgegevens van verzekeringsartsen van alle mutualiteiten moeten vermelden (V.17).

3.3 Kwalitatieve analyse

Aangezien de kwalitatieve analyse van de meningsverschillen de basis vormt van de herformulering van de voorstellen van de tweede ronde en van de aanbevelingen geformuleerd in punt 4, verwijzen wij de lezer die geïnteresseerd is in de details van deze analyse naar Hoofdstuk 5 van het eindverslag.

4 Aanbevelingen

4.1 De overeenstemmingszones voor een betere interprofessionele samenwerking

We hernemen hierna de voorstellen waarvoor een consensus werd bereikt tijdens de 1e Delphi-ronde. Voor elk voorstel vatten we de opmerkingen samen die werden geformuleerd door de groepen van experts die instemden met het voorstel.

We herhalen dat de voor deze studie gebruikte consensusdrempel (80% en meer) afgestemd is op de geldende standaard voor onderzoek in de sector van de gezondheidszorg. Maar volgens ons moet er ook aandacht worden geschonken aan de voorstellen die 75 tot 80% gunstige beoordelingen kregen van de experts, omdat dit zeer dicht aanleunt bij de consensus.

4.1.1 Eerste voorstel

De adviserende arts en de huisarts de mogelijkheid geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen.

Een groot deel van de opmerkingen gaat over de concrete tenuitvoerlegging van het voorstel. Onder de verschillende aangehaalde punten treffen we de volgende elementen aan (in aflopende volgorde): de termijn, de mogelijkheid om de zaken te vereenvoudigen door deze mogelijkheid officieel te maken via het CPBW, de vereiste voorbereiding van het bezoek die impliceert dat de aanvragende arts de vragen verduidelijkt waarop hij een antwoord wenst, het begrip van eventuele verplichting en dus het akkoord dat al dan niet moet worden gevraagd van de patiënt in het kader van een dergelijke aanvraag.

Tijdens de 2e ronde kon verduidelijkt worden dat alle professionele gezondheidszorgverstrekkers gunstig staan tegenover deze mogelijkheid als de vraag nuttig is voor de professionele re-integratie

van de werknemer. Ze willen dus niet dat er sprake is van een minimale duur van arbeidsongeschiktheid van de werknemer.

In deze context moet benadrukt worden dat de FOD Werkgelegenheid van plan is om een wijziging door te voeren aan de procedure die momenteel geldt voor een bezoek van de werknemer aan de bedrijfsarts tijdens de stopzetting van het werk (het zogenaamde bezoek voorafgaand aan de hervatting), om de werknemer de kans te bieden om rechtstreeks in contact te treden met de arbeidsgeneeskundige dienst zonder eerst via de werkgever te moeten gaan.

4.1.2 Tweede voorstel

Op de website van de FOD zou een gedeelte moeten worden voorzien met praktische informatie over de rol van de bedrijfsarts en de organisatie van de preventie en bescherming op het werk ter intentie van de artsen die niet gespecialiseerd zijn in de arbeidsgeneeskunde.

De opmerkingen geformuleerd door de experts die gunstig staan tegenover dit voorstel, kunnen ingedeeld worden in twee groepen. Enerzijds de elementen die betrekking hebben op de tenuitvoerlegging (procedure):

- gebruik van bestaande ondersteuning: DMG, eHealth, website van de Orde van Geneesheren, Domus Medica, site Beswic;
- oprichting van een infopunt;
- gewenste eigenschappen van de ondersteuning: toegankelijkheid, snelheid, didactische karakter.

Anderzijds aandachtspunten om mogelijke ontsporingen te vermijden: de voorgestelde informatie mag absoluut niet commercieel zijn (promotie van bepaalde diensten); men moet voorrang verlenen aan de face-to-face relatie om informatie uit te wisselen tussen professionals, en de raadpleging van de site mag niet verplicht worden gesteld.

We wijzen erop dat de door de experts vermelde sites niet werden ontwikkeld om de informatie te verstrekken die werd beoogd bij ons werk. Voorafgaande wijzigingen van deze sites zouden noodzakelijk zijn, hetzij om de bedrijfsartsen te identificeren (bv. op de site van de Orde van Geneesheren), hetzij om de te raadplegen pagina's - als ze bestaan - nauwkeurig aan te geven met hyperlinks (bv. op de site www.beswic.be die momenteel heel onoverzichtelijk is).

4.1.3 Derde voorstel

De vertegenwoordigers van de huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen werken gemeenschappelijke aanbevelingen uit op het vlak van beleid ten aanzien van patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn en het bepalen van re-integratietrajecten.

De geformuleerde opmerkingen kunnen ondergebracht worden in drie categorieën: het hoe, de inhoud van de aanbevelingen en de waakzaamheid die men moet hebben. Het is interessant vast te stellen dat de inhoudelijke opmerkingen betrekking hebben op andere domeinen dan arbeidsongeschiktheid of repetitieve ITT: inentingen, ongevallen met blootstelling aan bloed, bescherming van het moederschap, vroegtijdige opsporing, situaties van pesterijen, arbeidsvoorwaarden (blootstelling aan pollutie), ...

4.1.4 Vierde voorstel

Interprofessionele samenwerking opnemen in de transversale competenties die onderwezen worden vanaf de basisopleiding geneeskunde.

Er zijn drie categorieën aangehaald bij de interpretatieve analyse van de geformuleerde opmerkingen: de pedagogie, de inhoud en de cursus. Op het vlak van de inhoud werden de volgende elementen vermeld door de experts: sociaal recht, RIZIV-wetgeving, wets- en sociale geneeskunde, beroepsziekte en arbeidsongevallen.

We moeten echter toegeven dat stof die niet rechtstreeks verband houdt met het ziekenhuis traditioneel maar op weinig bijval kan rekenen bij de studenten tijdens hun studies geneeskunde. Bovendien ondervinden de geneeskundefaculteiten nu al moeilijkheden om het volume te regulariseren van de stof en de kennis die noodzakelijk worden geacht voor de initiële opleiding. Om deze aanbeveling toe te passen, zal ze dus duidelijk opgenomen moeten worden in de door de toekomstige arts te verwerven competenties (de 'key learning outcomes'). De pedagogische benadering om die aan te leren, zal innovatief moeten zijn en moeten leiden tot een actieve medewerking van de studenten.

4.1.5 Vijfde voorstel

De interprofessionele samenwerking ondersteunen via de permanente vorming van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

De verschillende opmerkingen kunnen onderverdeeld worden in twee groepen: enerzijds de pedagogie (de nationale dagen van de verschillende verenigingen integreren en gezamenlijke congressen, interactieve workshops en vergaderingen op provinciaal niveau organiseren) en anderzijds de waakzaamheid die vereist is ten aanzien van de aard van de stimulansen om deel te nemen, of het accreditatiesysteem van de RA.

4.1.6 Zesde voorstel

De ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen zal bijdragen tot het verbeteren van de interprofessionele samenwerking.

Er is wel een akkoord omtrent het principe van deze elektronische gegevensuitwisseling, maar het akkoord omtrent de praktische tenuitvoerlegging moet genuanceerd worden. De meest voorkomende opmerkingen (V.15) gaan over de patiënt (zijn akkoord, zijn betrokkenheid) en de uitvoering (centrale gegevensbank, modulaire communicatie, beveiligd platform, gezamenlijke server, geïntegreerd in DMI, ...).

De elektronische communicatie komt echter ook aan bod in verschillende vragen van de 2e Delphi-ronde, waarvoor geen toereikende consensus werd bereikt (V.7, 9, 11, 16). De verzamelde opmerkingen en de voorstellen voor de praktische tenuitvoerlegging zijn maar weinig onderbouwd en wijzen niet op de moeilijkheden waarmee degenen die de verantwoordelijkheid hebben om de communicatienetwerken operationeel te maken, al jarenlang worden geconfronteerd op het terrein. De relatief trage uitvoering van de componenten van eHealth of het 'Réseau Santé Wallon' getuigt van de technische of organisatorische obstakels waarmee men geconfronteerd wordt bij de invoering van een dergelijke dienst.

Het is moeilijk om uit deze studie op te maken of de geraadpleegde experts blijk hebben gegeven van een ietwat utopische visie op elektronische communicatie, die beschouwd wordt als de sleutel tot efficiënte communicatie, of dat ze hun opmerkingen ingekort hebben wegens tijdsgebrek, of dat het gebrek aan definitie van de praktische tenuitvoerlegging een technische limiet is van de Delphi-methode, die te weinig ruimte laat (of te weinig verlangen wekt) om gedetailleerde opmerkingen te geven.

4.2 De schemerzones voor een betere interprofessionele samenwerking

Verband met de vaststellingen van de 1e fase van de studie

In tegenstelling tot wat we schreven in 2011, namelijk *"Ook overheerst de indruk dat het referentiekader waarop de deelnemers aan dit onderzoek zich gestoeld hebben, vooral gebaseerd is op het concept van informatie-uitwisseling, meer dan op een reële interprofessionele samenwerking"*, beogen de voorstellen die een consensus bereikten een betere onderlinge kennis van de personen en de praktijken dankzij vorming (initiële en continue vorming), de uitwerking van gemeenschappelijke professionele aanbevelingen of algemene informatie op de site van de FOD Volksgezondheid. Het moet echter benadrukt worden dat het gaat om akkoorden waarbij partijen betrokken zijn die niet dagelijks tussenbeide komen in het werk met de patiënten/werknemers, zoals universiteiten en organismen voor permanente vorming. In dat opzicht valt te vrezen dat deze akkoorden deels verklaringen van goede bedoelingen zijn.

Op communicatievlak stellen we vast dat er een bevestiging is van bepaalde beperkingen die geformuleerd werden tijdens de besprekingen die plaatsvonden tussen praktiserende artsen verenigd in nominale groepen in het kader van de 1e fase van de Partnership-studie. Zo geldt het volgende: *"In de verzamelde voorstellen... zijn degenen die informatie zouden willen ontvangen talrijker dan degenen die er zouden mee instemmen om informatie te geven"*. Dit niet-evenwicht in de informatie-uitwisseling tussen beroepsgroepen is uitgesproken in de resultaten van de Delphi-enquête: verschillende concrete voorstellen bereikten geen toereikende consensus omdat ze niet konden rekenen op de goedkeuring van de groep van professionals die aan de andere twee groepen de informatie kan verstrekken die beschreven wordt in het voorstel.

Tot slot schreven we in 2011 over de uitwisseling van de beslissing tussen de HA en de RA: *"De uitwisseling van de beslissing over de arbeidsongeschiktheidsverklaring of de hervatting van het werk zou systematisch gemotiveerd moeten kunnen worden en een vlot recht van antwoord mogelijk moeten maken"*. We stellen vast dat er op dit vlak geen enkele aanzienlijke vooruitgang werd geboekt, ondanks een zeer grote vraag in die zin van de huisartsen.

Het gezamenlijke doel van de potentiële samenwerking

Tijdens de 1e fase van de studie had het onderzoeksteam het feit benadrukt dat *"de patiënten redelijk afwezig waren tijdens de besprekingen"*. De aard zelf van de Delphi-enquête biedt niet de mogelijkheid om na te gaan of de bekommernis om de toekomst van de patiënt/werknemer al dan niet een invloed heeft gehad op de mening van de verschillende ondervraagde professionele gezondheidszorgverstrekkers. Maar beschouwingen geformuleerd door bepaalde experts die het project vanaf de eerste fase begeleidde, suggereren toch dat dit misschien een essentieel aspect is dat de basis vormt van een effectieve samenwerking tussen de drie betrokken categorieën van

professionals. Deze experts hebben immers vermeld dat het - voordat er sprake is van samenwerking - noodzakelijk is dat dit slaat op een gezamenlijk doel van de drie beroepsgroepen. Het in het lastenboek van dit onderzoek gedefinieerde gezamenlijke doel was uitdrukkelijk een *langdurig wegens ziekte afwezige werknemer*³. Maar het is niet zo dat dit doel vandaag in de ogen van de meeste artsen in elke groep beschouwd kan worden als een echt gemeenschappelijk doel.

Als we de HA beschouwen, vormen de langdurig arbeidsongeschikte patiënten zeker een deel van hun werkbelasting, en deze patiënten kunnen – ten onrechte of terecht – veel administratieve procedures vereisen die zowel de patiënt als de HA misschien maar moeilijk kunnen beheeren omdat ze de geheimen van de administratie niet kennen. De gesprekspartner van de HA is in deze gevallen vaak de RA, en meer zelden de BA.

In de vertegenwoordiging van de HA zijn de *werknemers* waarschijnlijk in de eerste plaats *patiënten*. Het onderzoek Partnership I heeft gewezen op een verlangen van de HA om te communiceren met de BA, maar ook op een grote miskennis van hun rol, waardoor de samenwerkingsopportunities even sterk afnemen.

De *patiënten* van de HA zijn ook *sociaal verzekerd*. In dat opzicht zijn de interacties met de raadgevende arts (RA) a priori talrijker dan met de BA, zowel voor het beheer van de arbeidsongeschiktheden als voor het beheer van tal van verzorgingsaspecten (voorwaardelijke terugbetaling van geneesmiddelen of technische prestaties). Vanuit dit standpunt hebben de twee groepen wel degelijk een gemeenschappelijk doel gedefinieerd in termen van *patiënten*. Deze vele interacties RA-HA kunnen een onrechtstreekse invloed hebben gehad op het doel van de Partnership-studie: de perceptie door de HA van de controleprocedures ten uitvoer gelegd door de RA als nutteloze administratieve plagerijen of ongerechtvaardigde beperkingen van hun therapeutische vrijheid, doet afbreuk aan het imago van de RA. Dit maakt het begrip van een positieve samenwerking met de RA voor het beheer van langdurige arbeidsongeschiktheden dus de facto moeilijker.

Voor de BA wordt het voorwerp van bekommernis in de eerste plaats gedefinieerd als *een werknemer*, en deze laatste is meestal een volwassene die in goede gezondheid lijkt te verkeren, wat coherent is met de voornamelijk preventieve aard van de opdrachten van de BA. Zoals benadrukt wordt in het verslag van een recente studie rond de terugkeer naar het werk⁴, is de BA niet altijd op de hoogte van de afwezigheid wegens ziekte van de werknemer, of ontdekt hij dit te laat om de re-integratie op het werk te kunnen voorbereiden. De afwezigheid van een systematisch proces waarbij de BA wordt betrokken in geval van langdurige afwezigheid, vormt een objectief obstakel voor de ontwikkeling van een vroegtijdige samenwerking met de HA en de RA om de terugkeer naar het werk te bevorderen. Bovendien blijft de prioritaire klant van de BA het bedrijf en de werkgever. In een context van handelsconcurrentie tussen arbeidsgeneeskundige diensten en afnemende aantallen BA zien de BA zich genoodzaakt om hun arbeidstijd toe te spitsen op de geschiktheidsevaluaties van gezonde werknemers, ten nadele van acties voor de re-integratie van werknemers die ernstige gezondheidsproblemen hebben. Dit latente conflict tussen twee aspecten van hun reglementaire

³ Langdurige (al dan niet beroepsgebonden) ziekten identificeren waarvoor een samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en adviserende artsen relevant kan zijn om de terugkeer naar het werk van de patiënten te bevorderen (uittreksel uit het lastenboek van de FOD Werkgelegenheid)

⁴ Hervatting van het werk na langdurige afwezigheid (project HUT/P/MS-BB/PSY15/2), FOD Werkgelegenheid, maart 2012

opdrachten wordt aangehaald in de commentaar van verschillende BA als antwoord op de voorstellen van de Delphi-enquête.

Tot slot is voor de RA de *wegens ziekte langdurig afwezige werknemer* duidelijk een reële bekommernis voor een zeker aantal onder hen. Uit de inhoud van de gesprekken tussen RA in het kader van de 1e fase van de studie, is bovendien het verband gebleken dat ze leggen met omstandigheden eigen aan de werksituatie van de patiënt, meer bepaald in gevallen van psychische decompensatie. In de antwoorden van de RA op de Delphi-enquête werden verwachtingen op het vlak van effectieve samenwerking geformuleerd. We moeten echter opmerken dat de RA moeilijkheden ervaren die vergelijkbaar zijn met die van de BA: onvoldoende groot aantal artsen in vergelijking met de toegewezen taken, grote werkbelasting en aanzienlijke administratieve druk. Deze concrete realiteit van hun praktijk heeft waarschijnlijk een invloed gehad op het voorbehoud dat sommige RA formuleerden met betrekking tot de voorgelegde voorstellen. Tot slot moet benadrukt worden dat de uitbreiding van de taken van de RA ten voordele van de re-integratie op het werk⁵ relatief recent is en nog niet volledig geïntegreerd is in de praktijk van alle RA.

Deze contextelementen vormen waarschijnlijk een minstens gedeeltelijke verklaring van de eerder teleurstellende resultaten op het vlak van bereikte consensus na de twee rondes van de Delphi-enquête.

Welke rol toevertrouwen aan de patiënt?

Een tweede schemerzone heeft betrekking op de rol die de patiënt zelf zou moeten spelen. Verschillende professionals lijken zich 'te verschuilen' achter de patiënt, die geacht wordt de communicatie tussen de professionals te verzekeren. 'De patiënt willen responsabiliseren' kan een uitstekend principe zijn op gezondheidsvlak. Dit principe heeft ontegensprekelijk waarde op het vlak van preventie en aanpassing van de gezondheidsgedragingen, maar het lijkt op zijn minst aanvechtbaar om de toepassing ervan voor te stellen op het vlak van de uitwisseling van informatie tussen professionele gezondheidszorgverstrekkers. Dit is vooral aanvechtbaar op het vlak van de praktische efficiëntie. De huidige inefficiëntie van deze communicatiewijze – waarvan nochtans alle actoren aanwezig zijn – is evident en heeft ons ertoe aangezet een vermijdingsproces te beschrijven in de analyse van verschillende vragen (V.2, 3, 5, 10 en 13). Er is duidelijk weerstand tegen de verandering, gekoppeld aan de beschikbare tijd, de administratieve verplichtingen, het onbegrip, het gebrek aan onderling vertrouwen enz. (bv.: de BA die denken dat de HA de informatie die ze zouden moeten overmaken mogelijk niet zouden begrijpen).

Bij een actie met het oog op re-integratie op het werk is het natuurlijk essentieel dat de patiënt-werknemer de drijfkracht is achter het proces en ook echt achter het proces staat. Dit impliceert dat hij op de hoogte wordt gehouden van de informatie-uitwisseling tussen de verschillende artsen, maar het lijkt onredelijk en onrealistisch om de kern van de interprofessionele communicatie op hem te laten rusten.

De 'graal' van de elektronische communicatie

Zoals benadrukt werd in punt 4.1.6 hebben veel experts hoge verwachtingen van de ontwikkeling van de elektronische communicatie. Zowel op het niveau van het RIZIV als van de FOD Volksgezondheid

⁵ Art. 153 § 2 van de gecoördineerde wetten: "... De adviserend geneesheren hebben eveneens tot taak toe te zien op de socio-professionele re-integratie van de gerechtigden in arbeidsongeschiktheid."

en de FOD Werkgelegenheid bestuderen de autoriteiten momenteel de mogelijkheid om een 'Chatbox' te lanceren die elektronische uitwisselingen tussen professionele zorgverstrekkers in de gezondheidssector mogelijk zou maken.

Gezien de complexiteit van de materie denken we echter dat de elektronische communicatieprocedures zorgvuldig zullen moeten worden onderzocht. Het ideale zou zijn dat vertegenwoordigers van de beroepen en de betrokken administraties zich kunnen aansluiten bij de bestaande werkgroepen, bijvoorbeeld binnen e-Health.

Bovendien lijkt het ons opportuun eraan te herinneren dat de communicatie tussen professionele gezondheidszorgverstrekkers, en heel speciaal tussen huisartsen en bedrijfsartsen, niet enkel afhangt van de gebruikte ondersteuning, maar ook kadert in een institutionele context die naargelang het geval de mogelijkheid om te communiceren kan bevorderen of afremmen. Voor een huisarts van wie de patiënt in een klein bedrijf werkt, kan het bijvoorbeeld een heus hindernissenparcours zijn om de verantwoordelijke arbeidsgeneeskundige gesprekspartner te vinden of zelfs om de externe dienst voor arbeidsgeneeskunde te vinden die deze arts tewerkstelt.

De kennis van de arbeidsvoorwaarden

Na afloop van deze studie is het moeilijk te aanvaarden dat er niets ondernomen kan worden om de informatieverstrekking aan de HA en de RA over tot de arbeidsomstandigheden van de patiënt en de beroepsrisico's waaraan hij blootgesteld wordt, op gestructureerde wijze te verbeteren. We herhalen het belang van de professionele anamnese in de algemene geneeskunde, maar ook voor de RA. Iedereen – en vooral de patiënten/werknemers – zullen hier baat bij hebben. Ondanks de wensen en verwachtingen die deze twee groepen formuleerden, werd geen enkel concreet voorstel van de 1e fase van de studie gevalideerd in het kader van de Delphi-enquête. Uit de bespreking van deze resultaten met specialisten inzake arbeidsgeneeskunde blijkt dat de complexiteit van de beroepsgebonden blootstelling heel groot kan zijn, vooral op het vlak van chemische agentia, maar ook heel variabel kan zijn in de loop der tijd omwille van de polyvalentie van de functies binnen de bedrijven. Aangezien deze complexiteit en deze veranderlijkheid al moeilijk te vatten zijn voor artsen die opgeleid zijn in dit domein, is het - in de ogen van deze specialisten - niet verrassend dat de in het kader van de Delphi-enquête geraadpleegde bedrijfsartsen voorbehoud formuleerden met betrekking tot de mogelijkheid om nuttige en verstaanbare gegevens over te maken aan niet-opgeleide confraters, of het nu gaat om HA of RA.

Het onderzoeksteam meent echter dat het de taak is van de beroepsgroep die de informatie bezit om de inspanning te leveren om deze informatie in verstaanbare vorm over te maken aan de twee andere beroepsgroepen die de nood hieraan duidelijk hebben geformuleerd. Om vooruitgang te boeken op dit vlak, zal men dus met de experts uit de arbeidsgeneeskundige sector de reële aard moeten onderzoeken van de aangehaalde bezwaren, en meer bepaald een onderscheid maken tussen wat verband houdt met het intrinsieke belang van de over te maken informatie (relevantie, standaardisering, leesbaarheid, ...) en wat verband houdt met het domein van de haalbaarheid (werklast, beschikbare tijd). Vervolgens zouden gemengde werkgroepen (HA + RA + BA) samengesteld moeten worden om de behoeften en de mee te delen inhoud te verduidelijken. Daarna zou een studiefase kunnen volgen om bijvoorbeeld de indeling en de ideale structuur te bepalen van de "beknopte beschrijving (1 A4-blad) van de activiteit die de patiënt uitoefent binnen het bedrijf".

Identificatie van de bedrijfsartsen en de raadgevende artsen

Het moment is waarschijnlijk aangebroken om het idee van een verschillende inschrijving van BA en RA bij het RIZIV door te drukken; het feit dat hun activiteit zich afspeelt buiten de financiële werking van de sociale zekerheid mag geen dekmantel meer zijn! We merken immers op dat net zoals alle andere artsen die actief zijn in de curatieve sector, deze twee groepen van artsen van de FOD Volksgezondheid hun erkenning krijgen als geneesheer-specialist. Op korte termijn denken wij echter dat het al mogelijk zou zijn om in die zin te werken met een specifieke verwijzing naar de RA en de BA op de website van de Orde van Geneesheren.

5 In perspectief plaatsing en conclusies

Voor de gewenste ontwikkeling van de interprofessionele samenwerking zou het nuttig zijn een interpretatie voor te stellen van de terughoudendheid ten opzichte van meer interprofessionele samenwerking die blijkt uit de kwalitatieve analyse van de opmerkingen die werden verzameld tijdens de Delphi-procedure.

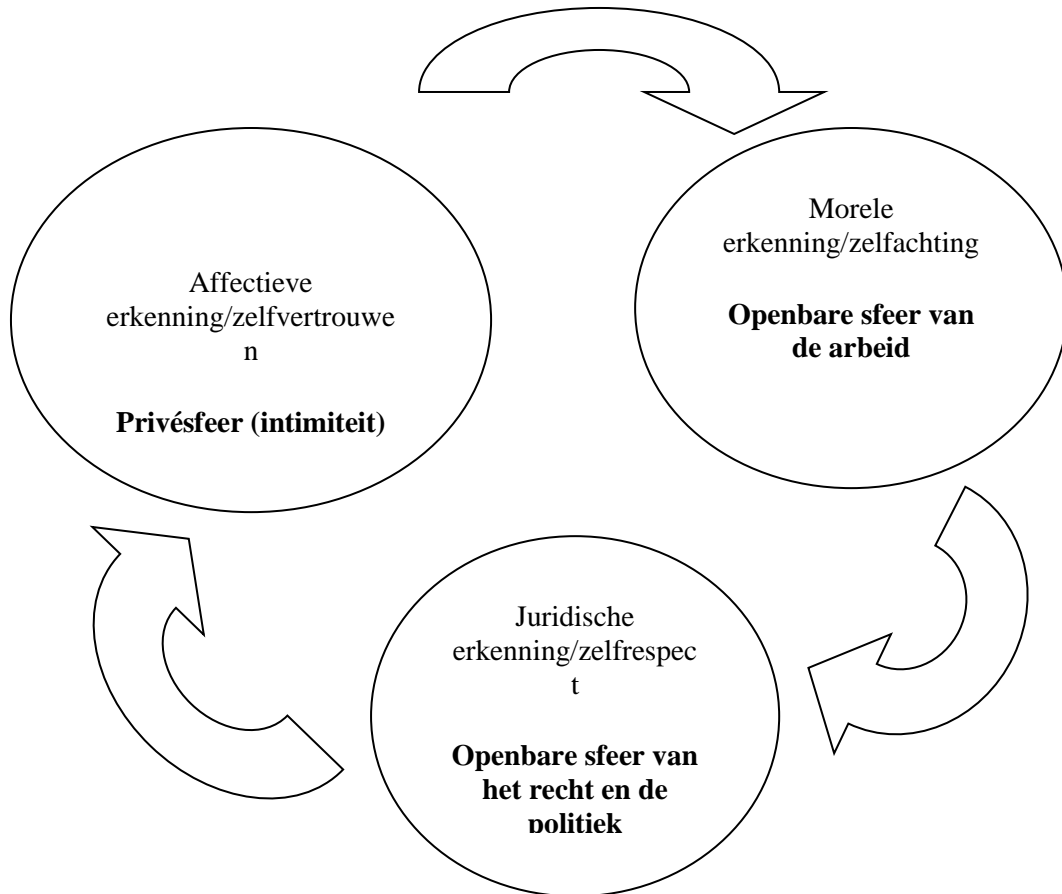
Hierna worden twee standpunten voorgesteld, dat van de sociologie van de professionele identiteiten en de kritieke theorie enerzijds, en dat van de theorieën van de samenwerking in het kader van hun toepassing op het vlak van de volksgezondheid anderzijds.

5.1 Professionele identiteit en erkenning

Volgens geschriften van sociologen en psychosociologen (Sainsaulieu 1985, Berger en Luckmann 1986, Barbier 1996, Dubar 2000, Dejours 2007) wordt de professionele identiteit gekenmerkt door een reeks elementen die gestalte krijgen, binnen de arbeidswereld, via bepaalde woordenschat en procedures ontwikkeld met verwijzing naar een specifiek activiteitendomein.

Bovendien draagt het inzicht in het identiteitsproces in brede zin bij aan de zelferkenning via anderen. Zoals werd aangetoond in de werken van de Duitse filosoof Axel Honneth (2002, 2006) kan men spreken van een strijd voor erkenning. Volgens deze theorie zijn al onze relaties met anderen doordrongen van verwachtingen op het vlak van erkenning. Het positieve beeld dat we kunnen hebben van onszelf, hangt immers af van de blik, van de oordelen en van de gedragingen van anderen ten opzichte van ons, en daarom blijven we altijd wachten op erkenning bij sociale interacties. Honneth brengt drie vormen van erkenning (affectieve, morele en juridische erkenning) in verband met drie vormen van positieve relatie met zichzelf (vertrouwen, achting en respect), die op hun beurt behoren tot drie verschillende sociale domeinen (privédomein van het intieme, openbaar domein van de arbeid en openbaar domein van het recht en de politiek). Het volgende schema geeft u een globaal overzicht van deze theorie.

Twee erkenningswijzen lijken ons heel verhelderend in de context van de Partnership-studie: de morele erkenning en de juridische erkenning.



Figuur 2: Theorie van de erkenning (Honneth 2002)

De morele erkenning heeft betrekking op de openbare domein van de arbeid, de bijdrage van onze individuele activiteiten ten voordele van de maatschappij. Wat hier beoogd wordt, is 'zelfrespect', opgevat als de overtuiging van de sociale functie van onze activiteit.

De juridische erkenning heeft betrekking op het openbare domein van het recht en de politiek. Dit hangt samen met de rechten die ons worden toegekend.

Hoe komen deze morele en juridische erkenning tot uiting in het discours van de artsen uit de drie beroepsgroepen? Er kunnen vier aspecten geïdentificeerd worden:

- *Morele erkenning:*
- Opsplitsing. De praktijken eigen aan een professionele gezondheidszorgverstreker zijn zeer specifiek; een huisarts vindt het bijvoorbeeld een uitstekend idee om gezamenlijke aanbevelingen uit te werken op het vlak van de behandeling van langdurig arbeidsongeschikte patiënten (V.12 van de 1e Delphi-ronde). Als commentaar stelt hij elementen voor waaraan samen kan worden gewerkt: "*Welke acties ondernemen bij de ontdekking van pollutie, slechte arbeidsomstandigheden die structureel worden georganiseerd door de werkgever...? Welke acties ondernemen in geval van pesterijen op het werk...?*";

- Ontkenning. De andere heeft niet de capaciteiten om mijn taal en de ingevoerde procedures te begrijpen; een bedrijfsarts geeft bijvoorbeeld opmerkingen over de samenvatting van de beroepsgebonden blootstellingen: "*... maar vraag is wat huisarts daarmee zal doen. Hij heeft geen kennis van beroepsrisico's, noch beroepsaandoeningen. Het zou hem misschien wel kunnen triggeren. Deze gegevens lijken eerder interessant voor epidemiologisch onderzoek en technische verzekeringsdossiers*".
 - *Juridische erkenning:*
- Afwezigheid. Bepaalde activiteiten worden beschouwd geen deel uit te maken van het toepassingsgebied van de professionele gezondheidszorgverstreker; een bedrijfsarts geeft bijvoorbeeld opmerkingen over het nut van de overmaking van het gezondheidsbeoordelingsformulier aan de huisarts van de werknemer: "*Dat kan utopisch lijken, maar het is aan de bedrijfsarts om de werknemer correct te informeren over zijn rechten ten aanzien van het advies en/of de beslissing van de bedrijfsarts als zijn professionele toekomst in het gedrang riskeert te komen*";
- Onzichtbaarheid. Er wordt geen rekening gehouden met het specifieke karakter van de professionele gezondheidszorgverstreker; een bedrijfsarts geeft bijvoorbeeld de volgende commentaar: "*Ik wijs erop dat de orde van geneesheren geen rekening houdt met specialisatie in de arbeidsgeneeskunde!*".

5.2 De samenwerkingstheorieën

Onderzoekers gespecialiseerd in de analyse van de gezondheidssystemen hebben onlangs een nieuw model voorgesteld voor de analyse van de samenwerkingsprocessen op het vlak van de volksgezondheid (de Rijk et al. 2007): het RDIC-model (Resource Dependence Institutional Cooperation).

Dit model lijkt bijzonder relevant om de in het kader van deze studie gedane vaststellingen in perspectief te plaatsen. Onder de factoren die de uitbouw van samenwerkingsprocessen al dan niet bevorderen, wordt op een eerste niveau een onderscheid gemaakt tussen de capaciteit om samen te werken en de bereidwilligheid om samen te werken.

De capaciteit om samen te werken hangt onder meer af van de beschikbare middelen (tijd, human resources, toegang tot communicatiekanalen, ...), maar ook van de regels opgesteld door de overheidsinstanties. Deze factoren kwamen duidelijk naar voren in onze resultaten: denk maar aan de beschikbare tijd voor de BA en de RA, hun beperkte beschikbaarheid omwille van hun te beperkte aantal, de niet-beschikbaarheid van de contactgegevens van de andere professionele gezondheidszorgverstrekkers, de zeldzaamheid van de opgelegde regelgeving inzake onderlinge informatie-uitwisseling enz.

Volgens het RDIC-model wordt het verlangen om samen te werken potentieel beïnvloed door drie groepen van factoren: de regels opgesteld door de overheidsinstanties, de perceptie die men heeft van de gesprekspartner met wie men moet samenwerken, en tot slot het type van afhankelijkheidsrelatie tussen de actoren. Het is immers waar dat de drie in het kader van het project bestudeerde groepen van artsen hun specifieke beroep uitoefenen in hun eigen regelgevend kader dat hun professionele gedrag bepaalt; het is dus voor geen enkele groep gemakkelijk om de gevolgen

van de acties van de andere groepen te vatten en te begrijpen. Wat de percepties betreft, heeft fase I van de Partnership-studie duidelijk aangetoond dat de wederzijdse percepties van de competentie van de andere, het respect dat hij heeft voor uw werk, de luistervaardigheid die hij bereid is aan de dag te leggen, in de praktijk grote obstakels konden zijn voor een vrijwillige of spontane samenwerking. Het begrip van onderlinge afhankelijkheid is een derde factor die bepaalde bevindingen van de studie weerspiegelt. Zoals de auteurs van het model benadrukken: als de afhankelijkheidsrelatie macht van de ene over de andere impliceert, is het moeilijk om een positieve samenwerking tot stand te brengen; in het hier bestudeerde kader kenmerkt dit type van afhankelijkheid gedeeltelijk de relatie tussen HA en RA. De op het eerste gezicht meest gunstige relatie is die van een symbiotische afhankelijkheid, d.w.z. de situatie waarin twee actoren elkaar nodig hebben om hun taken uit te voeren. Deze situatie verwijst natuurlijk naar de kwestie van een gezamenlijk doel of een gemeenschappelijk doel dat de drie groepen van artsen delen (Cf. 4.2).

De instandhouding van de tewerkstellingsrelatie van de patiënt zou volgens ons in de toekomst dit gemeenschappelijke doel kunnen vertegenwoordigen dat nagestreefd zou worden door al deze artsen, HA, BA of RA, in het kader van zijn rol en zijn specifieke positionering.

5.3 De originaliteit van de gebruikte methodologische benadering

Tijdens de studies Partnership I en II werden twee technieken gebruikt die overeenstemmen met specifieke animatie- en sturingsbenaderingen: enerzijds een zogenaamde '*bottom-up*' benadering (gesprekken in nominale groepen, Partnership I), anderzijds een zogenaamde '*top-down*' benadering (Delphi-consensustechniek, Partnership II). Het loont de moeite om deze twee verschillende benaderingen te onderstrepen, omdat dit bijdraagt aan de originaliteit van het verrichte onderzoek: beleefde ervaringen (door gezondheidszorgverstrekkers die actief zijn op het terrein) kruisen met visies op afstand van experts die verschillende niveaus vertegenwoordigen van de organisatie van de gezondheidszorg en van de burgermaatschappij. Deze tweeledige benadering garandeert zo dat de in het eindverslag geformuleerde aanbevelingen niet alleen de weerspiegeling zijn van de sector van de professionele gezondheidszorgverstrekkers, maar ook rekening houden met de meningen van de verschillende (politieke, economische en sociale) institutionele gesprekspartners die op verschillende niveaus betrokken zijn bij de problematiek van de langdurige arbeidsongeschiktheid.

5.4 Mogelijk gevolg dat wordt gegeven aan de uitgevoerde studie

De hiervoor aangehaalde contextelementen tonen aan dat de gewenste evolutie naar een effectieve samenwerking tussen de drie medische beroepen jaren zou kunnen duren - of zelfs een generatie - als de overheidsinstanties geen daadkrachtige initiatieven nemen. De tijdens dit onderzoek geïdentificeerde moeilijkheden, onder andere met betrekking tot de morele en juridische erkenning van de professionele gezondheidszorgverstrekkers, verwijzen naar de verschillende domeinen waarin de interprofessionele samenwerking zich afspeelt.

Het openbare domein van de arbeid. Zo zouden in eerste instantie gemengde werkgroepen (administratie + artsen) opgericht moeten worden om realistische wijzigingen van de werkgewoonten van elke beroepsgroep te definiëren met het oog op een betere samenwerking. Onder realistische wijziging verstaan we wijzigingen die van toepassing zouden zijn in de gevallen

waarin de nood aan samenwerking het meest voor de hand ligt. De terugkeer naar het werk van langdurig afwezige medewerkers is daar een voorbeeld van, maar ook andere situaties verdienen zeker een gestructureerde benadering. In de onmiddellijke toekomst kan een beschrijving van de bestaande interprofessionele samenwerkingspraktijken op lokale niveaus een stimulerend begin zijn voor de concretisering van deze gemengde werkgroepen.

Het openbare domein van het recht en de politiek. Daarna zal het aangewezen zijn dat de overheidsinstanties de effectieve toepassing van de nieuwe werkpraktijken promoten via sensibilisatiecampagnes en door nieuwe richtlijnen, reglementen of wettelijke bepalingen in te voeren.

Tot slot hoopt het onderzoeksteam dat het bestaan zelf van dit rapport de personen en instellingen die stakeholders zijn in de interprofessionele samenwerking aanmaant en stimuleert om het aangevatte werk voort te zetten en veranderingen door te voeren.

6 Bibliografie

Bardecki, M. (1984). Participants' response to the Delphi method: An attitudinal perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 25(3) : 281-292.

Barbier, JM. (1996). *L'analyse des pratiques : questions conceptuelles*. In Blanchard-Laville, CL. et Fablet, D. (Éds). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan, pp. 27-49.

Berger, P. & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck.

Dubar, CL. (2000). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.

Dejours, CH. (2007). Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *L'Information psychiatrique*, 83 : 269-75.

de Rijk, A., van Raak, A., van der Made, J. (2007) A new theoretical model for cooperation in public health settings : the RDIC Model. *Qualitative Health Research* 17(8):1103-1116.

Green, B., Jones, M., Hughes, D. & Williams, A. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. *Health and social Care in the community*, 7 (3), 198-205.

Honneth, A. (2002). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Édition du Cerf.

Honneth, A. (2006). *La Société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique*. Paris : La Découverte.

Keeney, S., Hasson, F. & Mc Kenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 205-212.

Landeta, J. (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological forecasting & social change*, 73, 467-482.

Landeta, J. & Barrutia, J. (2011). People consultation to construct the future: a Delphi application. *International journal of forecasting*, 27, 134-151.

Langlands, RL, Jorn, AF, Kelly, CM & Kitchener, BA. (2008). First aid recommendations fo psychosis: using the Delphi method to gain consensus between Mental Health consumers, carers, and clinicians. *Schizophrenia bulletin*, vol.24 (3), 435-443.

Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

Bijlage 1 : vragenlijst voor de eerste ronde Delphi

Beste collega, mevrouw, mijnheer,

Onderstaande vragenlijst maakt deel uit van een studie die drie universitaire teams van de Universiteit de Liège en de KU Leuven uitvoeren voor de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale dialoog. Het gaat om een Delphi studie die de tweede fase vormt binnen een project met als doel heeft de interprofessionele samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen te verbeteren. Dit alles met het oog op een betere aanpak van werkgerelateerde gezondheidsproblemen.

In het eerste deel van het onderzoek (2010-2011) werd binnen iedere beroepsgroep in beide taalgemeenschappen informatie verzameld via de nominale groepstechniek. Het eindrapport beschreef een aantal voorstellen om de interprofessionele samenwerking te verbeteren (<http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=34512>).

De tweede fase van het onderzoek, waarvoor u wordt uitgenodigd, heeft drie doelstellingen :

- a) Bepalen welke voorstellen de meest ruime goedkeuring kunnen wegdragen van deskundigen terzake (medische beroepsgroepen, vakbond, werkgevers, ziekenfondsen, gebruikers en publieke overheid);
- b) Verder uitwerken van de voorstellen;
- c) Nadenken over de technische en juridische aspecten van de uitvoering.

Op de volgende schermen zullen een aantal voorstellen beschreven worden.

Bij elk voorstel vragen we u om uw bedenkingen te formuleren (uw keuze te verduidelijken, suggesties te geven omtrent het in praktijk brengen van het voorstel) en om uw oordeel te geven op een puntenschaal.

Het beantwoorden van de vragenlijst neemt niet meer dan een half uur in beslag.

Uw antwoorden zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. De gegevensverwerking gebeurt anoniem.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

1. Contact en overleg tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts bij een arbeidsongeschiktheid van lange duur

Wetende dat momenteel

a) alleen de patiënt/werknemer tijdens de arbeidsongeschiktheid een bezoek kan aanvragen bij de bedrijfsarts (met name 'het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting', aan te vragen via de werkgever en mogelijk van zodra de arbeidsonderbreking 28 dagen overschrijdt);

b) dit bezoek toelaat om de gezondheidstoestand te bespreken met de bedrijfsarts, waarbij samen de voorwaarden onderzocht worden die een terugkeer naar het werk faciliteren en vooral welke de mogelijkheden zijn tot aanpassing van de werkpost

1.1. Vindt u dat men ook de verzekeringsarts de mogelijkheid zou moeten geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing voor mij
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	------------------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

1.2. Vindt u dat men ook de huisarts de mogelijkheid zou moeten geven om tijdens de arbeidsongeschiktheid voor de werknemer een bezoek bij de bedrijfsarts aan te vragen?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

1.3. Vanaf welke duur van de arbeidsongeschiktheid zou de aanvraag door de verzekeringsarts of de huisarts mogelijk moeten zijn ?

4 weken	8 weken	12 weken	Ander (preciseer)	Niet van toepassing
---------	---------	----------	-------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

2. Motivering van de beslissingen van de verzekeringsarts

2.1. Vindt u dat de huisarts de mogelijkheid zou moeten hebben om een kopie van het verslag aan te vragen waarop de beslissing van de verzekeringsarts over de (on)geschiktheid gebaseerd is?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

2.2. Vindt u dat de patiënt zijn akkoord zou moeten geven voor het bezorgen van het verslag van de verzekeringsarts aan zijn huisarts?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

3. Verspreiding van informatie door de bedrijfsarts

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts het akkoord van de patiënt vereist.

En wetende dat :

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost ;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie wordt bezorgd aan de werkgever.

3.1. Vindt u dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts het akkoord van de patiënt vereist.

Wetende dat de wet de werkgever verplicht om de « naamlijsten van het gezondheidstoezicht » te bezorgen aan de bedrijfsarts en dat deze lijst voor elke functie of werkpost in de onderneming de beroepsrisico's beschrijft en de naam vermeldt van de werknemers die aan de risico's zijn blootgesteld.

3.2. Vindt u dat de bedrijfsarts het fragment uit de "naamlijst van het gezondheidstoezicht" dat betrekking heeft op zijn patiënt zou moeten doorgeven aan de huisarts?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts het akkoord van de patiënt vereist.

3.3. Vindt u dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving (maximum 1 A4 pagina) van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming aan de huisarts van de werknemer zou moeten bezorgen?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Heeft u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

3.4. Denkt u dat het wenselijk is om een gecentraliseerd overzicht op te stellen van de beroepsrisico's waaraan een werknemer gedurende zijn gehele loopbaan werd blootgesteld, op basis van de informatie die de bedrijfsarts verzamelde tijdens de periodieke gezondheidsbeoordelingen?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

4. Uitbreiding van de website van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale dialoog

4.1. Vindt u dat de website van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale dialoog een gedeelte zouden moeten voorzien met praktische informatie over de rol van de bedrijfsarts en de organisatie van de preventie en bescherming op het werk ter intentie van de artsen die niet gespecialiseerd zijn in de arbeidsgeneeskunde ?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

4.2. Vindt u dat de website van de FOD Waso een databank met contactgegevens van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zou moeten bevatten?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

5. Opleiding en vorming

5.1. Vindt u dat de wetenschappelijke en/of beroepsverenigingen van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gemeenschappelijke aanbevelingen zouden moeten uitwerken op het vlak van beleid ten aanzien van patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn en het bepalen van re-integratietrajecten ?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

5.2. Vindt u dat het goed zou zijn om interprofessionele samenwerking op te nemen in de transversale competenties die onderwezen worden vanaf de basisopleiding geneeskunde?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

5.3. Vindt u dat het goed zou zijn om interprofessionele samenwerking te ondersteunen via de permanente vorming van huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

6. Elektronische gegevensuitwisseling

6.1. Denkt u dat de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen zal bijdragen tot het verbeteren van de interprofessionele samenwerking?

Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Niet van toepassing
------------------	----------------	---------------------	-----------------------	---------------------

Commentaar

Hebt u suggesties of opmerkingen voor de uitvoering van deze maatregel ?

6.2. Kan u uitleggen hoe u zich de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling, vermeld in vraag 6.1., voorstelt ?

Commentaar

6.3. Welke obstakels ziet u voor de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen?

Commentaar

6.4. Welke beveiligingsmaatregelen zou u willen zien bij de ontwikkeling van de elektronische gegevensuitwisseling tussen de drie betrokken beroepsgroepen?

Commentaar

Bijlage 2 : vragenlijst voor de 2^{de} ronde Delphi

Vraag 1

Bij de eerste vraag van eerste Delphi ronde gaven 15 experts (32,6%) een ander voorstel met betrekking tot de minimale ongeschiktheidsduur vanaf dewelke een aanvraag door de verzekeringsarts of de huisarts mogelijk zou moeten zijn. De voorstellen die het meest voorkwamen waren: geen limiet, zo vroeg mogelijk.

Denkt u dat de huisarts of de verzekeringsarts het consult bij de bedrijfsarts moeten kunnen aanvragen wanneer het nuttig of nodig kan zijn voor de professionele re-integratie, en dit zonder enige tijdsbeperking? (Likert)

Vraag 2

Bij de vierde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 74,5% van de deelnemers dat de huisarts de mogelijkheid zou moeten hebben om een kopie van het verslag aan te vragen waarop de beslissing van de verzekeringsarts over de (on)geschiktheid gebaseerd is. Iets meer dan een vijfde van de deelnemers (21,3%) was niet akkoord met dit voorstel. Men denkt dat het contact informeel moet verlopen om werkoverlast te beperken en/of om de rol van de patiënt in de interactie tussen huisarts en verzekeringsarts te respecteren. Een ander bemerking is om het voorstel te beperken tot gevallen van re-integratie op het werk.

Wetende dat momenteel het ongeschiktheidsattest voor de verzekeringsarts alleen de mogelijkheid biedt aan de huisarts om een contact aan te vragen in geval van betwisting van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid.

Denkt u dat het nuttig zou zijn om deze mogelijkheid tot contactname door de verzekeringsarts uit te breiden? (Likert en commentaar)

Vraag 3

Bij de vierde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 74,5% van de deelnemers dat de huisarts de mogelijkheid zou moeten hebben om een kopie van het verslag aan te vragen waarop de beslissing van de verzekeringsarts over de (on)geschiktheid gebaseerd is. Iets meer dan een vijfde van de deelnemers (21,3%) was niet akkoord met dit voorstel. Men denkt dat het contact informeel moet verlopen om werkoverlast te beperken en/of om de rol van de patiënt in de interactie tussen huisarts en verzekeringsarts te respecteren. Een ander bemerking is om het voorstel te beperken tot gevallen van re-integratie op het werk.

Wetende dat momenteel het ongeschiktheidsattest voor de verzekeringsarts alleen de mogelijkheid biedt aan de huisarts om een contact aan te vragen in geval van betwisting van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid.

Hoe denkt u dat men dit voorstel kan realiseren? (commentaar)

Vraag 4

Bij de vijfde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 38,3% van de deelnemers niet dat de patiënt zijn akkoord moet geven voor het bezorgen van het verslag van de verzekeringsarts aan zijn huisarts. Meerdere deelnemers vinden dat dit akkoord automatisch of impliciet gegeven wordt bij het aanvragen van een globaal medisch dossier (GMD) bij de huisarts; in dit kader is er een vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt. Een andere visie is dat wanneer het de huisarts is die de ongeschiktheid voorschrijft het logisch is dat hij de verslagen ontvangt die hiermee te maken hebben. Daaruit volgt dat het niet nodig is om (telkens) het akkoord van de patiënt te vragen.

Anderen zijn van mening dat het bezorgen van het verslag kan zonder akkoord van de patiënt; de verzekeringsarts en de huisarts kunnen elkaar ook informeel contacteren, en dit vermindert ook de werklast.

Denkt u dat er indien er een globaal medisch dossier is bij de huisarts, het nodig is om systematisch het akkoord van de patiënt te vragen voor het bezorgen van het verslag van de verzekeringsarts aan zijn huisarts?

Vraag 5

Bij de zesde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 32% van de deelnemers, waaronder een meerderheid bedrijfsartsen, dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier niet zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer. Men vindt dit nutteloos, en de inhoud van het formulier is daar niet voor geschikt. Voor anderen zou dit informeel moeten gebeuren en zij geven daar de volgende redenen voor: een extra administratieve belasting, het is de verantwoordelijkheid van de patiënt, het is de patiënt die de informatie doorgeeft.

Wetende dat:

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie bezorgd wordt aan de werkgever.

Denkt u dat het bezorgen van het formulier gezondheidsbeoordeling, met de contactgegevens van de bedrijfsarts, de latere samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts zou faciliteren? (Likert schaal)

Vraag 6

Bij de zesde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 32% van de deelnemers, waaronder een meerderheid bedrijfsartsen, dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier niet zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer. Men vindt dit nutteloos, en de inhoud van het formulier is daar niet voor geschikt. Voor anderen zou dit informeel moeten gebeuren en zij geven

daar de volgende redenen voor: een extra administratieve belasting, het is de verantwoordelijkheid van de patiënt, het is de patiënt die de informatie doorgeeft.

Wetende dat:

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie bezorgd wordt aan de werkgever.

Denkt u dat het nuttig is dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier bezorgd aan de huisarts van de werknemer indien er een afwijkende geschiktheid is (geschiktheid mits beperkingen of ongeschiktheid)?

Vraag 7

Bij de zesde vraag van de eerste Delphi ronde vonden 32% van de deelnemers, waaronder een meerderheid bedrijfsartsen, dat de bedrijfsarts het gezondheidsbeoordelingsformulier niet zou moeten bezorgen aan de huisarts van de werknemer. Men vindt dit nutteloos, en de inhoud van het formulier is daar niet voor geschikt. Voor anderen zou dit informeel moeten gebeuren en zij geven daar de volgende redenen voor: een extra administratieve belasting, het is de verantwoordelijkheid van de patiënt, het is de patiënt die de informatie doorgeeft.

Wetende dat:

- a) bij iedere gezondheidsbeoordeling die door de wet voorzien is, de bedrijfsarts het formulier gezondheidsbeoordeling, waarvan de vorm vastgelegd werd door de wet, invult ;
- b) dat op dit formulier de arts zijn beslissing aanduidt : geschiktheid/ongeschiktheid van de werknemer, of geschikt mits bepaalde beperkingen, of aanvraag mutatie naar een andere werkpost;
- c) dat dit formulier geen medische informatie bevat, maar wel de contactgegevens van de bedrijfsarts en dat ze aan de werknemer bezorgd wordt bij de gezondheidsbeoordeling en dat een kopie bezorgd wordt aan de werkgever.

Hebt u suggesties voor het in de praktijk brengen van deze maatregel? (open vraag)

Vraag 8

Bij de zevende vraag van de eerste Delphi ronde waren 23,9% van de deelnemers niet akkoord dat de bedrijfsarts het fragment uit de « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » dat betrekking heeft op de patiënt zou moeten doorgeven aan de huisarts. Men vindt dit nutteloos; de huisarts zou de informatie op deze lijst niet begrijpen. Anderen gaan niet akkoord omwille van de procedure (het systematische en formeel karakter, de extra administratieve belasting).

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts (of de behandelende arts) het akkoord van de patiënt vereist.

Wetende dat volgens het huidig wettelijk kader elke onderneming beschikt over een « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » en dat deze lijst voor elke functie of werkpost in de onderneming de beroepsrisico's beschrijft en de naam vermeldt van de werknemers die aan de risico's zijn blootgesteld.

Denkt u dat het nuttig zou zijn voor de huisarts van de werknemer om van de bedrijfsarts het fragment uit de lijst van de gezondheidsrisico's te ontvangen dat kort de beroepsrisico's van de werkpost van de werknemer opsomt en uitlegt? (Likert)

Vraag 9

Bij de zevende vraag van de eerste Delphi ronde waren 23,9% van de deelnemers niet akkoord dat de bedrijfsarts het fragment uit de « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » dat betrekking heeft op de patiënt zou moeten doorgeven aan de huisarts. Men vindt dit nutteloos; de huisarts zou de informatie op deze lijst niet begrijpen. Anderen gaan niet akkoord omwille van de procedure (het systematische en formeel karakter, de extra administratieve belasting).

Wetende dat het huidig wettelijk kader voorziet dat elke informatieoverdracht van de bedrijfsarts naar de huisarts (of de behandelende arts) het akkoord van de patiënt vereist.

Wetende dat volgens het huidig wettelijk kader elke onderneming beschikt over een « overzichtslijst van de gezondheidsrisico's » en dat deze lijst voor elke functie of werkpost in de onderneming de beroepsrisico's beschrijft en de naam vermeldt van de werknemers die aan de risico's zijn blootgesteld.

Hebt u suggesties voor het in de praktijk brengen van de informatieoverdracht tussen bedrijfsarts en huisarts? (open vraag)

Vraag 10

Bij de achtste vraag van de eerste Delphi ronde gingen 32,6% van de deelnemers, en met name de bedrijfsartsen, niet akkoord dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming zou moeten bezorgen. De opmerkingen gingen voornamelijk over de procedure (het systematisch karakter, centrale rol van de patiënt, uitvoerbaarheid, werkbelasting, het formeel karakter, gebruik van bestaande systemen) en de inhoud.

Denkt u dat een beknopte beschrijving opgesteld door de bedrijfsarts (of door zijn medewerkers) van de door de werknemer uitgevoerde activiteit in de onderneming, nuttig zou zijn voor de huisarts van de werknemer?(Likert)

Vraag 11

Bij de achtste vraag van de eerste Delphi ronde gingen 32,6% van de deelnemers, en met name de bedrijfsartsen, niet akkoord dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming zou moeten bezorgen. De opmerkingen gingen

voornamelijk over de procedure (het systematisch karakter, centrale rol van de patiënt, uitvoerbaarheid, werkbelasting, het formeel karakter, gebruik van bestaande systemen) en de inhoud.

Hebt u suggesties voor het in de praktijk brengen van de informatieoverdracht tussen bedrijfsarts en huisarts? (open vraag)

Vraag 12

Bij de achtste vraag van de eerste Delphi ronde gingen 32,6% van de deelnemers, en met name de bedrijfsartsen, niet akkoord dat de bedrijfsarts een beknopte beschrijving van de door de patiënt uitgeoefende activiteit in de onderneming zou moeten bezorgen. De opmerkingen gingen voornamelijk over de procedure (het systematisch karakter, centrale rol van de patiënt, uitvoerbaarheid, werkbelasting, het formeel karakter, gebruik van bestaande systemen) en de inhoud.

Denkt u dat het wenselijk is een gezamenlijk initiatief met vertegenwoordigers van bedrijfsartsen en huisartsen op te starten om de inhoud van deze beknopte beschrijving te bepalen? (Likert)

Vraag 13

Over de negende vraag van de eerste Delphi ronde is er bijna consensus (78,3%). De deelnemers die niet akkoord gaan, wijzen op de volgende punten: de procedure is onmogelijk, het lijkt heel moeilijk om alle beroepsrisico's die de werknemer gelopen heeft tijdens zijn carrière te omvatten, het systematisch karakter en vraag naar pertinentie. Ten slotte benadrukken twee vertegenwoordigers van de overheid de centrale rol van de huisarts bij de centralisatie van dergelijke gegevens.

Denkt u dat het nuttig zou zijn voor de huisarts om te beschikken over een overzicht van de beroepsrisico's waaraan de werknemer gedurende zijn gehele loopbaan werd blootgesteld, opgesteld op basis van een compilatie van de opeenvolgende overzichtslijsten van de gezondheidsrisico's? (Likert)

Vraag 14

Over de negende vraag van de eerste Delphi ronde is er bijna consensus (78,3%). De deelnemers die niet akkoord gaan, wijzen op de volgende punten: de procedure is onmogelijk, het lijkt heel moeilijk om alle beroepsrisico's die de werknemer gelopen heeft tijdens zijn carrière te omvatten, het systematisch karakter en vraag naar pertinentie. Ten slotte benadrukken twee vertegenwoordigers van de overheid de centrale rol van de huisarts bij de centralisatie van dergelijke gegevens.

Denkt u dat een dergelijk overzicht van de beroepsrisico's waaraan de werknemer werd blootgesteld gecentraliseerd zou moeten worden bij een overheidsinstelling? (Likert)

Vraag 15

Over de negende vraag van de eerste Delphi ronde is er bijna consensus (78,3%). De deelnemers die niet akkoord gaan, wijzen op de volgende punten: de procedure is onmogelijk, het lijkt heel moeilijk om alle beroepsrisico's die de werknemer gelopen heeft tijdens zijn carrière te omvatten, het systematisch karakter en vraag naar pertinentie. Ten slotte benadrukken twee vertegenwoordigers van de overheid de centrale rol van de huisarts bij de centralisatie van dergelijke gegevens.

Denkt u dat een dergelijk overzicht van de beroepsrisico's waaraan de werknemer werd blootgesteld enkel opgesteld zou moeten worden voor een beperkt aantal beroepsrisico's, namelijk voor diegene waarvan geweten is dat ze mogelijk gezondheidsproblemen veroorzaken op lange termijn?

Vraag 16

Meer dan één derde van de deelnemers (38,3%) ging niet akkoord met de elfde vraag uit de eerste Delphi ronde. De redenen om niet akkoord te gaan hebben voornamelijk te maken met de procedure. Deelnemers wijzen ofwel op het bestaan van websites die al functioneel zijn (met name de website van de Orde van geneesheren – Ordomedic.be), ofwel benadrukken ze de moeilijkheden bij de uitwerking van dit voorstel (up to date houden van de gegevens, bescherming van de informatie, gebrekkige zichtbaarheid van de bedrijfsartsen). Samenvattend toont de analyse dat de FOD Waso eerder een coördinerende rol zou moeten vervullen, en vanaf de eigen website zou moeten doorverwijzen naar bestaande websites.

Denkt u dat het nuttig zou zijn dat de website van de FOD Waso een register bevat met de contactgegevens van de bedrijfsartsen? (Likert)

Vraag 17

Meer dan één derde van de deelnemers (38,3%) ging niet akkoord met de elfde vraag uit de eerste Delphi ronde. De redenen om niet akkoord te gaan hebben voornamelijk te maken met de procedure. Deelnemers wijzen ofwel op het bestaan van websites die al functioneel zijn (met name de website van de Orde van geneesheren – Ordomedic.be), ofwel benadrukken ze de moeilijkheden bij de uitwerking van dit voorstel (up to date houden van de gegevens, bescherming van de informatie, gebrekkige zichtbaarheid van de bedrijfsartsen). Samenvattend toont de analyse dat de FOD Waso eerder een coördinerende rol zou moeten vervullen, en vanaf de eigen website zou moeten doorverwijzen naar bestaande websites.

Denkt u dat het RIZIV op zijn website de contactgegevens van verzekeringsartsen van alle mutualiteiten zou moeten vermelden? (Likert)

Vraag 18

Meer dan één derde van de deelnemers (38,3%) ging niet akkoord met de elfde vraag uit de eerste Delphi ronde. De redenen om niet akkoord te gaan hebben voornamelijk te maken met de procedure. Deelnemers wijzen ofwel op het bestaan van websites die al functioneel zijn (met name de website van de Orde van geneesheren – Ordomedic.be), ofwel benadrukken ze de moeilijkheden bij de uitwerking van dit voorstel (up to date houden van de gegevens, bescherming van de

informatie, gebrekkige zichtbaarheid van de bedrijfsartsen). Samenvattend toont de analyse dat de FOD Waso eerder een coördinerende rol zou moeten vervullen, en vanaf de eigen website zou moeten doorverwijzen naar bestaande websites.

Denkt u dat het RIZIV de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen apart zou moeten registreren van de huisartsen om hen zo beter te kunnen identificeren in institutionele repertoires (b.v. de website van de Orde van geneesheren)? (Likert)
