Kwalitatief
onderzoek onder
cardiologen

Bevorderende en belemmerende factoren in de arbocuratieve samenwerking

Christel Muis

Gezondheid is meer dan alleen het 'niet ziek'-zijn. Machteld Huber beschreef in dat kader het concept Positieve Gezondheid.¹ Het hebben van werk heeft invloed op de ervaren gezondheid. Werk zorgt voor inkomen, zingeving, structuur, sociale contacten en ontwikkeling. Uit onderzoek blijkt dat mensen zonder werk zich minder gezond voelen dan werkenden.² Ook behandelaren in de eerste en tweede lijn worden zich meer bewust van het feit dat werk een voorwaarde is voor gezondheid.

Het onderwerp arbeid komt steeds meer in richtlijnen voor. Door vroegtijdig te informeren naar werk door de eigen behandelaar en door tijdig af te stemmen tussen arbeidsgerelateerde zorg en de reguliere zorg (arbocuratieve samenwerking) kan terugkeer naar werk worden bevorderd.^{3,4}

Al tientallen jaren wordt aandacht besteed aan het belang van een goede arbocuratieve samenwerking. In 2012 deed het Nivel een onderzoek naar de knelpunten in de samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorgverleners.⁵ Er zijn meerdere initiatieven geweest om de arbocuratieve samenwerking te verbeteren. Zo werd in 2017 het symposium Arbocuratieve samenwerking georganiseerd door

ministerie van VWS en SZW. Dit ging over de vier deelthema's kanker en werk, infectieziekten, psychische klachten en longziekten.⁶ Ook was er het project Target@Work: kanker(2018/2019) en reuma (2013). Dit had als doel werkbehoud bij chronische aandoeningen. Het moest zorgverleners ondersteunen om in hun werk patiëntenzorg en werk beter te verbinden.³

Het doel van dit onderzoek is te verkennen wat volgens de beroepsgroep cardiologen bevorderende en beperkende factoren zijn in de arbocuratieve samenwerking. In Nederland is de registratie van de oorzaken van verzuim niet centraal geregeld. Daardoor is niet inzichtelijk hoe groot het aandeel cardiale oorzaken in het totale verzuim en de verzuimkosten is. In 2010 stonden hart- en vaatziekten (onder meer ischemische hartziekten en hartfalen) hoog op de ranglijst betreft het verlies aan arbeidsjaren door ziekteverzuim, arbeids-

► Christel Muis is aios
bedrijfsgeneeskunde
bij Masters in Vitaliteit,
Den Haag

c.muis@mastersinvitaliteit.nl

ongeschiktheid en productiviteitsverlies.^{7,8}

Het is daardoor aannemelijk dat de kosten door verzuim wegens een cardiale oorzaak fors zullen zijn. Door vergrijzing van de beroepsbevolking zullen in de toekomst de te verwachten kosten van verzuim door cardiale oorzaken verder toenemen.

In de richtlijnen van zowel hartrevalidatie als de NVAB staat beschreven dat een actieve rol van de bedrijfsarts noodzakelijk is om werkhervatting positief te beïnvloeden en dat dit afstemming vereist met de cardioloog.^{9,10} Echter juist in de praktijk valt het op dat er weinig afstemming en contact is tussen de bedrijfsarts en cardioloog. Hierdoor bestaat de kans dat de re-integratie langer gaat duren dan strikt noodzakelijk, waardoor verlies aan ervaren gezondheid voor de werknemer optreedt en de kosten voor de werkgever en de maatschappij onnodig hoger zullen uitvallen. Een ander doel van dit onderzoek is inventariseren wat nodig is om deze samenwerking te optimaliseren. Ook wordt in kaart gebracht in hoeverre het wel of niet hebben van arbeid besproken wordt tijdens de consulten bij de cardioloog. En welke factoren maken dat dit wel of niet gebeurt. Als ook deze factoren bekend zijn, kan hierop ingespeeld worden en ook op die manier uiteindelijk een efficiëntere re-integratie en daarmee meer kans op werkbehoud nagestreefd worden.

Methode: acht interviews

Om inzicht te krijgen in de ervaringen en meningen van cardiologen over de kwaliteit van de samenwerking met de bedrijfsarts heeft er een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden waarbij gebruik werd gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Er is gewerkt met een van te voren opgestelde topiclijst. Om die topiclijst op te stellen, is gekeken welke factoren een rol spelen bij communicatie. Het procesmodel communicatie en het gedragsmodel ASE zijn hierbij als basis gebruikt.^{11,12}

Vanuit het netwerk van een cardioloog werkzaam bij het Coronel Instituut werden 22 cardiologen benaderd die in de directe patiëntenzorg werkzaam waren. Twaalf cardiologen toonden belangstelling voor deelname. Uiteindelijk hebben er acht interviews plaatsgevonden in de periode juli-oktober 2020. In verband met de Covid-19-pandemie verliep dit middels

Samenvatting

Doel Onderzoeken hoe arbocuratieve samenwerking tussen cardioloog en bedrijfsarts kan worden verbeterd. Hierin wordt meegenomen in welke mate arbeid een aandachtspunt is in de spreekkamer van de cardioloog.

Methode Een kwalitatief onderzoek, doormiddel van semi-gestructureerde interviews met acht cardiologen.

Resultaten De cardiologen ervaren weinig samenwerking. Genoemde belemmerende factoren in de samenwerking zijn: slechte bereikbaarheid, onduidelijkheid over wat er met de informatie gebeurt over de rol en partijdigheid van de

bedrijfsarts. Het bespreken van arbeid door de cardioloog beperkt zich vaak tot de vraag naar het beroep tijdens intake.

Conclusie Bedrijfsartsen moeten zich beter profileren naar de buitenwereld, en naar de beroepsgroep cardiologen. Betere kennis van elkaars vakgebieden, bijvoorbeeld door afstemming van richtlijnen, kan ertoe leiden dat we elkaars taal beter spreken en dat de afstemming soepeler verloopt. Kennis van de juridische kaders, de rol van de bedrijfsarts en elkaars (on)mogelijkheden verbetert wederzijds begrip en vertrouwen.

bellen (5x) of beeldbellen (3x). De duur van de interviews lag tussen de 15-30 minuten. Zeven interviews werden met toestemming opgenomen op een digitale memorecorder. Deze interviews werden getranscribeerd. En een interview werd met aantekeningen vastgelegd.

Hierna werden relevante tekstfragmenten geselecteerd en in een Microsoft Excel-sheet gecodeerd op thema (zie tabel 1). Deze indeling is niet gecontroleerd door een tweede onderzoeker. →

‘Zaak om elkaars taal beter te leren spreken’

▼ Tabel 1: thema's.

Huidige situatie:	Rol arbeid in spreekkamer cardioloog:	Belemmerende factoren in de samenwerking:	Aanbevelingen en verbeterpunten:
<ul style="list-style-type: none"> ► Kwaliteit machtiging en vraagstelling ► Proces van informatie uitwisselen 	<ul style="list-style-type: none"> ► Aandacht voor arbeid ► Kennis van richtlijnen en WvP 	<ul style="list-style-type: none"> ► Bereikbaarheid bedrijfsarts ► Onbekendheid met elkaars vakgebied en rol ► Verschil in perspectief ► Tijd en beloning 	<ul style="list-style-type: none"> ► Vraagstelling ► Contact verbeteren ► Kennis rol bedrijfsarts

Resultaten

Huidige situatie

Over het algemeen wordt door de cardiologen weinig samenwerking met bedrijfsartsen ervaren. *‘De bedrijfsarts heeft een standaardbrief die ze naar iedereen sturen als ze informatie willen. En de cardioloog stuurt negen van de tien keer de laatste brief. En dat is het, dat is de samenwerking.’*

Een deel gaf aan dat dit voor hen voldoende was, toch werd ook aangegeven dat bij complexe casussen het ‘juiste contact’ wordt gemist. Bijvoorbeeld een aanvullende visie of standpunt van de bedrijfsarts op de werksituatie of casus. De standaardvragen worden ook niet altijd als passend ervaren bij de specifieke casus.

‘Sommige vragen komen uit de standaardvragen. Dan wordt gevraagd: wat is de uitslag van de laatste fietstest? Terwijl dat als je in mijn vak zit dat helemaal geen fluit heeft te maken met een patiënt met een ritmestoornis. Dan is zo’n uitslag van de fietstest helemaal niet per se relevant. Ik vind het niet altijd helemaal toegespitst op de patiënt.’

Meerdere cardiologen gaven aan dat na het versturen van de medische informatie geen feedback meer wordt ontvangen. Het blijft zo onduidelijk of de medische informatie toereikend was en wat er mee is gebeurd.

In welke mate heeft de cardioloog aandacht voor arbeid in de spreekkamer?

Het overgrote deel van de geïnterviewde cardiologen gaf aan te vragen naar de functie die een

patiënt heeft. Een deel vraagt dan ook nog verder naar de mentale of fysieke belasting. De factor tijd speelt hierbij een beperkende rol. Ook wordt het bestaan van de bedrijfsarts door een deel van de cardiologen onder de aandacht gebracht bij de patiënten. Voor niet iedereen was het duidelijk hoe de re-integratie nu precies wordt vormgegeven.

Waar worden nu de knelpunten in de samenwerking ervaren?

Wat door meerdere cardiologen genoemd wordt als drempel in het contact, is dat bedrijfsartsen niet als bereikbare partij worden gezien. Enerzijds komt dit door het ontbreken van rechtstreekse contactgegevens en het schrijven vanuit de naam van een arbodienst. Anderzijds wordt ook aangegeven dat er onbekendheid is over hoe de arbodienstverlening is georganiseerd:

‘We weten precies hoe huisartsen en ook collega-specialisten georganiseerd zijn, maar eigenlijk weten we dat niet goed van bedrijfsartsen. Bij welk bedrijfsarts kom je dan en heb jullie een vaste bedrijfsarts voor een patiënt als iemand het traject in gaat, ik neem aan van wel.’

Een andere drempel die ter sprake kwam, was het gevoel partij te moeten kiezen tussen de werknemer/patiënt en de werkgever. Het gevoel dat de bedrijfsarts er is voor de werkgever en dat de cardioloog er is voor de patiënt werd een aantal keer benoemd. Aangegeven werd dat er verschillende belangen spelen en dat er twijfel bestaat of bedrijfsartsen hierbij onafhankelijk en vrij kunnen zijn in hun advies.

‘...het blijft wel lastig om contact te hebben, waarbij er heel sterk het gevoel bestaat dat jullie als beroepsgroep werken voor een werkgever en dat wij er voor een patiënt zijn.’

Wat verder genoemd werd, is dat bedrijfsartsen en cardiologen langs elkaar heen praten of elkaars taal niet spreken. Factoren die hierbij volgens de cardiologen kunnen meespelen zijn onder andere dat er te weinig kennis van elkaars werkgebied is, dat richtlijnen niet meer actueel zijn of niet goed op elkaar zijn afgestemd en dat er een verschil in perspectief bestaat.

‘...brief over een mevrouw met heel lichte angina pectoris, pijn op de borstklachten. Er werd naar een VO2max gevraagd. Je doet in een huis-tuin-en-keukenziekenhuis nooit een VO2max. Dat wordt alleen maar gedaan in een academisch centrum waar je harttransplantaties overweegt. En anders wordt er nooit een VO2max gedaan. Dat staat in de richtlijn, maar die richtlijn is zo vreselijk gedateerd.’

‘Wij kijken vanuit het hart, dus ook altijd een beetje eenzijdig. Jullie zijn natuurlijk ook veel meer van alle andere factoren die een rol spelen.’

Wat verder nog naar voren kwam als knelpunt in de samenwerking was tijd en beloning. Ook een eerdere negatieve ervaring met een contact met een bedrijfsarts werd aangehaald.

Welke verbeter suggesties zijn aan de orde gekomen?

Wat door enkele cardiologen als verbeter suggestie werd genoemd, was om in de vraagstelling een situatieschets te geven van de re-integratie en/of situatie samen met een gerichte vraag aan de cardioloog.

Een ander verbeterpunt dat werd aangekaart was om bij complexe casussen elkaar te bellen of te beeldbellen, waarbij het voor de bereikbaarheid goed is als er een persoonlijk telefoonnummer onder de machtiging komt. Ook de optie om het zorgdomein als medium te gaan gebruiken werd benoemd.

‘Ik denk dat intercollegiaal contact altijd beter is als je gewoon persoonlijk contact hebt, elkaar even belt of wat dan ook.’

Een deel van de cardiologen gaf aan dat het gewaardeerd wordt als er terugkoppeling wordt gegeven op de ontvangen informatie:

‘Daarmee creëer je ook goodwill. Als je laat zien wat er met onze adviezen is gedaan en op welke manier je de patiënt wilt helpen om terug in het arbeidsproces te komen, dan voelt de specialist of de huisarts of wie dan ook wel aan dat het wel degelijk zin heeft dat hij antwoordt.’

Wat verder naar voren kwam is, dat er meer aandacht besteed moet worden aan het uitleggen wat precies de rol van een bedrijfsarts is. Geopperd is dat dit bij cardiologen kan door bijvoorbeeld onderaan de brief naar de cardioloog een link naar een webinar te plaatsen, waar informatie over de rol van de bedrijfsarts en de juridische kaders wordt gegeven.

‘Als jullie je nog meer positioneren dat jullie er zijn voor beide partijen en dat jullie ervan uitgaan – dat is natuurlijk niet zo – dat iedereen zou willen werken en onderdeel zou willen zijn van een leven, waar werken bijhoort.’

‘Je wilt er eigenlijk naar toe dat je denkt: o, wacht ik kan mijn patiënt goed helpen als ik even uitleg aan de bedrijfsarts wat er op mijn gebied met de patiënt aan de hand is.’

Ook werd een lopende pilot besproken waarbij er een structuur wordt ontwikkeld om de samenwerking tussen cardiologen en bedrijfsartsen structureel in te bedden.

Discussie

In dit onderzoek werd onderzocht wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn in de arbocuratieve samenwerking tussen de cardioloog en bedrijfsarts en in welke mate de cardioloog aandacht heeft voor arbeid in de spreekkamer. Er werd in dit onderzoek door de geïnterviewde cardiologen weinig tot geen samenwerking ervaren. Factoren waarvan bekend is dat deze belemmerend werken in de samenwerking kwamen ook hier naar voren. Het betrof voornamelijk het gebrek aan vertrouwen in elkaars professionaliteit en onafhankelijkheid, onbekendheid met elkaars werk en deskundigheid en verschillen in werkt terrein. ➔

► De cardioloog vraagt doorgaans vrij weinig over het werk van de patiënt.

Omdat onze vakgebieden specialistisch zijn, bestaat de mogelijkheid dat we elkaars taal niet spreken en er misverstanden ontstaan. Door richtlijnen van de beroepsgroepen goed op elkaar te laten aansluiten, kan dit worden voorkomen. Deze ontwikkeling is al een aantal jaar bezig. Eind 2020 is hier nog een stap ingemaakt door de NVAB-richtlijn ischemische hartziekten uit 2006 te vernieuwen.⁹ En uitleg over re-integratie en Wet verbetering poortwachter is nu terug te vinden in de multidisciplinaire richtlijn hart-revalidatie.¹⁰

Elkaars vakgebieden en rollen kennen is belangrijk. Bij de opleiding bedrijfsgeneeskunde wordt hier aandacht aan besteed door een dag meelopen met de curatieve sector. Mijns inziens zou daar ook bij de curatieve sector in de opleiding aandacht voor moeten zijn. Maar wat nog belangrijker is, is dat bedrijfsgeneeskunde een grotere plek krijgt in de geneeskunde-opleiding. Want arbocuratieve samenwerking is breed en bijna elke arts krijgt hier mee te maken. Als bij de basisopleiding onze rol als bedrijfsarts en verzekeringsarts goed wordt uitgelegd, dan kan daar de basis gelegd worden voor een goede arbocuratieve samenwerking.

De huidige onbekendheid met de rol van de bedrijfsarts en zijn onafhankelijke positie is een drempel om te reageren op informatieverzoeken.

Het is voor de cardioloog vaak onduidelijk wat er met zijn informatie gebeurt. Ook het verschil in perspectief kwam als reden naar voren waarom de communicatie niet altijd goed verloopt. Ieder kijkt vanuit zijn eigen vakgebied en expertise naar een casus. Het is daarom van belang om bij onduidelijkheden over het beleid en bij stagnatie van het herstel elkaar te benaderen en te overleggen. Dit gebeurt nu voornamelijk schriftelijk met standaardvragen. Hier wordt het juiste contact gemist. We hebben hier zelf invloed op door een situatieschets te geven, gevolgd door een gerichte vraagstelling. De cardioloog kan daar met zijn kennis een passend antwoord op geven.

Waar we ook zelf invloed op hebben is onze bereikbaarheid. Voor een laagdrempelig contact kan onder de machtiging een rechtstreeks zakelijk nummer worden geplaatst. Bellen zorgt ook net voor een wat persoonlijker contact. Maar ook hier is het weer belangrijk dat bij de behandelaar bekend is wat de rol van de bedrijfsarts is en dat er ook tijd voor overleg is.

Op de vraag in welke mate de cardioloog in de spreekkamer aandacht heeft voor arbeid, werd aangegeven dat hier naar de functie wordt gevraagd, soms ook of het fysiek of mentaal zwaar werk is. Deze vragen zijn onderdeel van de basale screening werkhervatting.¹⁰ Dit zijn zes korte vragen waaruit kan worden afgeleid of er

problemen kunnen ontstaan bij werkhervatting. De cardioloog kan dan hartrevalidatie indiceren of de medewerker attenderen op een consult bij de bedrijfsarts.

Concluderend kan gesteld worden dat bedrijfsartsen hun rol in de gezondheidszorg meer moeten profileren naar de beroepsgroep cardiologen. Hier wordt al jaren aan gewerkt door onder meer de richtlijnen beter op elkaar af te stemmen. Ook gezamenlijk onderwijs en scholing draagt hieraan bij. Als cardiologen bewust zijn van onze onafhankelijke positie en dat we een gemeenschappelijk doel dienen, namelijk de gezondheid van de patiënt/medewerker, dan is er voor samenwerking veel gewonnen.

Sterkte, zwakte en aanbevelingen

De cardiologen werden geworven uit het netwerk van een cardioloog werkzaam bij het Coronel Instituut. Tijdens de interviews bleek dat er van de acht cardiologen vier onderzoek hebben gedaan of werkervaring hebben op het gebied van bedrijfs- of verzekeringsgeneeskunde. Hierdoor kan verondersteld worden dat er bij de helft van de geïnterviewden een meer dan gemiddelde kennis aanwezig is over arbeid en de rol van de bedrijfsarts. Voordeel was wel dat eventuele knelpunten en verbeterpunten in de huidige samenwerking sneller en beter inzichtelijk zijn geworden.

De vraag of en hoe arbeid wordt besproken in de spreekkamer van de cardioloog kan door de samenstelling van de huidige groep nu niet worden geëxtrapoleerd naar de groep algemene cardiologen. Verwacht kan worden dat de aandacht voor arbeid en kennis van de rol van de bedrijfsarts in dit onderzoek is overschat. Mogelijk had een grotere groep algemene cardiologen ook nog andere ervaringen en gezichtspunten ingebracht. Een andere beperking is dat de codering niet door een tweede onderzoeker is gecontroleerd.

Door het aantal interviews uit te breiden onder cardiologen zonder voorkennis op het gebied van arbeid, kan gekeken worden hoe bij deze groep de aandacht is voor arbeid tijdens het spreekuur. Nu is alleen gekeken naar de visie van de cardiologen over dit onderwerp. Het zou ook interessant zijn om bij de bedrijfsartsen te onderzoeken hoe zij denken over verbetering van

Referenties

1. Huber M, *Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food* [proefschrift]. Maastricht, Universiteit Maastricht, 2014.
2. Centraal bureau voor de Statistiek, *Arbeid, flexwerk en gezondheid. Over de samenhang tussen (tijdelijk) werk en gezondheid*. Den Haag: CBS. cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/06/arbeid-flexwerk-en-gezondheid-2007-2017
3. targetatwork.nl
4. kennisbibliotheekchronischwerkt.nl
5. Batenburg RS, Hassel van D, Lee van der I. *Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg*. nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-arbocuratieve-samenwerking2012.pdf
6. Arboportaal. *Verslag symposium arbocuratieve samenwerking. Symposium arbocuratieve samenwerking, 23-11-2017, Soest*. www.arboportaal.nl/documenten/publicatie/2017/12/13/verslag-symposium-arbocuratieve-samenwerking
7. Smaardijk V, Rijn van R, Vries de H et al. *Actualiseren wetenschappelijke kennis en inzichten veelvoorkomende aandoeningen, hartinfarct*. November 2015 [uwv.nl/overuww/Images/Kennisdocument%20Hartinfarct%2026-11-2015.pdf](https://www.uwv.nl/overuww/Images/Kennisdocument%20Hartinfarct%2026-11-2015.pdf)
8. Eysink PED, Hamberg-van Reenen HH, van Gool CH et al. *Metten van verloren arbeidsjaren door ziekte: Disease-Adjusted Working Years (DAWY). Verkenning van een nieuwe maat*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010. rivm.nl/publicaties/meten-van-verloren-arbeidsjaren-door-ziekte-disease-adjusted-working-years-dawy
9. NVAB Richtlijn ischemische hartziekten voor het handelen van de bedrijfsarts bij werkhervatting na een ischemische hartziekte, 2020. nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB/richtlijn-ischemische-hartziekten.
10. *Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie 2011*.
11. Oomkes FR. (2013) *Communicatieleer, een inleiding*, Den Haag, Boom Lemma uitgevers.
12. Wesselman M. (2015) *ASE- model: van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag*. allesoversport.nl/artikel/ase-model-van-attitude-sociale-invloed-en-eigen-effectiviteit-naar-intentie-tot-gedrag, 21-12-2015, geactualiseerd 15-11-2019.

de arbocuratieve samenwerking. Naar arbocuratieve samenwerking is veel onderzoek gedaan. Of er nieuwe visies over belemmerende en bevorderende factoren in de samenwerking naar voren komen is de vraag. Het zou interessanter zijn nader onderzoek te doen naar effectiviteit van initiatieven om de samenwerking te verbeteren. ■