



Nederlands Kenniscentrum  
Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat

TNO Arbeid



## TNO-rapport 10126-14372

Polarisavenue 151  
Postbus 718  
2130 AS Hoofddorp

[www.arbeid.tno.nl](http://www.arbeid.tno.nl)

T 023 554 93 93  
F 023 554 93 94

### Een stap vooruit op een lange weg

*De samenwerkingsprojecten tussen huis- en bedrijfsartsen  
in 10 regio's: effecten op het proces van samenwerken,  
gedragsverandering van artsen en de tevredenheid bij  
patiënten*

Datum 17 juli 2003

Auteurs *TNO Arbeid, Hoofddorp:*

J.R. Anema  
R.J. van Amstel  
A. Venema  
D.J. van Putten  
E.M.M. de Vroome

*Kenniscentrum AKB, Erasmus MC, Rotterdam:*

Bijdrage heeft specifiek betrekking op hoofdstuk 6  
A.P. Nauta  
P.M. Overzier

*Coronelinstituut, Academisch Medische Centrum, Amsterdam:*

Bijdrage heeft specifiek betrekking op hoofdstuk 8  
J.H. Verbeek

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO. Voor hoofdstuk 6 geldt dat de gezamenlijke toestemming van TNO en het Kenniscentrum AKB vereist is. Voor hoofdstuk 8 geldt dat de gezamenlijke toestemming van TNO en het Coronelinstituut vereist is.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2003 TNO

© Hoofdstuk 6 TNO en Kenniscentrum AKB

© Hoofdstuk 8 TNO en Coronelinstituut



# Inhoudsopgave

<b>Inhoudsopgave.....</b>	<b>3</b>
<b>Woord vooraf .....</b>	<b>7</b>
<b>Leeswijzer .....</b>	<b>9</b>
<b>1      Inleiding .....</b>	<b>11</b>
<b>2      Doelstelling en uitgangspunten van de landelijke evaluatie.....</b>	<b>13</b>
2.1    Het begrip samenwerking .....	13
2.2    Uitgangspunten en doelstelling van het evaluatie onderzoek .....	13
<b>3      Vraagstelling van het evaluatieonderzoek .....</b>	<b>15</b>
<b>4      Opzet en uitvoering.....</b>	<b>17</b>
4.1    Opzet landelijke evaluatie.....	17
4.2    Recruteren van de onderzoekspopulatie en dataverzameling .....	17
4.2.1    Artsen.....	17
4.2.2    Patiënten .....	17
4.3    Onderzoeksinstrumenten en verzamelde gegevens.....	18
4.3.1    De vragenlijsten van de huis- en bedrijfsartsen .....	18
4.3.2    De interviews met de huis- en bedrijfsartsen .....	19
4.3.3    De vragenlijsten van de patiënten .....	19
4.4    Tijdpad .....	19
4.5    Afstemming met regionale evaluatie .....	20
4.6    Referentiegroep.....	20
4.7    Statistische analyses.....	20
4.7.1    Gegevens van de artsen.....	20
4.7.2    Gegevens van de patiënten .....	21
<b>5      Effecten op het proces van samenwerking.....</b>	<b>23</b>
5.1    Samenvatting .....	23
5.2    Inleiding.....	23
5.3    Methode .....	23
5.3.1    Onderzoekspopulatie .....	23
5.3.2    Onderzoeksinstrument .....	23
5.3.3    Analyse .....	24
5.4    Resultaten .....	24
5.4.1    Leeswijzer.....	24
5.4.2    Responsgegevens.....	24
5.4.3    De onderzoekspopulatie.....	25
5.4.4    De taakopvatting van huisarts en bedrijfsarts .....	26
5.4.5    Frequentie van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts.....	27
5.4.6    Aard van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts.....	28
5.4.7    Oordelen en opvattingen over mogelijke voordelen van samenwerken .....	31
5.4.8    Knelpunten die huisartsen en bedrijfsartsen in de praktijk ervaren .....	33
5.4.9    Bekendheid en deelname aan de projecten .....	36
5.5    Discussie.....	37
5.6    Conclusies.....	38
5.6.1    Effecten op de frequentie van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts .....	38

5.6.2	Effecten op de kwaliteit van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts .....	38
5.6.3	Effecten op de randvoorwaarden voor samenwerking.....	39
5.6.4	Effecten van de projectactiviteiten.....	39
5.6.5	Verschillen tussen LHV/NVAB- en ZON-regio's.....	40
5.6.6	Conclusies verwijfsfunctie bedrijfsartsen .....	40
5.6.7	Onderzoekspopulatie .....	40
<b>6</b>	<b>Effecten op sociaal psychologische factoren .....</b>	<b>41</b>
6.1	Samenvatting .....	41
6.2	Inleiding.....	41
6.3	Methode .....	43
6.3.1	Onderzoekspopulatie .....	43
6.3.2	Instrument: vragenlijst .....	43
6.3.3	Analysemethode .....	44
6.4	Resultaten .....	44
6.4.1	Verschillen tussen eerste en tweede meting m.b.t. sociaal psychologische factoren.....	44
6.4.2	Verschillen tussen LHV/NVAB regio's en de ZonMw regio's .....	45
6.4.3	Verschillen tussen deelnemers en niet deelnemers .....	46
6.4.4	Secundaire analyses .....	46
6.5	Discussie.....	46
6.6	Conclusies.....	47
<b>7</b>	<b>Effecten op samenwerkingsgedrag.....</b>	<b>49</b>
7.1	Samenvatting .....	49
7.2	Inleiding.....	49
7.3	Methode .....	50
7.3.1	Onderzoekspopulatie .....	50
7.3.2	Onderzoeksopzet en uitvoering.....	50
7.3.3	Onderzoeksinstrument .....	51
7.3.4	Analyse .....	52
7.4	Resultaten .....	53
7.4.1	Aantal in beschouwing genomen patiënten bij de artsen .....	53
7.4.2	De probleemverheldering: in hoeverre is er wat veranderd? .....	55
7.4.3	Onderling informatie uitwisselen: in hoeverre is er wat veranderd? .....	59
7.4.4	Afstemmen van inzicht: in hoeverre is er wat veranderd?.....	61
7.4.5	Afstemmen van het advies: in hoeverre is er wat veranderd?.....	65
7.4.6	Toestemming vragen aan de patiënt: in hoeverre is er wat veranderd? .....	69
7.4.7	Het resultaat van het contact: in hoeverre is er wat veranderd?.....	72
7.4.8	De sociaal-medische begeleiding van de artsen: in hoeverre al met al veranderd? .....	77
7.5	Conclusies.....	82
<b>8</b>	<b>Effecten op patiënttevredenheid.....</b>	<b>85</b>
8.1	Samenvatting .....	85
8.2	Inleiding.....	85
8.3	Methode .....	85
8.3.1	Patiëntenpopulatie.....	85
8.3.2	Tevredenheid .....	86
8.3.3	Analyse .....	87
8.4	Resultaten .....	87
8.4.1	Patiëntengegevens.....	87
8.4.2	Verschillen eerste en tweede meting m.b.t. tevredenheid en oordeel over verleende zorg .....	87

8.4.3	Verstorende variabelen .....	88
8.4.4	Verschillen tussen de eerste en tweede meting m.b.t. oordeel over de samenwerking .....	89
8.5	Discussie .....	89
8.6	Conclusies .....	90
<b>9</b>	<b>Samenvatting van de resultaten.....</b>	<b>91</b>
9.1	Zijn er na de projecten veranderingen in het proces van samenwerken: .....	91
9.1.1	de taakopvattingen van huisarts en bedrijfsarts?.....	91
9.1.2	de frequentie waarmee huisarts en bedrijfsarts met elkaar contact opnemen?.....	91
9.1.3	de bereikbaarheid en wijze waarop contact met elkaar wordt opgenomen? .....	91
9.1.4	opvattingen over samenwerken en de mogelijke voordelen daarvan?.....	91
9.1.5	knelpunten die huisartsen en bedrijfsartsen in de praktijk ervaren? .....	92
9.2	Zijn er na de projecten veranderingen t.a.v. sociaal psychologische factoren, zoals... ..	92
9.2.1	het vertrouwen in de ander?.....	92
9.2.2	de opvattingen over het eigen beroep: beroepsidentificatie en relatieve positie .....	92
9.2.3	de afhankelijkheid van elkaars informatie? .....	92
9.2.4	de gevoelde verdeling van verantwoordelijkheden voor diagnose, behandeling en verwijzing? .....	92
9.3	In hoeverre is de begeleiding van patiënten na de projecten veranderd t.a.v.....	92
9.3.1	de probleemverheldering?.....	92
9.3.2	de informatieuitwisseling? .....	93
9.3.3	afstemming van advies/inzicht?.....	93
9.3.4	informed consent ?.....	93
9.3.5	uitkomsten van het contact?.....	93
9.4	Zijn er na de projecten veranderingen in de patiënttevredenheid over ... ..	93
9.4.1	toegang en comfort?.....	93
9.4.2	serieus genomen voelen? .....	94
9.4.3	vertrouwen in de arts?.....	94
9.4.4	attitude t.o.v. arbo-dienstverlening?.....	94
9.4.5	verwachtingen van de arbo-dienstverlening?.....	94
9.4.6	patiënttevredenheid? .....	94
9.4.7	samenwerking? .....	94
9.5	Zijn de resultaten voor de artsen die deelnemen aan de samenwerkingsprojecten vergelijkbaar met de resultaten van de artsen die niet deelnemen aan de interventieprojecten wat betreft. ....	94
9.5.1	enkele kenmerken van huisartsen? (demografisch, aard van de praktijk).....	94
9.5.2	de effecten met betrekking tot het proces van samenwerken en sociaal psychologische factoren die van belang zijn voor samenwerking .....	94
9.5.3	de effecten in LHV/NVAB-regio's en ZonMw-regio's? .....	95
<b>10</b>	<b>Effecten op de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts:</b>	
	<b>hoofdconclusies .....</b>	<b>97</b>
10.1	Conclusie 1 .....	97
10.2	Conclusie 2 .....	97
10.3	Conclusie 3 .....	98
10.4	Conclusie 4 .....	99
10.5	Conclusie 5 .....	100
<b>11</b>	<b>Aanbevelingen .....</b>	<b>103</b>
11.1	Aanbevelingen voor beleidsmakers .....	103
11.1.1	PR-beleid en implementatie.....	103

11.1.2	Onderzoek.....	103
11.2	Aanbevelingen voor de regio's .....	104
11.3	Aanbevelingen voor ZonMw .....	105
11.3.1	PR-beleid en implementatie.....	105
11.3.2	Onderzoek.....	105
<b>12</b>	<b>Tot slot .....</b>	<b>107</b>
12.1	Sterke punten van dit evaluatie onderzoek .....	107
12.2	Beperkingen van dit evaluatie onderzoek .....	108
12.3	Vergelijking met andere onderzoeken naar arbocuratieve samenwerking.....	108
<b>13</b>	<b>Literatuur .....</b>	<b>111</b>

## Woord vooraf

In dit rapport wordt verslag gedaan van het landelijk evaluatie-onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen in de regio's Zeeland, Zuidoost Brabant en Kennemerland, Haarlemmermeer en omstreken, Groningen (DHV & AZG/Beatrixoord), Drenthe (DHV), Zwolle-Flevoland, Rijnland & Midden Holland, Nijmegen (UMC Radboud) en Twente. Dit onderzoek heeft kunnen plaatsvinden dankzij de medewerking van de praktiserende huis- en bedrijfsartsen en de projectteams uit deze regio's. Graag willen de onderzoekers dan ook van deze gelegenheid gebruik maken hen te bedanken voor hun bijdrage aan deze evaluatie.

Hetzelfde geldt voor de patiënten die de tijd en moeite namen om de vragenlijst in te vullen en te retourneren. Ook hen willen wij graag op deze plaats bedanken voor hun medewerking.

Ten slotte nog een woord van dank voor Peter Buijs voor het kritisch lezen en becommentariëren van dit rapport en voor het doen van waardevolle tekstsuggesties.

Han Anema  
Renée van Amstel  
Anita Venema  
Ernest de Vroome  
Marga van der Zwaan  
Dick van Putten  
Noks Nauta  
Peter Overzier  
Jos Verbeek





## Leeswijzer

In deze leeswijzer wordt aangegeven hoe deze rapportage is opgebouwd.

In deze rapportage wordt verslag gedaan van de wijze waarop het evaluatie-onderzoek is opgezet en uitgevoerd, en tot welke resultaten dit heeft geleid:

- In de inleidende **hoofdstukken 1, 2, 3 en 4** wordt achtergrondinformatie gegeven over het doel, vraagstellingen, de opzet en uitvoering van het evaluatie-onderzoek.
- De **hoofdstukken 5, 6, 7 en 8** behandelen elk vervolgens steeds één van die vraagstellingen. Zo staat in hoofdstuk 5 het proces van samenwerking centraal en de vraag in hoeverre daar verschuivingen hebben plaatsgevonden. Hoofdstuk 6 gaat in op de sociaal-psychologische factoren die hierbij eventueel een rol hebben gespeeld. Hoofdstuk 7 beschrijft vervolgens het feitelijke samenwerkingsgedrag van de artsen en de verschuivingen die zich daarbij hebben voorgedaan. In hoofdstuk 8 komen tot slot de patiënten zelf aan bod.
- **Hoofdstuk 9** geeft per vraagstelling een samenvatting van de belangrijkste resultaten die uit landelijke evaluatie van de proefregio's naar voren komen.
- In **hoofdstuk 10** worden vervolgens de conclusies gepresenteerd ten aanzien van de implementatie van een betere samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.
- In **hoofdstuk 11** worden aanbevelingen gedaan voor beleidsmakers, de regio's en ZonMw die zich bezighouden met de (verdere) implementatie van een betere samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.
- In **hoofdstuk 12** wordt een beschouwing gegeven op de sterke punten en beperkingen in dit evaluatie onderzoek
- In een aparte bijlage worden de resultaten verder toegelicht en onderbouwd. Ook is hierin een beschrijving van alle geëvalueerde proefprojecten opgenomen.



## 1 Inleiding

Uit diverse onderzoeken blijkt dat de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij de zorg voor zieke werknemers onvoldoende is (Amstel & Buijs, 1997; Anema et al., 2003). In verschillende publicaties wordt al vanaf de jaren 70 aangegeven dat gebrekkige samenwerking kan leiden tot onnodig verzuim, medicalisatie en zelfs (blijvende) arbeidsongeschiktheid (Buijs et al., 2001, 2000, 1985). Toch heeft het tot in de tweede helft van de jaren 90 geduurd, eer deze problematiek hoog op de beleidsagenda kwam van de diverse betrokken partijen: artsorganisaties, overheid, sociale partners, zorgverzekeraars. Hoe breed de noodzaak voor verbetering inmiddels maatschappelijk onderschreven wordt bleek bv. uit de oprichting van het Platform Aanpak Wachtlijden (1999) Daarin namen alle genoemde partijen zitting op basis van een actieprogramma, waarin meer aandacht binnen de curatieve gezondheidszorg voor de relatie gezondheid-arbeid en voor afstemming met de arbozorg centraal staat.

Inmiddels zijn er tal van initiatieven ter verbetering genomen, met name door de beroepsverenigingen van de bedrijfs- en huisartsen: de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (LHV & NVAB, 1997, 1998 & 2002). Vaak betrof dat echter projecten in de beleidsmatige, bestuurlijke sfeer: het sluiten van een LHV-NVAB-Convenant, het creëren van een regulier bestuurlijk overleg, het ontwikkelen van een gezamenlijke visie op samenwerking, van modules voor de opleiding en nascholing.

Waar het echter uiteindelijk om gaat is om de samenwerking ook in de praktijk te bevorderen. Daarom is in 2000 aan 14 regio's in Nederland gevraagd om een samenwerkingsproject op te zetten. Het betreft hier enerzijds zes regionale samenwerkingsprojecten die geïnitieerd zijn door de LHV en NVAB (in het kader van 'Plan van aanpak wachtlijden zorg'), anderzijds 8 projecten op initiatief van ZonMw (in het kader van het programma 'Samenwerking bij sociaal-medische begeleiding' en 'Klachten aan het bewegingsapparaat'). Deze projecten zijn formeel per 1-1-2001 gestart en liepen respectievelijk 2 en 1 jaar. De activiteiten die in deze projecten hebben plaatsgevonden, zijn zeer uiteenlopend van aard geweest, afhankelijk van de door de regio zelf geformuleerde doelstelling. Voorbeelden van dergelijke activiteiten zijn het organiseren van gezamenlijke nascholingen en ministages, of het ontwikkelen van, samenwerkingsprotocollen en communicatie-formulieren.

TNO Arbeid is gevraagd om samen met het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat en het Coronel Instituut een landelijke evaluatie uit te voeren. Deze landelijke evaluatie had tot doel de effecten van bovengenoemde projecten op de samenwerking te onderzoeken. Deze effecten werden daartoe in 10 van de 14 regio's op gestandaardiseerde wijze gemeten. Naast de landelijke evaluatie vond ook een regionale evaluatie plaats. Deze regionale evaluatie had tot doel het proces van implementatie in kaart te brengen, rekening houdend met specifieke project gebonden aspecten. De resultaten hiervan zijn reeds gepubliceerd (Bakker, 2002, 2003; Engels, 2002, Heuvel et al. 2003 ; Franchimont, 2002; Hauer H, 2002)

Dit rapport heeft tot doel inzicht te geven in de doelstelling, vraagstelling, uitvoering, opzet en resultaten van het landelijke evaluatie-onderzoek en zal aanbevelingen geven naar aanleiding van de resultaten.



## **2 Doelstelling en uitgangspunten van de landelijke evaluatie**

### **2.1 Het begrip samenwerking**

Verbetering van de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts is geen doel op zich. Samenwerking dient bij te dragen aan betere, arbeidsgerelateerde zorg en tijdige reïntegratie van werknemers. Het gaat er derhalve niet om dat bij elke zieke werknemer contact tussen huisarts en bedrijfsarts noodzakelijk is. Samenwerking is in dit onderzoek daarom breder gedefinieerd: Samenwerking houdt in dat in de begeleiding de curatieve aspecten (door de bedrijfsarts) respectievelijk reïntegratie/werkaspecten (door de huisarts) meegenomen worden om vast te stellen of er noodzaak is tot informatieuitwisseling of afstemming (Anema et al. 2001). Onderdeel van deze samenwerking kan een contact zijn. De wijze van het contact kan daarbij bestaan uit informatieuitwisseling, verwijzing en/of afstemming, zoals beschreven in de LHV/NVAB-leidraad (Anema et al., 2002). Het gaat dus primair om verbetering van de kwaliteit van de arbeidsgerelateerde zorg. (Hulshof et al., 2002 )

### **2.2 Uitgangspunten en doelstelling van het evaluatie onderzoek**

In overleg met ZONMW en de onderzoeksinstituten zijn vooraf de uitgangspunten en doelstelling voor het evaluatieonderzoek geformuleerd. Doel van de supraregionale evaluatie is vast te stellen of de implementatieactiviteiten hebben geleid tot een meetbare verbetering van de kwantiteit en kwaliteit van samenwerking, en of er verschillen zijn vast te stellen tussen de samenwerkingsprojecten. Deze verschillen tussen regionale projecten kunnen een indicatie geven voor meer en minder succesvolle implementatie-activiteiten. Nevendoel is om, voor zover mogelijk, tevens een indicatie te krijgen van de uiteindelijke effecten van de implementatieactiviteiten voor de patiënten die begeleid worden.

Bij het evalueren dienen de volgende gegevens centraal te staan:

- mening van huis- en bedrijfsartsen over het proces van samenwerking en sociaal-psychologische factoren die bepalen of artsen daadwerkelijk tot samenwerking te komen;
- het feitelijke samenwerkingsgedrag van huisartsen en bedrijfsartsen bij een steekproef van individuele patiëntcontacten;
- tevredenheid van patiënten over de verleende zorg.



### 3 Vraagstelling van het evaluatieonderzoek

De regionale projecten beogen alle te komen tot een structurele verbetering van de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. De vraagstelling die centraal staat in de landelijke evaluatie, is dan ook:

*Hebben de implementatieactiviteiten geleid tot een meetbare verbetering van de kwantiteit en kwaliteit van de samenwerking?*

In de hoofdstukken 5-8 worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- 5) Zijn er na afloop van de implementatieactiviteiten verschuivingen vast te stellen ten zien van het proces van samenwerken, in het bijzonder:
  - a. de taakopvattingen van huisarts en bedrijfsarts?
  - b. de frequentie waarmee huisarts en bedrijfsarts met elkaar contact opnemen?
  - c. de bereikbaarheid en wijze waarop contact met elkaar wordt opgenomen?
  - d. opvattingen over mogelijke voordelen van samenwerken?
  - e. knelpunten die huisartsen en bedrijfsartsen in de praktijk ervaren?
  
- 6) Zijn er na afloop van de implementatieactiviteiten verschuivingen vast te stellen ten aanzien van:
  - a. het vertrouwen in de kwaliteit van elkaars informatie?
  - b. de verdeling van verantwoordelijkheden voor diagnose, behandeling en verwijzing?
  - c. de afhankelijkheid van elkaars informatie?
  - d. de opvattingen over het eigen beroep: identiteit en positie?
  
- 7) Werken huisartsen en bedrijfsartsen in hun contacten met patiënten na afloop van de implementatieactiviteiten meer conform de criteria voor een geïntegreerde sociaal medische begeleiding bij:
  - a. de probleemverheldering?
  - b. het uitwisselen van informatie?
  - c. Het afstemmen van inzicht en van het advies?
  - d. het vragen om informed consent ?
  - e. de uitkomsten van het (eventuele) contact tussen huisarts en bedrijfsarts?
  
- 8) Zijn er na afloop van de implementatieactiviteiten verschuivingen vast te stellen in de patiënttevredenheid over de geleverde zorg, in het bijzonder ten aanzien van:
  - a. het maken van een afspraak ?
  - b. de beschikbare faciliteiten?
  - c. de bejegening door de zorgverlener?
  - d. de communicatie met de zorgverlener?
  - e. de verwachtingen van de patiënt?
  - f. de continuïteit van zorg?
  - g. de kennis en vaardigheden van de zorgverlener?
  - h. de onafhankelijkheid van de zorgverlener?
  - i. de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts?
  - j. een algemeen oordeel over de zorg?

In hoofdstuk 9 wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van alle bovenstaande vraagstellingen en wordt ook de onderstaande vraagstelling beantwoord:

- 9) Zijn de resultaten voor de artsen die deelnemen aan de samenwerkingsprojecten vergelijkbaar met de resultaten van de artsen die niet deelnemen aan de proefprojecten:
  - a. wat betreft enkele kenmerken van huisartsen (demografisch, aard van de praktijk)?
  - b. resultaten op de eerste en eindmeting over het proces van samenwerken en de sociaal-psychologische factoren die van belang zijn voor samenwerking?



## 4 Opzet en uitvoering

### 4.1 Opzet landelijke evaluatie

Er is gekozen voor een longitudinale opzet wat betreft de verzameling van gegevens bij huisartsen en bedrijfsartsen. Door zowel bij aanvang van het project als na afloop van het project te meten, kunnen effecten in kaart worden gebracht. De gegevens zijn in beide metingen bij *dezelfde* artsen verzameld. Op deze wijze wordt gecorrigeerd voor interdoktervariabelen (kennis, kunde, attitude, context m.b.t. samenwerking), die verstorend kunnen werken op de uitkomsten van de evaluatie. Daarnaast heeft ook het NIVEL/EMGO-Instituut gegevens verzameld bij een steekproef van huisartsen in Nederland in het kader van de tweede nationale studie (Verburg et al., 2003; Somai et al., 2003). Tenslotte zijn de gegevens bij patiënten verzameld door middel van een begin- en eindmetingen bij *verschillende* patiëntengroepen (cross-sectionele opzet). Dit laatste was nodig om de anonimiteit van patiënten te kunnen waarborgen. Een overzicht van welke gegevens, wanneer, bij welke personen zijn verzameld wordt gegeven in tabel 4.1.

### 4.2 Recruteren van de onderzoekspopulatie en dataverzameling

#### 4.2.1 *Artsen*

Bij ieder project is bij aanvang door de regio een doelgroep geformuleerd, waarop de implementatie-activiteiten zich richten. Alle artsen van de regionale doelgroep zijn benaderd om deel te nemen aan het vragenlijstonderzoek, met uitzondering van de artsen die geselecteerd waren voor het interview-onderzoek (zie hieronder). De artsen werden benaderd op basis van de verstrekte adressenbestanden van de deelnemende DHV-en en NVAB-kringen. Tien van de 14 regio's hebben adressen verstrekt voor het landelijk evaluatieonderzoek. Van de 3508 aangeschreven artsen in deze 10 regio's waren 1437 artsen bereid deel te nemen aan het longitudinale vragenlijstonderzoek (respons 41.0%). Voor een uitgebreide beschrijving van de projecten in deze 10 regio's verwijzen wij naar bijlage 1.

Daarnaast is een aantal artsen per regio geïnterviewd over het feitelijk samenwerkingsgedrag bij de begeleiding van hun patiënten. Al deze artsen zijn door de regio zelf geselecteerd op basis van hun actieve betrokkenheid bij het project. Het doel van deze selectie was dat bij deze groep de grootste effecten van het project op het samenwerkingsgedrag werden verwacht. Uiteindelijk waren 152 geselecteerde artsen in 10 regio's bereid deel te nemen aan het interview-onderzoek over de begeleiding van patiënten die recent hun spreekuur bezochten.

#### 4.2.2 *Patiënten*

Zowel tijdens de 1e als 2e meting werden respectievelijk 1200 en 1121 patiënten geselecteerd tijdens het interview met hun arts op basis van de volgende inclusiecriteria:

- de patiënt is in loondienst werkzaam;
- de patiënt heeft zich ziekgemeld;
- de leeftijd van de patiënt ligt tussen de 16 tot 65 jaar.

Vanwege het feit dat door de arts naar deze geïncludeerde patiënten nog een vragenlijst over de ervaren begeleiding werd gestuurd, gold tot slot nog als inclusie criterium:

- de betrokken patiënt beheerst de Nederlandse taal.

Er werden door de artsen geen persoonsgegevens van patiënten aan de onderzoekers verstrekt, zodat hun anonimiteit gewaarborgd was. Ook de vragenlijst was anoniem en werd door de patiënt rechtstreeks aan de onderzoekers geretourneerd. De respons voor de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> meting was 54% en 50%.

Tabel 4.1 Overzicht van de verzamelde gegevens in de landelijke evaluatie

<i>Wat?</i>	<i>Instrument</i>	<i>Bij wie?</i>		<i>Wanneer?</i>
Proces- en sociaal-psychologische factoren	Vragenlijst	Alle bedrijfs-/huisartsen van de doelgroep in de interventieregio's (excl. deelnemers aan interviews) <i>(voor begin- en eindmeting zijn dit dezelfde huis- en bedrijfsartsen)</i>	TNO/ Kenniscentrum AKB	April-mei 2001 <i>(begin-meting)</i> ,  maart/ april 2002 of november /december 2003 <i>(eindmeting)</i>
Proces- en sociaal-psychologische factoren	Vragenlijst	Steekproef van huisartsen in Nederland (dus zowel in de interventieregio's als in regio's waar geen project liep) <i>(voor begin- en eindmeting zijn dit dezelfde huis- en bedrijfsartsen)</i>	Nivel/ EMGO	
Samenwerkingsgedrag van huis- en bedrijfsartsen bij hun begeleiding van patiënten	Interview aan de hand van spreekuurcasus	Gemiddeld 15 bedrijfs-/ huisartsen per regio die actief betrokken zijn bij de implementatieactiviteiten <i>(voor begin- en eindmeting zijn dit dezelfde huis- en bedrijfsartsen)</i>	TNO	
Patiënttevredenheid over hun begeleiding door de arts	Vragenlijst	Patiënten waarover in bovengenoemde interviews de inhoud van hun sociaal medische begeleiding is doorgenomen	TNO/ Coronel	

### 4.3 Onderzoeksinstrumenten en verzamelde gegevens

Hieronder worden de verzamelde gegevens naar doelgroep en methode globaal uiteen gezet. Telkens wordt daarbij verwezen naar het corresponderende hoofdstuk voor een uitgebreide beschrijving van de methode.

#### 4.3.1 De vragenlijsten van de huis- en bedrijfsartsen

- *Procesfactoren m.b.t. samenwerking* zijn ontleend aan een vorig onderzoek (Van Amstel & Buijs, 1997). Uit de voor dat onderzoek ontwikkelde vragenlijsten zijn vragen geselecteerd om meer inzicht te krijgen in de feitelijke aspecten van de samenwerking (frequentie en wijze van de contacten, bereikbaarheid) en in factoren die het proces van samenwerken bevorderen of hinderen (voor- en nadelen van samenwerking, taakopvatting). Daarnaast heeft de selectie zich toegespitst op vra-

gen die een meetbare verandering ten gevolge van de implementatieprojecten te zien kunnen geven. (zie hoofdstuk 5)

- *Sociaal psychologische factoren.* In de sociale psychologie kijkt men naar de samenwerkingsrelatie van huisartsen en bedrijfsartsen als naar het samenwerken van twee verschillende groepen mensen. Daarbij worden vijf sociaal psychologische variabelen onderscheiden: 1) beroepsidentificatie, 2) relatieve positie, 3) afhankelijkheid, 4) verantwoordelijkheid en 5) vertrouwen ('knowledge based trust' en 'identification based trust'). Uit eerder onderzoek naar het samenwerken van bedrijfsartsen en huisartsen blijkt dat er sprake is van deze sociaal psychologische mechanismen (Nauta, 2002). (zie hoofdstuk 6)

#### 4.3.2 *De interviews met de huis- en bedrijfsartsen*

- *Samenwerkingsgedrag.* Om het samenwerkingsgedrag van huis- en bedrijfsartsen bij de begeleiding van patiënten te beoordelen, is door TNO Arbeid een gestructureerd interviewinstrument ontwikkeld. Essentieel in deze methode is dat het gaat om patiënten die niet vooraf door de arts geselecteerd zijn en dat de te meten gedragsgegevens zo objectief mogelijk zijn. Het samenwerkingsgedrag wordt hierbij beoordeeld door middel van zogenoemde performance indicatoren die zijn afgeleid van de LHV-NVAB-leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal medische begeleiding van arbeidsverzuim (NVAB & LHV, 2002) en de KNMG-gedragscode (1998). De LHV-NVAB-leidraad bevat beslismomenten (probleemverheldering, informatieuitwisseling, afstemming van inzicht/advies, informed consent en uitkomsten consult) en criteria daarbij om te beslissen wanneer samenwerking nodig is. Een vergelijkbare methode voor het meten van performance indicatoren is eerder reeds toegepast in de Nederlandse bedrijfsgezondheidszorg (Nieuwenhuijsen et al. 2003; Van der Weide et al., 1998; Hulshof et al., 2002). In hoofdstuk 7 wordt de methode uitgebreid beschreven.

#### 4.3.3 *De vragenlijsten van de patiënten*

- *Patiënttevredenheid.* Patiënttevredenheid kan gebruikt worden om zorg-programma's te evalueren (Verbeek et al, 2001). Evaluatie van de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts aan de hand van patiënttevredenheid is daarom zinvol. De vragenlijst patiënttevredenheid werd speciaal ontwikkeld om tevredenheid met het consult van de bedrijfsarts te kunnen meten (Bosma et al., 1996; Van der Weide et al., 1998). Naast de gebruikelijke vragen over communicatie, bejegening en kundigheid werd ook gevraagd naar vertrouwen, onafhankelijkheid en attitude ten aanzien van Arbo-dienstverlening, in het bijzonder door de bedrijfsarts. Ten behoeve van het evaluatieproject werden 13 extra vragen opgenomen over de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts voor patiënten die op de hoogte waren van deze samenwerking. Deze items betroffen verbetering van de uitkomst van het consult en verbetering van het contact met, of de ervaren inzet van, huisarts of bedrijfsarts. (Zie hoofdstuk 8)

## 4.4 **Tijdpad**

De evaluatie bestond uit een eerste en een eindmeting. De eerste meting brengt de situatie in kaart bij aanvang van het project. Deze eerste meting vond bij alle projecten plaats vanaf juli 2001. Na enige vertraging bij het aanleveren van adresbestanden door de regio's verliep het vragenlijstonderzoek bij artsen (nagenoeg) volgens planning. De eerste metingen in het interview-onderzoek liepen in een beperkt aantal regio's vertraging op (tot januari 2002) doordat deze regio's pas laat de voor het interview geselecteerde artsen konden aanleveren. Het tijdstip van de eindmeting was afhankelijk van de

duur van het regionale project en vond plaats in de periode van april 2002 tot/met februari 2003. (zie ook tabel 4.1).

#### **4.5 Afstemming met regionale evaluatie**

Over het tijdpad vond voortdurend afstemming plaats met de regionale evaluatoren om de deelnemende artsen niet te zwaar te belasten. Hierbij is gekozen voor een landelijke evaluatie op afstand, waarbij de regionale evaluator de landelijke evaluatie onder de aandacht bracht bij de projectleiding in de regio. Ook is de regionale evaluatoren gevraagd middels een checklist de regio specifieke projectkenmerken en interventies, de deelname van artsen aan en waardering over de interventies in de afzonderlijke regio's in kaart te brengen. Het doel was om vast te stellen in welke mate in een regio welke interventie bij welke (groepen) artsen was geïmplementeerd. Dit inzicht was nodig om mogelijke verschillen in effecten tussen regio's toe te schrijven aan de regiospecifieke kenmerken en interventies. De informatie uit de checklisten en procesevaluaties bood echter onvoldoende inzicht hierin. (zie bijlage 1)

#### **4.6 Referentiegroep**

Het NIVEL enquêteert jaarlijks huisartsen die participeren aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). De LINH deelnemers vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpopulatie op belangrijkste kenmerken als leeftijd, geslacht en vestigingsplaats. Het referentieonderzoek van NIVEL/EMGO-Instituut betrof het versturen van een vragenlijst -in het kader van de tweede nationale studie- over proces- en sociaal psychologische factoren naar een steekproef van huisartsen in Nederland. Dit biedt de mogelijkheid om de huisartsen in interventieregio's te vergelijken met een landelijke referentiepopulatie van huisartsen.

Deze vergelijking betreft twee deelvragen:

- Kunnen de huisartsen die deelnemen aan de samenwerkingsprojecten model staan voor huisartsen die niet deelnemen aan de samenwerkingsprojecten? Indien dit laatste het geval is, is dat een indicatie voor de te verwachten effecten bij het uitbreiden van de implementatieactiviteiten naar andere regio's;
- Kunnen er in de referentiepopulatie verschillen gevonden worden tussen eerste en tweede meting? Hiermee wordt een indicatie verkregen of verschillen tussen eerste en tweede meting verklaard kunnen worden door factoren die niet samenhangen met regionale implementatie activiteiten.

#### **4.7 Statistische analyses**

##### *4.7.1 Gegevens van de artsen*

Omdat de gegevens bij de eerste en de tweede meting verzameld zijn bij dezelfde artsen (longitudinaal) zijn toetsen voor gepaarde waarnemingen gebruikt. Er is gekozen voor parametrische toetsen bij het toetsen van verschillen tussen de eerste en de tweede meting, tenzij anders vermeld. De verschillen tussen de eerste en de tweede meting zijn geanalyseerd voor huisartsen en bedrijfsartsen als twee afzonderlijke groepen. Daarbinnen is tevens nog gekeken naar de regiogroepen afzonderlijk, dat wil zeggen de artsen binnen LHV/NVAB-regio's en de artsen binnen de ZonMw-regio's. Alle genoemde effecten tussen de eerste en de tweede meting zijn minimaal significant op  $p < .05$ .

#### 4.7.2 *Gegevens van de patiënten*

Omdat de patiënten bij de eerste en de tweede meting niet dezelfde waren, zijn zij voor de toetsen opgevat als twee onafhankelijke groepen respectievelijk als ‘ongepaarde waarnemingen’.



## 5 Effecten op het proces van samenwerking

### 5.1 Samenvatting

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van een vragenlijstonderzoek bij een cohort van 575 huisartsen en 398 bedrijfsartsen (respons respectievelijk 63% en 75%). Het betreft een longitudinaal onderzoek met twee metingen naar de effecten van regionale samenwerkingsprojecten op het proces van samenwerking. De resultaten laten vooral een verbetering zien van de randvoorwaarden voor samenwerking (houding ten opzichte van knelpunten voor samenwerking). De frequentie van de contacten blijft bij bedrijfsartsen stabiel en neemt bij huisartsen af. Het aandeel van schriftelijke contacten neemt toe, ten koste van mondelinge/telefonische contacten. Met betrekking tot de andere procesfactoren zijn geen of nauwelijks effecten gevonden. Dit heeft mogelijk te maken met de beperkte duur van de projecten en met de beperkte groep die deel nam aan de activiteiten. Een kwart van de huisartsen en bijna de helft van de bedrijfsartsen waren bekend met en hebben in enige mate deelgenomen aan de projectactiviteiten.

### 5.2 Inleiding

De vraagstelling van dit deel van het onderzoek luidt: Zijn er na afloop van de projectactiviteiten verschuivingen vast te stellen ten aanzien van het proces van samenwerken, in het bijzonder t.a.v. de volgende factoren:

- de taakopvattingen van huisarts en bedrijfsarts?
- de frequentie waarmee huisarts en bedrijfsarts met elkaar contact opnemen?
- de bereikbaarheid en wijze waarop contact met elkaar wordt opgenomen?
- opvattingen over mogelijke voordelen van samenwerken?
- knelpunten die huisartsen en bedrijfsartsen in de praktijk ervaren?
- sociaal psychologische factoren ?

Inzicht in deze factoren is verkregen door middel van de afname van schriftelijke enquêtes onder huisartsen en bedrijfsartsen aan het begin en het einde van de projectactiviteiten. De methode en de resultaten met betrekking tot de eerste vijf elementen worden in dit hoofdstuk behandeld. Resultaten met betrekking tot sociaal-psychologische factoren worden gegeven in hoofdstuk 6.

### 5.3 Methode

#### 5.3.1 *Onderzoekspopulatie*

Voor dit deel van het onderzoek zijn alle tot de doelgroep van de regionale projecten behorende huisartsen en bedrijfsartsen benaderd in tien van de veertien regio's waar de samenwerkingsprojecten werden uitgevoerd (zie ook hoofdstuk 4), met uitzondering van de artsen die zijn benaderd voor een interview in het kader van het onderzoek naar gedragsveranderingen (zie hoofdstuk 7).

#### 5.3.2 *Onderzoeksinstrument*

Er zijn vragenlijsten opgesteld. De vragen over het proces van samenwerking zijn ontleend aan een eerder ontwikkelde vragenlijst (van Amstel & Buijs, 1997). Uit de ten behoeve van dat onderzoek ontwikkelde vragenlijsten zijn vragen geselecteerd op onderwerpen die zoveel mogelijk informeren over feitelijke aspecten van de samenwer-

king (frequentie en aard van de contacten, bereikbaarheid) en die van belang zijn om meer inzicht te krijgen in factoren die de samenwerken bevorderen of hinderen. Daarnaast spitste de selectie zich toe op vragen die een meetbare verandering ten gevolge van de implementatieprojecten te zien kunnen geven. De vragenlijsten voor de tweede meting waren nagenoeg gelijk aan die van de eerste meting. In de tweede meting zijn enkele vragen toegevoegd over de bekendheid van de respondenten met de projectactiviteiten en de mate van deelname daaraan. De vragenlijst van de eerste meting is opgenomen als bijlage 2.1. De aanvullende vragen uit de tweede meting als bijlage 2.2.

### 5.3.3 *Analyse*

De gegevens zijn gebruikt voor beschrijvende analyses en voor het toetsen van verschillen tussen de eerste en de tweede meting. Omdat de gegevens bij de eerste en de tweede meting verzameld zijn bij dezelfde deelnemers (longitudinaal) zijn toetsen voor gepaarde waarnemingen gebruikt. Gezien het aantal cases is gekozen voor parametrische toetsen<sup>1</sup>. Voor de verzamelde gegevens geldt dat verschillen tussen de eerste en de tweede meting zijn geanalyseerd voor huisartsen en bedrijfsartsen als twee afzonderlijke groepen. Daarbinnen is tevens nog gekeken naar de regiogroepen afzonderlijk, dat wil zeggen de artsen binnen LHV/NVAB-regio's en de artsen binnen de ZonMw-regio's. Alle in dit hoofdstuk genoemde effecten tussen de eerste en de tweede meting zijn minimaal significant op  $p < .05$ .

## 5.4 **Resultaten**

### 5.4.1 *Leeswijzer*

In deze paragraaf worden allereerst responsgegevens gepresenteerd (5.4.2). Daarna worden gegevens over de onderzoekspopulatie huisartsen en bedrijfsartsen gepresenteerd (zie paragraaf 5.4.3).

Vanaf paragraaf 5.4.4 tot en met 5.4.8 worden de resultaten t.a.v. de vijf elementen van het proces van samenwerking, zoals onderscheiden in de vraagstelling (zie paragraaf 5.2) beschreven. De resultaten worden beschreven voor huisartsen en bedrijfsartsen apart. In de tabellen worden de resultaten geaggregeerd over de regiotypen gepresenteerd. In de tekst wordt ingegaan op relevante verschillen tussen regiotypen wat betreft de gevonden effecten. De tabellen per regiotype worden gepresenteerd in bijlage 2.3. Tenslotte wordt in paragraaf 5.4.9 nog ingegaan op de mate van bekendheid met en deelname aan de projectactiviteiten (op basis van vragen daarover bij de tweede meting).

### 5.4.2 *Responsgegevens*

In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van de aangeschreven en responderende artsen op de twee metingen. In totaal zijn 3.508 artsen aangeschreven: 2.280 huisartsen en 1.228 bedrijfsartsen. Van deze artsen hebben 1.436 aan de eerste meting meegedaan en behoorden tot de onderzoeksdoelgroep (praktiserend arts in de regio): 909 huisartsen en 527 bedrijfsartsen. Van dit cohort hebben 973 artsen ook aan de tweede meting meegedaan en behoorden tot de onderzoeksdoelgroep: 575 huisartsen en 398 bedrijfsartsen. Het totale responspercentage komt hiermee op 68%: 63% voor huisartsen en 75% voor bedrijfsartsen. In de LHV/NVAB-regio's lag het responspercentage iets ho-

---

<sup>1</sup> Soms waren aanpassingen van de antwoordcategorieën nodig om een goede toetsing mogelijk te maken. Toetsen zijn steeds alleen uitgevoerd op cases waarvan de te toetsen variabele op beide metingen bekend was.



ger dan in de ZonMw-regio's. Er is een herinneringsbrief verstuurd. De dataverzameling duurde ongeveer 4 maanden.

Tabel 5.1 Responsgegevens enquête huisartsen en bedrijfsartsen

	LHV/NVAB		ZonMw		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
<b>Huisartsen</b>						
totaal aangeschreven	1.435		845		2.280	
terecht aangeschreven*	1.364		803		2.167	
respondent meting 1	600	100%	309	100%	909	100%
respondent meting 1 en 2	385	64%	198	64%	583	64%
respondent in analyse**	378	63%	197	64%	575	63%
<b>Bedrijfsartsen</b>						
totaal aangeschreven	933		295		1.228	
terecht aangeschreven*	846		282		1.128	
respondent meting 1	398	100%	129	100%	527	100%
respondent meting 1 en 2	316	79%	97	75%	413	78%
respondent in analyse**	305	77%	93	72%	398	75%

\* Op basis van reacties op de mailing (geen (praktiserend) arts meer, verhuisd, etc.) zijn een aantal artsen uit de bestanden verwijderd

\*\* Op basis van antwoorden op de vragenlijsten (geen patiënten onder zorg, mondeling geïnterviewd (zie hoofdstuk 6), etc.) zijn een aantal artsen uit de bestanden verwijderd

In de ZonMw-regio's was het responspercentage van huisartsen in de regio Groningen relatief laag (55%). In de LHV/NVAB-regio's het responspercentage van huisartsen in de regio Zeeland (59%). Met behulp van een poweranalyse is globaal bepaald dat in totaal 400 huisartsen en 400 bedrijfsartsen (per regio minimaal 25 huisartsen en 25 bedrijfsartsen) benodigd zijn, voor het vinden van significante en relevante effecten (aanvankelijk waren 14 regio's beoogd: de poweranalyse was hierop gebaseerd). Het totaal aantal respondenten is dus voldoende om longitudinale analyses te kunnen uitvoeren. In de regio's Zeeland (6) en Twente (23) zijn van minder dan 25 bedrijfsartsen gegevens verzameld. De gegevens over deze groepen zijn te gering om zinvolle uitspraken over te kunnen doen. Om na te gaan of de respondenten die aan beide metingen hebben meegedaan geen selecte groep vormen, is een uitvalanalyse uitgevoerd voor enkele persoons- en werkkenmerken en enkele effectmaten. Op basis van deze analyse werden geen belangrijke verschillen gevonden tussen de respondenten die aan beide metingen hebben meegedaan en de respondenten die alleen aan de eerste meting hebben meegedaan (zie bijlage 2.4).

#### 5.4.3 De onderzoekspopulatie

Bijlage 2.5 en 2.6 bevatten een overzicht van de kenmerken van respectievelijk de huisartsen en de bedrijfsartsen. Vergeleken met gegevens van het NIVEL (van der Burg et al., 2003) van alle huisartsen in Nederland (peildatum 1 januari 2001) en de gegevens van de Tweede Nationale Studie (NS2) zijn er geen opvallende verschillen tussen de huisartsen in ons onderzoek en huisartsen in Nederland. Er zijn geen gegevens beschikbaar om vast te stellen of de bedrijfsartsen in ons onderzoek representatief zijn voor alle bedrijfsartsen in Nederland.

#### 5.4.4 De taakopvatting van huisarts en bedrijfsarts

Huisartsen weten over het algemeen welk werk een patiënt heeft (meting 1: 70%, meting 2: 71% altijd of vaak bekend). De belastende factoren op het werk zijn minder bekend (meting 1: 31 %, meting 2: 29% altijd of vaak bekend). Huisartsen in de ZonMw-regio's zeggen op de tweede meting de belastende factoren in het werk van de patiënt significant iets minder vaak te kennen dan op de eerste meting (meting 1: 34%, meting 2: 27% altijd of vaak). Huisartsen informeren meestal wel of de patiënt/erknemer zich heeft ziek gemeld als gevolg van de klachten (meting 1: 76% altijd of vaak, meting 2: 75% altijd of vaak).

Werkstaking- en werkhervattingadviezen worden vaak tot de eigen taak gerekend (zie tabel 5.2). Werkstakingadviezen worden op de tweede meting iets minder vaak tot de eigen taak gerekend dan op de eerste meting (overall en in ZonMw-regio's). De frequentie van het geven van een werkstakingadvies neemt eveneens af (overall en in LHV/NVAB-regio's).

Tabel 5.2 Taakopvatting huisarts

	Eerste meting N=575	Tweede meting N=575	Vershil	
Werkstakingadvies taak huisarts - Ja	80%	75%	-6%	*
Frequentie altijd of vaak	63%	56%	-7%	*
Werkhervattingadvies taak huisarts - Ja	77%	75%	-2%	
Frequentie altijd of vaak	61%	61%	1%	
Frequentie werkadvies gedurende wachtijd altijd of vaak	32%	35%	3%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Werkstaking- en werkhervattingadviezen en werkadvies gedurende de wachttijd worden door iets meer dan de helft van de bedrijfsartsen tot de taak van de huisarts gerekend (zie tabel 5.3). Werkadvies gedurende de wachttijd wordt op de tweede meting vaker als taak van de huisarts gezien dan op de eerste meting (overall).

Tabel 5.3 Taakopvatting bedrijfsarts

	Eerste meting N=398	Tweede meting N=398	Vershil	
Werkstakingadvies taak huisarts - Ja	61%	62%	1%	
Werkhervattingadvies taak huisarts - Ja	56%	54%	-2%	
Werkadvies gedurende de wachttijd taak huisarts - Ja	56%	61%	5%	*
Frequentie werkadvies gedurende wachttijd door bedrijfsarts zelf - altijd of vaak	88%	91%	4%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Ten aanzien van de verwijspraktijk van bedrijfsartsen, zijn ook i.v.m. de actualiteit enkele vragen gesteld. Gevraagd is naar de frequentie van verwijzen zonder overleg met de huisarts en naar de mate waarin de huisarts wel wordt geïnformeerd over de verwijzing (zie tabel 5.4).

Verwijzing zonder overleg met de huisarts vindt redelijk vaak plaats. Naar medisch specialist en fysiotherapeut minder vaak dan naar psycholoog/maatschappelijk werker en tweedelijns arbodienstverlener. Verwijzing naar een tweedelijns arbodienstverlener zonder overleg met de huisarts neemt toe (overall en in de LHV/NVAB-regio's). Verwijzing naar de medisch specialist en naar de psycholoog/maatschappelijk werker zonder overleg met de huisarts neemt toe in de LHV/NVAB-regio's. De huisarts wordt lang niet altijd geïnformeerd bij verwijzing door de bedrijfsarts. Bij verwijzing naar de fysiotherapeut wordt de huisarts in de tweede meting vaker geïnformeerd dan in de eerste meting (overall en LHV/NVAB-regio's).

Tabel 5.4 Verwijzing door bedrijfsarts

	Eerste meting N=398	Tweede meting N=398	Vershil	
<i>Verwijzing zonder overleg met huisarts</i>				
vindt vaak plaats:				
naar medisch specialist	3%	5%	1%	
naar fysiotherapeut	17%	19%	3%	
naar psycholoog/maatschappelijk werker	54%	58%	4%	
naar tweedelijns arbodienstverlener	40%	45%	6%	*
Als men verwijst zonder overleg, wordt de huisarts altijd of vaak <i>geïnformeerd</i> :				
Naar medisch specialist	40%	45%	4%	
Naar fysiotherapeut	21%	31%	10%	**
naar psycholoog/maatschappelijk werker	22%	27%	4%	
naar tweedelijns arbodienstverlener	28%	32%	4%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

De huisarts wordt bij verwijzing het vaakst telefonisch geïnformeerd. Maar dit is in de tweede meting significant minder vaak dan in de eerste meting (overall bij verwijzing naar de medisch specialist en in de ZonMw-regio's bij verwijzing naar de fysiotherapeut en de psycholoog/maatschappelijk werker). Het schriftelijk via de patiënt informeren van de huisarts over een verwijzing, vindt in de tweede meting significant vaker plaats dan in de eerste meting bij verwijzing naar een psycholoog/maatschappelijk werker (overall) en naar een tweedelijns arbodienstverlener (overall). In de ZonMw-regio's neemt het mondeling via de patiënt informeren van de huisarts bij verwijzing naar de medisch specialist toe.

#### 5.4.5 Frequentie van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts

Het aantal contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen is volgens de concrete opgave van de huisartsen afgenomen tussen de eerste en de tweede meting (zie tabel 5.5). Maandelijks van 1,3 naar 1,1 contacten (overall en in de LHV/NVAB-regio's) en halfjaarlijks van 6,1 naar 4,9 contacten (overall, in de ZonMw-regio's en in de LHV/NVAB-regio's). Van de huisartsen had 40% geen contact met een bedrijfsarts in de maand voorafgaand aan de tweede meting.

Er is in de vragenlijst van de tweede meting ook nog gevraagd naar een subjectieve inschatting van een trend in het aantal contacten gedurende het laatste jaar en de relatie met de projectactiviteiten in de regio. In de tweede meting meent 20% van de huisart-

sen dat het aantal contacten het afgelopen jaar is toegenomen, 72% niet veranderd en 7% afgenomen. Van de artsen die een toename aangaven, geeft 29% aan dat het komt door de projectactiviteiten, 33% zegt deels en 37% zegt dat het niet komt door de projectactiviteiten.

Tabel 5.5 Het gemiddeld aantal contacten met bedrijfsartsen volgens de huisarts

	Eerste meting	Tweede meting	Verschil	
	N=575	N=575		
	Gem. (sd)	Gem. (sd)		
Aantal contacten per maand	1,3 (+/- 1,5)	1,1 (+/- 1,4)	-0,2	*
waarvan mondeling/telefonisch	0,7 +/- 0,9)	0,6 (+/- 0,9)	-0,1	*
waarvan schriftelijk	0,5 (+/- 1,1)	0,5 (+/- 1,0)	0	
Aantal contacten per half jaar	6,1 (+/- 6,9)	4,9 (+/- 5,5)	-1,2	***
waarvan mondeling/telefonisch	3,2 (+/- 3,7)	2,5 (+/- 3,1)	-0,7	***
waarvan schriftelijk	2,9 (+/- 5,4)	2,4 (+/- 4,2)	-0,5	*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Het aantal contacten tussen bedrijfsartsen en huisartsen (zie tabel 5.6) is volgens de concrete opgave van de bedrijfsartsen niet significant toe- of afgenomen tussen de eerste en de tweede meting (overall en in beide typen regio's). Maandelijks van 3,5 naar 3,8 contacten en halfjaarlijks van 16,5 naar 15,6 contacten). Van de bedrijfsartsen had 7% geen enkel contact met een huisarts in de maand voorafgaand aan de tweede meting. Het aantal mondelinge/telefonische contacten is wel afgenomen. Halfjaarlijks van 9,5 naar 8,0 contacten (overall en in de LHV/NVAB-regio's).

Tabel 5.6 Het gemiddeld aantal contacten met huisartsen volgens de bedrijfsarts

	Eerste meting	Tweede meting	Verschil	
	N=398	N=398		
	Gem. (sd)	Gem. (sd)		
Aantal contacten per maand	3,5 (+/- 3,0)	3,8 (+/- 5,3)	0,3	
waarvan mondeling/telefonisch	2,0 (+/- 2,0)	2,0 (+/- 2,3)	0	
waarvan schriftelijk	0,9 (+/- 1,6)	1,1 (+/- 4,4)	0,2	
Waarvan via een briefje aan de patiënt	0,6 (+/- 1,3)	0,7(+/- 1,5)	0,1	
Aantal contacten per half jaar	16,5 (+/- 15,2)	15,6 (+/- 17,5)	-0,9	
waarvan mondeling/telefonisch	9,5 (+/- 11,5)	8,0 (+/- 18,7)	-1,5	**
waarvan schriftelijk	4,3 (+/- 6,8)	4,9 (+/- 13,9)	0,6	
waarvan via een briefje aan de patiënt	2,5 (+/- 5,5)	2,6 (+/- 5,1)	0,1	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

In de tweede meting meent 33% van de bedrijfsartsen dat het aantal contacten het afgelopen jaar is toegenomen, 63% niet veranderd en 4% afgenomen. Van de bedrijfsartsen die een toename aangaven, geeft 17% aan dat het komt door de projectactiviteiten, 38% zegt deels en 45% zegt dat het niet komt door de projectactiviteiten.

#### 5.4.6 Aard van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts

Huisartsen geven op de eerste meting in 19% van de gevallen aan dat het initiatief voor contact vaak of altijd van hun uitgaat. Op de tweede meting is dat 24%. Dit verschil is significant (overall en LHV/NVAB-regio's). Als huisartsen contact opnemen met be-

drijfsartsen dan is dat volgens hun opgave (zie tabel 5.7) op de eerste meting vaker telefonisch dan schriftelijk (80% en 14%, respectievelijk). Op de tweede meting is het verschil significant minder groot, maar het contact nog steeds veel vaker telefonisch (76% en 20%) (overall en in LHV/NVAB-regio's). Huisartsen vragen zowel bij telefonisch als schriftelijk contact met de bedrijfsarts bijna altijd (ongeveer 90%) expliciet toestemming aan de patiënt/werknemer. Op de tweede meting geven ze iets vaker aan dat zij toestemming hebben gevraagd aan de patiënt voor telefonisch contact met de bedrijfsarts dan op de eerste meting (overall en in ZonMw-regio's). Veel minder vaak wordt deze toestemming ook schriftelijk bevestigd. Bij telefonisch contact gebeurt dit nog minder vaak dan bij schriftelijk contact (4% voor telefonisch contact en 23% à 24% voor schriftelijk contact).

Tabel 5.7 De wijze van contact opnemen volgens de huisarts

	Eerste meting N=575	Tweede meting N=575	Vershil	
Als de <i>huisarts</i> contact opneemt, is dat:	N=390	N=433		*
uitsluitend of vaker telefonisch	80%	76%	-4%	
uitsluitend of vaker schriftelijk	14%	20%	6%	
Bij telefonisch contact altijd expliciete toestemming van de patiënt (als altijd of niet altijd)	N=353 91%	N=390 91%	1%	*
toestemming altijd schriftelijk bevestigd	N=350 4%	N=390 4%	0%	
Bij schriftelijk contact altijd expliciete toestemming van de patiënt (als altijd of niet altijd)	N=176 90%	N=194 89%	-1%	
toestemming altijd schriftelijk bevestigd	N=164 24%	N=184 23%	-1%	
Als de <i>bedrijfsarts</i> contact opneemt, is dat:	N=551	N=547		***
uitsluitend of vaker telefonisch	60%	51%	-8%	
uitsluitend of vaker schriftelijk	28%	36%	7%	
Bij telefonisch contact altijd schriftelijke verklaring van toestemming	N=522 12%	N=509 17%	5%	**
Bij schriftelijk contact altijd een schriftelijke verklaring van toestemming	N=446 78%	N=470 82%	4%	**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Als bedrijfsartsen contact opnemen dan is dat volgens huisartsen ook vaker telefonisch (60% telefonisch en 28% schriftelijk). Op de tweede meting is het verschil ook minder groot (51% telefonisch en 36% schriftelijk) dan op de eerste meting (overall, in de LHV/NVAB-regio's en in de ZonMw-regio's). Huisartsen geven op de tweede meting iets vaker aan dat de bedrijfsartsen bij telefonisch contact schriftelijke toestemming overleggen van de patiënt dan op de eerste meting (overall van 12% naar 17%, in de LHV/NVAB-regio's en in de ZonMw-regio's. Hetzelfde geldt voor schriftelijk contact door de bedrijfsarts (overall van 78% naar 82% en in de LHV/NVAB-regio's). Bedrijfsartsen geven op de eerste meting in 94% van de gevallen aan dat het initiatief voor contact vaak of altijd van hun uitgaat. Op de tweede meting is dat 95%. Dit verschil is niet significant. Bedrijfsartsen (zie tabel 5.8) nemen vaker telefonisch contact op dan schriftelijk (op de eerste meting respectievelijk 68% en 24%). Op de tweede meting (60% en 31% respectievelijk) is het verschil kleiner dan op de eerste meting (overall en in LHV/NVAB-regio's). De bedrijfsartsen vragen vaak expliciete toestem-

ming van de patiënt/werknemer voor contact met de huisarts; iets vaker bij schriftelijk contact (meting 1: 96%, meting 2: 95%) dan bij telefonisch contact (meting 1 en meting 2: 89%). Schriftelijke bevestiging van de toestemming geven bedrijfsartsen veel vaker bij schriftelijk contact (meting 1: 84%, meting 2: 88%) dan bij telefonisch contact (meting 1: 38%, meting 2: 40%).

Tabel 5.8 De wijze van contact opnemen volgens de bedrijfsarts

	Eerste meting N=398	Tweede meting N=398	Vershil
Als de <i>bedrijfsarts</i> contact opneemt, is dat:	N=392	N=395	**
uitsluitend of vaker telefonisch	68%	61%	-8%
uitsluitend of vaker schriftelijk	24%	31%	7%
Bij telefonisch contact altijd expliciete toestemming van de patiënt (als altijd of niet altijd)	N=380 89%	N=375 89%	0%
toestemming altijd schriftelijk bevestigd	N=380 38%	N=374 40%	2%
Bij schriftelijk contact altijd expliciete toestemming van de patiënt (als altijd of niet altijd)	N=298 96%	N=309 95%	0%
toestemming altijd schriftelijk bevestigd	N=294 84%	N=308 88%	4%
Als de <i>huisarts</i> contact opneemt, is dat:	N=310	N=299	
uitsluitend of vaker telefonisch	69%	65%	-3%
uitsluitend of vaker schriftelijk	21%	21%	0%
Bij telefonisch contact altijd schriftelijke verklaring van toestemming	N=295 0%	N=285 0%	0%
Bij schriftelijk contact altijd een schriftelijke verklaring van toestemming	N=211 1%	N=116 2%	1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Volgens bedrijfsartsen op de eerste en de tweede meting nemen huisartsen vaker telefonisch contact op dan schriftelijk (meting 1: respectievelijk 69% en 21%, meting 2: 65% en 21%). Huisartsen vragen volgens bedrijfsartsen zelden of nooit een schriftelijke verklaring van toestemming bij een contact (meting 1 en 2: 0% altijd bij telefonisch contact, meting 1: 1% en meting 2: 2% altijd bij een schriftelijk contact). Bedrijfsartsen in de ZonMw-regio's geven iets minder vaak op de tweede meting dan op de eerste meting aan dat huisartsen bij schriftelijk contact een schriftelijke toestemming van de werknemer meesturen.

Aan huis- en bedrijfsartsen zijn een aantal redenen voor contact voorgelegd (zie tabel 5.9 en 5.10). Huisartsen zoeken het vaakst contact om nadere achtergrondinformatie te geven (meting 1: 42% vaak, meting 2: 45% vaak). Bedrijfsartsen om informatie te vragen over de klachten (meting 1: 41% vaak, meting 2: 37% vaak) en om informatie te geven over de werksituatie (meting 1: 37%, meting 2: 36%). Er zijn weinig verschillen tussen de eerste en de tweede meting gevonden. Bedrijfsartsen noemen het overleggen over een gezamenlijk behandelings-/begeleidingsplan vaker als reden voor contact dan huisartsen.

Tabel 5.9 Redenen waarom huisartsen contact zoeken

	Eerste meting N=398	Tweede meting N=398	Vershil
Vaak om:			
patiënt te verwijzen	19%	18%	-2%
de mogelijkheden te verkennen voor terugkeer naar werk	27%	27%	0%
te attenderen op beperkingen voor werkhervatting	21%	21%	0%
nadere achtergrondinformatie te geven	42%	45%	4%
te overleggen over gezamenlijk behandelings-/begeleidingsplan	40%	38%	-2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 5.10 Redenen waarom bedrijfsartsen contact zoeken

	Eerste meting N=575	Tweede meting N=575	Vershil
Vaak om:			
Informatie te geven over de werksituatie	37%	36%	-1%
informatie te vragen over de aard van de klachten	41%	37%	-4%
Te vragen naar beperkingen voor werkhervatting	19%	18%	-1%
informatie te vragen over de inhoud van de behandeling	25%	24%	0%
te overleggen over gezamenlijk behandelings-/begeleidingsplan	69%	66%	-2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 5.4.7 Oordelen en opvattingen over mogelijke voordelen van samenwerken

Huisartsen oordelen gunstig over het contact (algemeen, sfeer, informatiegehalte) met bedrijfsartsen. In de tweede meting verbetert dit nog (overall (zie tabel 5.11) en Zon-Mw-regio's algemeen oordeel en informatiegehalte). In de tweede meting meent 22% dat het informatiegehalte van de contacten het afgelopen jaar is verbeterd, 76% niet veranderd en 2% verslechterd. Van de artsen die een verbetering aangaven, geeft 73% aan dat het (deels) komt door de projectactiviteiten.

Tabel 5.11 Oordelen van huisartsen over contacten

	Meting 1 N=575	Meting 2 N=575	Vershil
Algemeen oordeel			
redelijk of goed	84%	87%	3% *
Oordeel over sfeer			
goed of zeer goed	73%	78%	5%
Oordeel over informatiegehalte			
goed of zeer goed	61%	68%	7% *

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Bedrijfsartsen oordelen gunstig over het contact (algemeen, sfeer, informatiegehalte) met huisartsen. In de tweede meting verbetert dit nog.(overall (zie tabel 5.12), LHV/NVAB-regio's algemeen oordeel en sfeer, ZonMw-regio's sfeer).

Tabel 5.12 Oordelen van bedrijfsartsen over contacten

	Meting 1 N=398	Meting 2 N=398	Vershil	
Algemeen oordeel				
redelijk of goed	82%	89%	7%	***
Oordeel over sfeer				
goed of zeer goed	75%	84%	9%	***
Oordeel over informatiegehalte				
goed of zeer goed	63%	68%	5%	*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

In de tweede meting meent 26% dat het informatiegehalte van de contacten het afgelopen jaar is verbeterd, 74% niet veranderd en 1% verslechterd. Van de bedrijfsartsen die een verbetering aangaven, geeft 67% aan dat het (deels) komt door de projectactiviteiten.

Huisartsen vinden betere samenwerken (zie tabel 5.13) met bedrijfsartsen nodig (meting 1: 82%, meting 2: 79%). Ook bedrijfsartsen (zie tabel 5.14) vinden betere samenwerking nodig (meting 1: 87%, meting 2: 83%). Op de tweede meting is het aantal bedrijfsartsen dat aangeeft dat betere samenwerking niet hoeft, omdat deze al goed is, groter dan op de eerste meting (overall en LHV/NVAB-regio's).

Tabel 5.13 Voordelen van samenwerking volgens huisartsen

	Meting 1 N=575	Meting 2 N=575	Vershil	
Beter samenwerking is nodig	82%	79%	-3%	
Samenwerking is zeer belangrijk omdat:				
Het voorkomt dat de patiënt tegenstrijdige adviezen krijgt	83%	84%	1%	
Het vergroot de kans op spoedige reïntegratie	73%	71%	-1%	
het leidt tot betere afstemming van de begeleiding	67%	66%	-1%	
Het voorkomt het onderling uitspelen door de patiënt	66%	62%	-4%	
Het gaat de medicalisering van de klachten van de patiënt tegen	66%	67%	1%	
Het levert kwalitatief beter werk op (integraal patiëntbeeld)	62%	61%	-1%	
Het dringt het ziekteverzuim terug	37%	40%	3%	
Het verbetert de controle op het verzuim	18%	20%	1%	*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



Tabel 5.14 Voordelen van samenwerking volgens bedrijfsartsen

	Meting 1 N=398	Meting 2 N=398	Vershil
Betere samenwerking is nodig	87%	83%	-4%
Samenwerking is zeer belangrijk omdat:			
Het voorkomt dat de patiënt tegenstrijdige adviezen krijgt	84%	85%	1%
Het vergroot de kans op spoedige Reïntegratie	83%	81%	-2%
het leidt tot betere afstemming van de begeleiding	79%	76%	-3%
Het gaat de medicalisering van de klachten van de patiënt tegen	78%	80%	2%
Het levert kwalitatief beter werk op (integraal patiëntbeeld)	76%	76%	0%
Het voorkomt het onderling uitspelen door de patiënt	62%	62%	0%
Het dringt het ziekteverzuim terug	36%	36%	-1%
Het verbetert de controle op het verzuim	5%	5%	1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Huis en bedrijfsartsen vinden bijna alle genoemde voordelen van samenwerking zeer belangrijk (zie tabel 5.13 en 5.14). Huisartsen en bedrijfsartsen vinden beide het voorkomen van tegenstrijdige adviezen en het vergroten van de kans op een spoedige reïntegratie het belangrijkste. Huis- en bedrijfsartsen zijn het eens dat controle van verzuim en terugdringing van ziekteverzuim een minder belangrijk voordeel is van samenwerking. Er is slechts één significant effect gevonden. Huisartsen vinden op de tweede meting samenwerking iets vaker belangrijk voor de controle van het ziekteverzuim (overall).

#### 5.4.8 *Knelpunten die huisartsen en bedrijfsartsen in de praktijk ervaren*

Huisartsen vinden het niet bekend zijn van naam en telefoonnummer van bedrijfsartsen vaak een knelpunt dat zich frequent voordoet (zie tabel 5.15). Hierin zijn geen veranderingen geconstateerd tussen eerste en tweede meting. Het niet terugbellen van de bedrijfsarts en het niet aanwezig zijn, als de bedrijfsarts wel terugbelt zijn minder belangrijke en frequente knelpunten, maar ze scoren wel significant hoger op de tweede meting (overall). Bedrijfsartsen vinden relatief vaak het niet aanwezig zijn van de huisarts als ze bellen, een belangrijk en frequent knelpunt (zie tabel 5.16).

Tabel 5.15 Knelpunten in bereikbaarheid volgens huisartsen

	Eerste meting N=575	Tweede meting N=575	Vershil
Gebeurt altijd of vaak en is een knelpunt:			
Naam andere arts niet bekend	66%	70%	4%
Telefoonnummer bedrijfsarts niet te vinden	61%	64%	3%
Ik bel, maar de andere arts is niet aanwezig	39%	45%	5%
Ondanks mijn verzoek belt de andere arts niet terug	13%	22%	8% ***
De andere arts belt terug, maar ik ben niet aanwezig	12%	16%	4% *

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 5.16 Knelpunten in bereikbaarheid volgens bedrijfsartsen

	Eerste meting N=398	Tweede meting N=398	Vershil
Gebeurt altijd of vaak en is een knelpunt:			
Naam andere arts niet bekend	4%	4%	0%
Ik bel, maar de andere arts is niet aanwezig	45%	41%	-4%
Ik bel, maar de huisarts wil niet gestoord worden	28%	29%	0%
Ondanks mijn verzoek belt de andere arts niet terug	14%	14%	0%
De andere arts belt terug, maar ik ben niet aanwezig	20%	21%	1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 5.17 Overige knelpunten volgens huisartsen

	Eerste meting N=575	Tweede meting N=575	Vershil	
Belangrijk knelpunt:				
Onbekend wie de bedrijfsarts is omdat de patiënt dit zelf niet weet	61%	60%	-1%	
Onduidelijk waarvoor de informatie gebruikt wordt	57%	45%	-12%	***
Onduidelijk is of de bedrijfsarts de belangen van de werknemer of voornamelijk van de werkgever behartigt	55%	40%	-15%	***
Bedrijfsartsen wisselen vaak waardoor je zelden te maken hebt met dezelfde over een patiënt	48%	45%	-3%	
Je kunt niet echt open/vrijuit van gedachten wisselen omdat de bedrijfsarts jouw informatie eventueel doorgeeft aan anderen	47%	38%	-9%	***
Als huisarts heb je geen beeld van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt	45%	40%	-4%	
Voor beide partijen ontbreken richtlijnen over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	41%	34%	-7%	***
Huisartsen hebben te weinig kennis van de bedrijfsgezondheidszorg en de wetgeving op dit terrein	29%	24%	-6%	*
Bedrijfsartsen tonen weinig interesse in de patiënt en hebben alleen oog voor snelle werkhervatting	25%	19%	-7%	**
Je kent de andere arts(en) niet persoonlijk	23%	23%	1%	
Er wordt voornamelijk schriftelijk gecommuniceerd	8%	8%	-1%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Huisartsen vinden meer dan de helft van de genoemde overige knelpunten (zie tabel 5.17) op de tweede meting minder belangrijk dan op de eerste (overall). Van de top 5 knelpunten voor de huisarts op de eerste meting, nemen 3 (relatief) sterk af op de tweede meting: onduidelijkheid over gebruik van verstrekte informatie (57 naar 45%), onduidelijkheid wiens belangen de bedrijfsarts dient (55 naar 40%) en niet vrij uit kunnen spreken (47 naar 38%). Voor bedrijfsartsen zijn, op twee van de knelpunten na, geen significante verschillen tussen de eerste en tweede meting (zie tabel 5.18). Het belangrijkste knelpunt volgens de bedrijfsartsen op de eerste meting, (onduidelijkheid bij de huisartsen over de belangen van bedrijfsartsen) neemt wel relatief sterk af op de tweede meting. Voor zowel huis- als bedrijfsartsen is het ontbreken van samenwerkingsrichtlijnen een minder belangrijk knelpunt geworden.

Tabel 5.18 Overige knelpunten volgens bedrijfsartsen

	Eerste meting N=398	Tweede meting N=398	Vershil	
Belangrijk knelpunt:				
Huisartsen denken dat de bedrijfsarts niet de belangen van de werknemer, maar voornamelijk de belangen van de werkgever behartigt	63%	54%	-9%	***
Huisarts heeft geen helder beeld van wat ze van een bedrijfsarts mogen verwachten	59%	55%	-3%	
Huisartsen beseffen niet dat het vermijden van verzuim ook werknemersbelang is	47%	47%	0%	
Huisartsen hebben te weinig kennis van de bedrijfsgezondheidszorg en de wetgeving op dit terrein	47%	42%	-4%	
Huisarts kent de verschillen niet tussen bedrijfs- en verzekeringsarts en denkt dat info gebruikt wordt voor verzuimcontrole	46%	43%	-3%	
Huisartsen hebben geen oog voor het werk van de patiënt	37%	35%	-3%	
Voor beide partijen ontbreken richtlijnen over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	32%	22%	-9%	***
Je kent de andere arts(en) niet persoonlijk	23%	23%	0%	
Er wordt voornamelijk schriftelijk gecommuniceerd	21%	14%	-7%	
Je kunt niet echt open/vrijuit met elkaar van gedachten wisselen, omdat je rekening moet houden met aanklagen door de patiënt	11%	13%	2%	
Huisartsen kijken neer op bedrijfsartsen, ze vinden ons geen echte arts	10%	12%	2%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 5.4.9 Bekendheid en deelname aan de projecten

Van alle huisartsen is 6% goed bekend met de projectactiviteiten, 28% ten dele bekend, 22% slecht bekend en 44% in het geheel niet bekend met projectactiviteiten in hun regio. Aan de huisartsen die in enige mate bekend zijn, is gevraagd of ze ook hebben deelgenomen aan de projectactiviteiten. Van de huisartsen die in enige mate bekend zijn, heeft 52% niet deelgenomen aan de projectactiviteiten (29% van totaal). Samenvoeging van beide variabelen leidt tot het resultaat dat iets meer dan een kwart (26%) van de responderende huisartsen in enige mate bekend was met de projectactiviteiten en in enige mate heeft deelgenomen (zie tabel 5.19). In de LHV/NVAB-regio's is dit percentage hoger (30%), in de ZonMw-regio's lager (19%). Dit verschil is significant.

Tabel 5.19 Bekendheid met en deelname aan projecten door huisartsen en bedrijfsartsen gebaseerd op de tweede meting

	HA N=575	BA N=398
Mate van bekendheid en deelname		**
bekend en deelgenomen	26%	45%
niet bekend of bekend maar niet deelgenomen	74%	55%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Van alle bedrijfsartsen is 18% goed bekend met de projectactiviteiten, 40% ten dele bekend, 23% slecht bekend en 20% in het geheel niet bekend met projectactiviteiten in hun regio. Aan de bedrijfsartsen die in enige mate bekend zijn, is gevraagd of ze ook hebben deelgenomen aan de projectactiviteiten. Van de bedrijfsartsen die in enige mate bekend zijn, heeft 43% in het geheel niet deelgenomen aan de projectactiviteiten (34% van het totaal). Samenvoeging van beide variabelen leidt tot het resultaat dat bijna de helft (45%) van de responderende bedrijfsartsen in enige mate bekend was met de projectactiviteiten en in enige mate heeft deelgenomen (zie ook tabel 5.19). In de LHV/NVAB-regio's is dit percentage hoger (49%), in de ZonMw-regio's lager (33%). Ook dit verschil is significant.

## 5.5 Discussie

Het aantal gevonden effecten is beperkt. Een verklaring kan gevonden worden in de tijdsduur van de projectactiviteiten en in bestaande theorieën over gedragsverandering (zie ook de afsluitende hoofdstukken). De ZonMw-projecten hadden een looptijd van één jaar. De LHV/NVAB-projecten twee jaar. Alvorens het gedrag daadwerkelijk verandert, moeten artsen weten wat er te veranderen valt en moeten ze dat ook willen. In de houding van artsen ten opzichte van elkaar en samenwerking met elkaar is zeker iets ten positieve veranderd. Dit heeft echter nog niet daadwerkelijk tot meer contacten geleid. Huis- en bedrijfsartsen geven ook regelmatig aan dat dit op de termijn van één à twee jaar ook niet verwacht mag worden. Een groot verschil tussen willen samenwerken en dat ook daadwerkelijk doen, werd ook al geconstateerd in de regionale evaluaties (Bakker et al., 2003; van den Heuvel et al., 2003).

Onduidelijk is in hoeverre de gevonden effecten toe te schrijven zijn aan de projectactiviteiten. Met uitzondering van de artsen, die voor het onderzoek over gedragsverandering zijn geïnterviewd (zie hoofdstuk 7), zijn alle artsen van de doegroep in de betreffende regio's aangeschreven. Dit terwijl de projecten niet alle artsen hebben bereikt. Bijna de helft van de responderende bedrijfsartsen en ruim een kwart van de huisartsen was bekend met en heeft deelgenomen aan de projecten. Verwacht zou kunnen worden dat bij deze artsen (deelnemers) duidelijker verbeteringen in het proces van samenwerking gevonden kunnen worden dan bij artsen die niet bekend waren of wel bekend waren maar niet hebben deelgenomen (niet deelnemers). In een eerste analyse zijn hiervoor geen bewijzen gevonden (zie bijlage 2.7). Secundaire analyses en de resultaten van een referentie-onderzoek door het NIVEL (Zie nog hoofdstuk 9.5).

Er zijn wel grote verschillen tussen regiotypen wat betreft de bekendheid met de projectactiviteiten en de mate van deelname. In de LHV/NVAB-regio's hebben meer art-

sen deelgenomen aan de activiteiten dan in de ZonMw-regio's. Een uitputtende analyse van de resultaten in de beide regiotypen in relatie tot de mate van bekendheid en deelname van artsen voert in het kader van dit onderzoek te ver. De gevonden verschillen tussen regio's (zie bijlage 2.3) moeten echter wel in dit licht worden gezien.

## 5.6 Conclusies

Ten aanzien van het proces van samenwerken hebben we in dit hoofdstuk informatie gepresenteerd over de stand van de volgende factoren aan het begin en aan het einde van de projectactiviteiten:

- De taakopvattingen van huisarts en bedrijfsarts?
- De frequentie waarmee huisarts en bedrijfsarts met elkaar contact opnemen?
- De bereikbaarheid en wijze waarop contact met elkaar wordt opgenomen?
- Opvattingen over mogelijke voordelen van samenwerken?
- Knelpunten die huisartsen en bedrijfsartsen in de praktijk ervaren?

Kort gezegd ging het om de frequentie van de contacten, de kwaliteit van de contacten en de randvoorwaarden voor samenwerking (bevorderende en belemmerende omstandigheden).

### 5.6.1 *Effecten op de frequentie van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts*

- Huisartsen rapporteren op de tweede meting minder contacten met bedrijfsartsen dan op de eerste meting. Halfjaarlijks van 6 naar 5 contacten. Vooral het aantal mondelinge/telefonische contacten liep terug.
- Bedrijfsartsen rapporteren op beide metingen evenveel contacten met huisartsen. Halfjaarlijks gemiddeld 16 contacten. Het aantal mondelinge/telefonische contacten neemt wel iets af.
- Het verschil in aantal contacten tussen bedrijfsartsen en huisartsen is verklaarbaar. Er zijn veel meer huisartsen dan bedrijfsartsen, terwijl huisartsen ook niet-werkenden zien.

### 5.6.2 *Effecten op de kwaliteit van de contacten tussen huisarts en bedrijfsarts*

Aard van de contacten:

- Het aandeel van telefonische contacten neemt af ten gunste van het aantal schriftelijke contacten. Telefonisch contact blijft het meest frequent voorkomen, zowel bij huisartsen als bedrijfsartsen.
- Vaak wordt wel toestemming aan de patiënt/werknemer gevraagd voor het contact, maar die toestemming wordt, vooral door de huisarts en vooral bij telefonisch contact, lang niet altijd bevestigd.
- Er zijn geen noemenswaardige effecten tussen eerste en tweede meting wat betreft het vragen van toestemming. Er kan sprake zijn van een plafondeffect. Dat wil zeggen dat er geen effecten zijn gevonden omdat bijna alle artsen het gewenste gedrag al vertonen.
- Er zijn geen effecten gevonden tussen de eerste en de tweede meting wat betreft het schriftelijk laten bevestigen van de toestemming voor contact door de patiënt/werknemer.

Oordeel over de contacten:

- Zowel bij huis- als bedrijfsartsen geeft de tweede meting een significant positiever oordeel te zien over de contacten in het algemeen en het informatiegehalte tijdens de contacten. Ook het oordeel over de sfeer is bij huis- en bedrijfsartsen positiever op de tweede meting, maar dit verschil is alleen voor bedrijfsartsen significant. Huisartsen en bedrijfsartsen beoordelen de wederzijdse contacten in meerderheid

positief maar vinden tegelijkertijd betere samenwerking nodig. Het aantal bedrijfsartsen dat aangeeft dat betere samenwerking niet nodig is bij de tweede meting groter dan bij de eerste.

### 5.6.3 *Effecten op de randvoorwaarden voor samenwerking*

Taakopvatting:

- Er zijn geen effecten tussen de eerste en de tweede meting gevonden wat betreft het zicht van huisartsen op het werk en de eventuele ziekmelding van de patiënt en de belastende factoren daarin. De belastende factoren zijn het minst vaak bekend.
- Werkstakingadviezen worden door huisartsen op de tweede meting iets minder vaak tot hun taak gerekend en ook iets minder frequent gegeven. Werkadvies tijdens wachttijd wordt op de tweede meting door bedrijfsartsen iets vaker als taak van de huisarts gezien dan op de eerste meting.

Initiatief en redenen voor contact:

- Op de tweede meting nemen huisartsen relatief vaker het initiatief voor contact dan op de eerste meting. Bedrijfsartsen nemen nog steeds veel vaker het initiatief voor contact.
- Er zijn geen noemenswaardige veranderingen opgetreden in de redenen waarom huisartsen en bedrijfsartsen contact zoeken met elkaar. Er bestaat hierover redelijke overeenstemming tussen huis- en bedrijfsartsen.
- Er zijn geen effecten gevonden met betrekking tot de belangen die huis- en bedrijfsartsen toekennen aan voordelen van samenwerking. Huis en bedrijfsartsen vinden bijna alle genoemde voordelen van samenwerking zeer belangrijk, met uitzondering van het terugdringen en controleren van ziekteverzuim.

Belang van knelpunten voor samenwerking:

- Zowel huisartsen en bedrijfsartsen beoordelen bereikbaarheid als een knelpunt in wederzijdse contacten. Voor huisartsen speelt vooral dat de naam en het telefoonnummer van de bedrijfsarts niet bekend is, voor bedrijfsartsen vooral het niet aanwezig zijn van de huisarts of het niet gestoord willen worden. Met uitzondering van een vergroting van het knelpunt voor huisartsen m.b.t. het niet terugbellen van de bedrijfsarts zijn er geen significante verschillen tussen de eerste en de tweede meting.
- Van de overige knelpunten voor samenwerking die beoordeeld worden door huisartsen en bedrijfsartsen valt vooral op dat huisartsen meer dan de helft van de genoemde knelpunten op de tweede meting minder belangrijk vindt dan op de eerste meting. Van de vijf belangrijkste knelpunten voor de huisarts worden drie duidelijk minder belangrijk gevonden (onduidelijk waarvoor de bedrijfsarts de informatie gebruikt, onduidelijk wiens belangen de bedrijfsarts behartigt, niet vrijuit kunnen spreken omdat de bedrijfsarts de informatie mogelijk doorgeeft aan anderen). Het belangrijkste knelpunt volgens de bedrijfsartsen op de eerste meting, (huisartsen denken dat bedrijfsartsen vooral de belangen van de werkgever behartigt) neemt ook af op de tweede meting.
- Het ontbreken van samenwerkingsrichtlijnen wordt door huisartsen en bedrijfsartsen minder vaak als knelpunt gezien. In het belang dat bedrijfsartsen toekennen aan de overige samenwerkingsknelpunten zijn weinig significante verschillen geconstateerd.

### 5.6.4 *Effecten van de projectactiviteiten*

- Ruim een kwart van de geënquêteerde huisartsen heeft in enige mate deelgenomen aan de projectactiviteiten. Een derde was goed of ten dele bekend met de projectactiviteiten.

- Bijna de helft van de geënquêteerde bedrijfsartsen heeft in enige mate deelgenomen aan de projectactiviteiten. Bijna 60% was goed of ten dele bekend met de projectactiviteiten.
- Het is niet mogelijk de gevonden effecten direct toe te schrijven aan de projectactiviteiten.
- Artsen die positieve ontwikkelingen zien in de samenwerking (meer contacten en beter informatiegehalte) gedurende het jaar voorafgaande aan de tweede meting, schrijven die activiteiten in ruim de helft van de gevallen (deels) toe aan de projectactiviteiten.

#### 5.6.5 *Verschillen tussen LHV/NVAB- en ZON-regio's*

- Er is sprake van verschillende effecten in LHV/NVAB-regio's en ZonMw-regio's. Er is geen sprake van tegengestelde effecten in de regiotypes. De gevonden verschillen zijn niet systematisch en er zijn niet direct relaties te leggen met verschillen in aanpak tussen de regiotypes.
- In de LHV/NVAB-regio's zijn artsen vaker bekend met de projectactiviteiten in de regio's en hebben ook vaker deelgenomen. Dit verklaard mogelijk een deel van de verschillen.

#### 5.6.6 *Conclusies verwijfsfunctie bedrijfsartsen*

- Verwijzing door bedrijfsartsen zonder overleg met huisartsen vindt regelmatig plaats, vooral naar psycholoog/maatschappelijk werker en tweedelijns arbodienstverlener.
- Als wordt verwezen zonder overleg, wordt de huisarts in een kwart tot de helft van de gevallen wél geïnformeerd.
- Hoewel de huisarts bij een verwijzing het vaakst telefonisch wordt geïnformeerd, lijkt er een verschuiving plaats te vinden naar meer schriftelijk (eventueel via de patiënt) informeren.

#### 5.6.7 *Onderzoekspopulatie*

- De huisartsen in dit onderzoek lijken wat betreft hun persoons- en praktijkkenmerken niet af te wijken van landelijke cijfers van het NIVEL. Verwacht kan worden dat de in de deelnemende regio's gevonden effecten, ook landelijk gevonden zouden zijn als de verschillende projectactiviteiten op landelijke schaal zouden zijn uitgezet.
- Omdat over de bedrijfsartsenpopulatie geen algemene kenmerken beschikbaar zijn, kunnen over de representativiteit hiervan geen uitspraken worden gedaan.



## 6 Effecten op sociaal psychologische factoren

### 6.1 Samenvatting

Onderzocht is welke veranderingen er zijn opgetreden in sociaal psychologische factoren. Huisartsen blijken bij de tweede meting zich sterker met hun eigen beroep te identificeren. Ook het vertrouwen in bedrijfsartsen en in hun werk is toegenomen. Er is geen verschil gevonden tussen de huisartsen die wel en diegenen die niet deelnamen aan de projectactiviteiten. Huisartsen die meer vertrouwen in bedrijfsartsen hadden gekregen, hadden meer contacten met bedrijfsartsen en/of werkten vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Dit is mogelijk een voortrekkersgroep.

Bedrijfsartsen blijken zich bij de tweede meting minder sterk met hun eigen beroep te identificeren. Het vertrouwen in huisartsen is toegenomen. Bij de huis- en bedrijfsartsen blijkt er in grote lijnen geen verschil tussen enerzijds de LHV/NVAB regio's en anderzijds de ZonMw regio's. Ook is er geen verschil tussen de artsen die wel en diegenen die niet deelnamen aan de projecten. Bedrijfsartsen die meer vertrouwen in huisartsen kregen, verschilden niet van de andere bedrijfsartsen.

Beide groepen artsen hebben dus meer vertrouwen gekregen in de andere beroepsgroep. De veranderingen zijn klein. Het is niet duidelijk of deze verandering direct samenhangt met de projecten of dat het om een landelijke trend gaat.

### 6.2 Inleiding

Bij het samenwerken tussen mensen uit verschillende groepen spelen sociaal psychologische factoren mee. De basis hiervoor is te vinden in de sociale identiteitstheorie. Deze theorie gaat ervan uit dat mensen identiteit nodig hebben. Die hebben ze nodig voor hun zelfgevoel. Die identiteit ontleen ze bijvoorbeeld aan hun beroep of aan een andere groep. Mensen willen graag een positieve identiteit (Ellemers et al., 1999). Die kan men verwerven door zich af te zetten tegen een andere groep. Bijvoorbeeld door zichzelf (hun eigen groep) beter te vinden dan een andere groep met wie men zich vergelijkt: meer competent, meer ervaren, beter presterend. Het streven naar een positieve identiteit is voldoende om de eigen groep hoger te waarderen. Er ontstaan zo eerder concurrentie en vijandigheid dan coöperatie en waardering. Er is een verband met status. Groepen die hoger in de 'pikorde' staan, willen deze status bevestigen. Groepen met een lagere plaats proberen zich minimaal aan de hogere groep gelijk te achten of beter te zijn ('upward drive').

In de gezondheidszorg bestaat van oudsher al een sterke 'pikorde'. In het Medische Profielenboek (1999) staan per specialisme de eigen score op status binnen de medische wereld aangegeven. Huisartsen scoren hier hoger dan bedrijfsartsen.

Omdat verschillen in status tussen beroepsgroepen onderling ongunstig zijn voor samenwerking tussen deze groepen, zou een gunstig effect van samenwerkingsprojecten kunnen zijn, dat de statusverschillen verminderen. Als gunstige effecten van de regionale projecten zou idealiter verwacht kunnen worden dat de identificatie met de eigen discipline minder wordt en de relatieve positie meer gelijk aan de ander.

Naast identiteit en relatieve positie zijn de factoren verantwoordelijkheid en afhankelijkheid van belang. Bij verantwoordelijkheid gaat het enerzijds om formele verantwoordelijkheidsverdeling: wie mag wat doen. Daarnaast gaat het om hoe de verdeling voelt in de praktijk. Het gaat er ook om in hoeverre men het met elkaar eens is over de verdeling van verantwoordelijkheden. Naar aanleiding van de eerder genoemde hogere relatieve positie van huisartsen ten opzichte van die van bedrijfsartsen, is te verwach-

ten dat huisartsen zichzelf meer verantwoordelijkheid toeschrijven dan bedrijfsartsen aan zichzelf toeschrijven. Het gevoel afhankelijk te zijn van de gegevens van de ander is de tegenpool van verantwoordelijkheid. Wie zich meer verantwoordelijk voelt bijvoorbeeld voor diagnostiek van arbeidsrelevante aandoeningen zal zich minder afhankelijk voelen.

Als gunstige effecten van de regionale projecten zou verwacht kunnen worden dat de door de beroepsgroepen gevoelde verantwoordelijkheid gelijk(er) wordt en dat men zich afhankelijker voelt van de informatie van de ander.

Vertrouwen in de ander is een belangrijke factor bij samenwerken. Vertrouwen heeft te maken met 'risico'. Vertrouwen is te definiëren als 'een situatie waarin men positieve verwachtingen heeft over de motieven van de ander met betrekking tot zichzelf in risicovolle situaties' (Boon et al.).

Bij het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen ziet de huisarts bijvoorbeeld als gevaar dat de bedrijfsarts medische informatie doorgeeft aan de werkgever. Een bedrijfsarts ziet bijvoorbeeld als risico dat wanneer hij of zij een werknemer naar een huisarts verwijst, dat deze bij behandeling en advisering onvoldoende rekening houdt met factoren op het werk.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten vertrouwen. Voor het bestuderen van samenwerking zijn er twee gekozen: vertrouwen in het werk van de ander: knowledge-based trust (KBT) en vertrouwen in de communicatie van de ander. Deze laatste wordt in de literatuur identification-based trust (IBT) genoemd (Lewicki & Bunker, 1996). Knowledge-based trust is gebaseerd op het gedrag (de taken) van de ander. Als je voldoende weet van wat de ander doet, van het vak van de ander, dan kun je die ander vertrouwen. Identification-based trust is gebaseerd op een meer persoonlijke band met de ander. Als je weet hoe de ander communiceert, hoe de ander met patiënten omgaat, dan kun je min of meer voorspellen hoe het gedrag van de ander zal zijn. Je hebt je als het ware in de ander ingeleefd.

Vertrouwen kun je niet afdwingen en niet vastleggen in convenanten. Vertrouwen moet namelijk groeien. En vertrouwen groeit weer, juist door met elkaar contact te hebben. In een groeiende relatie zal eerst de knowledge-based trust ontstaan en later, als het goed gaat, de identification-based trust. In het contact tussen huisartsen en bedrijfsartsen blijken de twee soorten vertrouwen inderdaad voor te komen (Nauta et al., 2001, 2002).

Een gunstig effect van de regionale projecten zou kunnen zijn dat de KBT en wellicht ook de IBT groter wordt, vooral wanneer er veel persoonlijke contacten zijn geweest.

De vraagstelling met betrekking tot effecten op sociaal psychologische factoren is als volgt:

Zijn er na afloop van de implementatieactiviteiten verschuivingen vast te stellen in

- a. De opvattingen over het eigen beroep: beroepsidentificatie
- b. De opvattingen over het eigen beroep in vergelijking tot het beroep van de ander: relatieve positie
- c. De afhankelijkheid van elkaars informatie
- d. De gevoelde verantwoordelijkheidsverdeling
- e. Het vertrouwen in de ander: knowledge based trust en identification based trust.

Tevens wordt nagegaan

- of er verschillen zijn tussen enerzijds de LHV/NVAB regio's en anderzijds de ZonMw regio's;
- of er verschillen zijn tussen aan de projecten deelnemende en niet-deelnemende artsen.

Secundaire vragen zijn:

- f. Wanneer er een verschil is gevonden, verschillen die artsen die zijn veranderd dan van de andere op een aantal persoonskenmerken (leeftijd en geslacht), werkkenmerken (aantal jaren ervaring, praktijkvorm) of aantal contacten?

Wat is het verband tussen het aantal contacten met de ander en de score op vertrouwen?

## 6.3 Methode

### 6.3.1 Onderzoekspopulatie

Dit gedeelte van het onderzoek maakt gebruik van het zelfde bestand als het onderzoek dat in hoofdstuk 5 is beschreven. Het gaat om vragenlijstgegevens van 575 huisartsen en 398 bedrijfsartsen. Voor een beschrijving van de kenmerken van deze groep wordt verwezen naar bijlage 3.

### 6.3.2 Instrument: vragenlijst

Om de sociaal psychologische variabelen te meten, zijn vragen gesteld, die voor een groot deel vergelijkbaar zijn met een transversaal onderzoek in 1999 onder huisartsen en bedrijfsartsen in de regio Zuidwest Nederland (Nauta et. 2001, 2002).

De vragenlijst is getest en de consistentie van de schalen ervan was voldoende/goed. De zes variabelen zijn op de volgende wijze in de vragenlijst geoperationaliseerd.

Beroepsidentificatie is geoperationaliseerd met vier stellingen:

- 1 Ik heb het erg naar mijn zin als huisarts/bedrijfsarts;
- 2 Ik vind huisarts/bedrijfsarts het mooiste beroep dat er is;
- 3 Ik ben er bijzonder trots op dat ik huisarts/bedrijfsarts ben;
- 4 Ik denk er niet over mijn vak als huisarts/bedrijfsarts ooit op te geven.

De scores zijn opgeteld en gedeeld door vier.

Voor relatieve positie zijn de volgende stellingen voorgelegd:

- 1 Om goed te functioneren als huisarts/bedrijfsarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts/huisarts kennis op meer gebieden nodig.
- 2 Om goed te functioneren als huisarts/bedrijfsarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts/huisarts vaardigheden op meer gebieden nodig.

De scores zijn opgeteld en gedeeld door twee.

Voor verantwoordelijkheid zijn de volgende vragen gesteld:

Wie is volgens u verantwoordelijk:

- 1 voor de diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?
- 2 voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?
- 3 voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?

De antwoordcategorieën zijn: zelf meer verantwoordelijk, beiden evenveel verantwoordelijk, ander meer verantwoordelijk of onduidelijk. Het laatste antwoord is niet meegeteld, alleen als de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk was, is gescoord. De scores zijn opgeteld en door drie gedeeld.

Voor afhankelijkheid zijn dezelfde situaties gebruikt als bij verantwoordelijkheid. Er is gevraagd hoe afhankelijk men is van de informatie van de andere discipline. Er waren vier antwoordcategorieën. De scores zijn opgeteld en door drie gedeeld.

Zoals hierboven reeds beschreven, zijn er twee soorten vertrouwen gemeten.

Voor knowledge based trust (KBT) waren de vragen:

- 1 Ik heb veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen/ huisartsen;
- 2 Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen/ huisartsen somatische diagnoses stellen;
- 3 Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen/ huisartsen psychische diagnoses stellen;.

Er waren vijf antwoordcategorieën (van geheel eens tot geheel oneens).

De scores zijn opgeteld en door drie gedeeld.

Voor identification based trust (IBT) waren de vragen:

- 1 Bedrijfsartsen/ huisartsen zijn open naar de huisartsen/ bedrijfsartsen toe;
- 2 Bedrijfsartsen/ huisartsen houden altijd rekening met verschillende kanten van de zaak;
- 3 Bedrijfsartsen/ huisartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten;
- 4 Bedrijfsartsen/ huisartsen geven aan hun patiënten duidelijk aan waarom zij contact met de huisarts/ bedrijfsarts willen;

Er waren vijf antwoordcategorieën (van geheel eens tot geheel oneens).

De scores zijn opgeteld en door vier gedeeld.

### 6.3.3 *Analysemethode*

Om verschillen te toetsen tussen de tijdstippen, tussen de regiogroepen en tussen deelnemende en niet deelnemende artsen is gebruik gemaakt van t-toetsen.

De mogelijke invloed van regiogroep, deelname, persoonlijke factoren, werkfactoren en aantal contacten alsmede het verband tussen aantal contacten en vertrouwen is gedaan met behulp van variantieanalyses en kruistabellen.

## 6.4 **Resultaten**

### 6.4.1 *Verschillen tussen eerste en tweede meting m.b.t. sociaal psychologische factoren*

De respons op de vragenlijsten staat reeds vermeld in hoofdstuk 5.4.2. De verschillen tussen de twee tijdstippen staan voor de zes onderzochte sociaal psychologische variabelen in tabel 6.1 voor de huisartsen en in tabel 6.2 voor de bedrijfsartsen.

Tabel 6.1 Gemiddelde scores van huisartsen op sociaal psychologische variabelen

	Eerste meting N=560	Tweede meting N=573	Vershil
Beroepsidentificatie (scores 1-5, hogere score is sterkere beroepsidentificatie)	4.20	4.30	p = .00**
Relatieve positie (scores 1-5, score 3: voelt zich gelijk aan de ander, score boven de 3: voelt zich hoger in positie dan de ander)	4.20	4.30	p = .10
Verantwoordelijkheid (score 1-3, hogere score: meer eigen verantwoordelijkheid)	1.79	1.80	p = .72
Afhankelijkheid (score 1-4, hogere score meer afhankelijk)	2.50	2.53	p = .30
Knowledge-based trust (KBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.30	3.40	p = .008**
Identification-based trust (IBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.13	3.20	p = .03*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 6.2 Gemiddelde scores van bedrijfsartsen op sociaal psychologische variabelen

	Eerste meting N=398	Tweede meting N=398	Vershil
Beroepsidentificatie (scores 1-5, hogere score is sterkere beroepsidentificatie)	3.82	3.74	p = .015*
Relatieve positie (scores 1-5, score 3: voelt zich gelijk aan de ander, score boven de 3: voelt zich hoger in positie dan de ander)	3.46	3.44	p = ,71
Verantwoordelijkheid (score 1-3, hogere score: meer eigen verantwoordelijkheid)	2.43	2.46	p = .33
Afhankelijkheid (score 1-4, hogere score meer afhankelijk)	2.60	2.62	p = .65
Knowledge-based trust (KBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.95	3.97	p = .51
Identification-based trust (IBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	2.79	2.92	p = .001***

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Uit de tabellen is af te lezen dat bij huisartsen de beroepsidentificatie significant sterker is geworden en de beide soorten vertrouwen (KBT en IBT) hoger zijn geworden. Relatieve positie, afhankelijkheid en verantwoordelijkheid zijn niet veranderd.

Bij bedrijfsartsen is de beroepsidentificatie significant minder sterk geworden en is de IBT hoger geworden. Relatieve positie, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid en KBT zijn niet veranderd.

#### 6.4.2 Verschillen tussen LHV/NVAB regio's en de ZonMw regio's

Er is vervolgens gekeken naar eventuele verschillen tussen enerzijds de LHV/NVAB regio's en anderzijds de ZonMw regio's. Op T1 blijkt er bij huisartsen een significant verschil te zijn op KBT: in de LHV/NVAB regio's is de gemiddelde score 3.35, in de ZonMw regio's is de score 3.21. Dit verschil is significant (t-toets,  $p = .05$ ). In de

ZonMw regio's gaat de KBT-score van 3.21 naar 3.38 in de tweede meting; in de LHV/NVAB regio's van 3.35 naar 3.40. Er is dus sprake van een inhaaleffect in de ZonMw-regio's. Op T2 waren er geen significante verschillen in sociaal psychologische factoren tussen LHV/NVAB regio's en de ZonMw regio's (zie bijlage 3 tabel 6.1).

Bij de bedrijfsartsen blijken de scores op T2 in de LHV/NVAB regio's niet te verschillen van de scores in de ZonMw regio's (zie bijlage tabel 6.2).

#### 6.4.3 *Verschillen tussen deelnemers en niet deelnemers*

Op T2 zijn geen verschillen in sociaal psychologische factoren gevonden tussen artsen die aan de projecten hebben deelgenomen en artsen die niet deelnamen (Zie bijlage 3 tabel 6.3 en 6.4).

#### 6.4.4 *Secundaire analyses*

De secundaire analyses gaven de volgende resultaten te zien:

Huisartsen bij wie de IBT hoger is geworden, hadden meer contacten met bedrijfsartsen en/of werkten vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Er blijkt bij huisartsen een significant positief verband tussen het aantal contacten met bedrijfsartsen en IBT. Bij bedrijfsartsen is er geen significant verband tussen het aantal contacten met huisartsen en IBT. Zie voor nadere beschrijving van deze analyses bijlage 3.

## 6.5 **Discussie**

Het sterker worden van beroepsidentificatie bij de huisartsen kan gebaseerd zijn op het feit dat zij zich mogelijk wat bedreigd voelen door bedrijfsartsen. Ze blijken ook in relatieve positie iets hoger te scoren op T2, maar dit verschil met T1 is niet significant. Bedrijfsartsen scoren na de projecten juist lager op beroepsidentificatie. Op zich kan dit een gunstig teken zijn. Anderzijds is er geen literatuur waaruit de rol van beroepsidentificatie bij samenwerken blijkt. We kunnen dus aan dit resultaat geen conclusies verbinden.

Dat de KBT hoger is dan de IBT kan worden verklaard doordat de samenwerking nog in een vroeg stadium is. In een groeiende relatie komt er eerst KBT, later IBT (Lewicki & Bunker, 1996).

Dat bedrijfsartsen meer KBT in huisartsen hebben dan huisartsen in bedrijfsartsen is uit ervaring wel bekend. Bedrijfsartsen weten over het algemeen wel wat huisartsen doen en omgekeerd is dat veel minder het geval. Wellicht is om die reden er bij bedrijfsartsen ook een groter verschil tussen KBT en IBT dan bij huisartsen. De huisartsen maken minder onderscheid tussen de twee soorten vertrouwen.

Beide beroepsgroepen blijken na de projecten significant meer vertrouwen in de andere groep te hebben gekregen. Dit is een positief teken. Het is wel verrassend omdat het aantal contacten niet hoger is geworden (zie hoofdstuk 5.4) Het is niet te zeggen of het verschil in vertrouwen door de projecten komt, omdat er landelijk diverse activiteiten zijn geweest om arbocuratieve samenwerking te bevorderen. Er blijkt ook geen verschil tussen deelnemende en niet deelnemende artsen. Maar als het door de projecten komt, is het een teken dat de attitude naar elkaar positiever is geworden. Met name de IBT is verhoogd en dit betekent dat men meer vertrouwen heeft gekregen in het persoonlijke aspect, in de communicatie met de ander.

Omdat op alle andere variabelen er geen verschil blijkt tussen de twee soorten regio's en ook niet tussen deelnemende en niet deelnemende artsen, kan worden geconclu-

deerd dat niet duidelijk is of er een relatie tussen de positieve veranderingen en de projecten is.

Huisartsen die meer IBT hebben gekregen, blijken meer contacten met bedrijfsartsen te hebben, en/of vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum te werken. Op zich verbaast dit niet: het werken in een gezondheidscentrum of groepspraktijk betekent op zich al dat men met anderen samenwerkt. Deze groep is wellicht te zien als voortrekkers, die als eersten het nieuwe gedrag gaan vertonen. Van deze bevinding kunnen we gebruik maken bij nieuwe projecten door bijvoorbeeld deze groep als eerste te benaderen.

Van bedrijfsartsen die meer vertrouwen hebben gekregen zijn geen speciale kenmerken gevonden. Hier is het blijkbaar de beroepsgroep die in totaliteit is veranderd.

Een kanttekening moet wel worden gemaakt. Hoewel de genoemde verschillen in vertrouwen tussen het tijdstip voor en het tijdstip na de projecten statistisch significant zijn, zijn ze getalsmatig klein. Wellicht kunnen we hieruit afleiden dat er nog veel energie moet worden besteed aan het verbeteren van de samenwerking. De gevonden verschillen tonen aan dat er een positieve trend is. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of de trend zich voortzet.

Het valt bij de secundaire analyses ook op dat er bij huisartsen wel een significant verband is tussen het aantal contacten met de ander en IBT en bij bedrijfsartsen niet. Een verklaring is hiervoor niet te geven. Dat er bij huisartsen wel verband is, geeft steun aan de aanbeveling om het aantal contacten van huisartsen met bedrijfsartsen te verhogen.

## 6.6 Conclusies

Bij vergelijking van de scores op sociaal psychologische variabelen voor en na de projecten bleken er enkele significante verschillen te zijn.

- Huisartsen blijken zich significant iets sterker met hun beroep te identificeren en bedrijfsartsen iets minder sterk.
- Huisartsen hebben na de projecten gemiddeld significant meer vertrouwen gekregen in bedrijfsartsen (zowel KBT als IBT).
- Huisartsen die meer vertrouwen in de bedrijfsarts (IBT) hebben gekregen, hadden significant meer contacten met bedrijfsartsen en werkten vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Bij huisartsen blijkt er, zowel vóór als na de projecten, een significant positief verband tussen het aantal contacten met bedrijfsartsen en IBT.
- Bedrijfsartsen hebben na de projecten gemiddeld significant meer vertrouwen in huisartsen (IBT) gekregen. De bedrijfsartsen die meer vertrouwen in huisartsen (IBT) hadden verschilden niet van de andere bedrijfsartsen.

Omdat er geen verschillen zijn gevonden tussen artsen die wel en artsen die niet hebben deelgenomen aan de projecten, is niet duidelijk of er een relatie tussen de positieve veranderingen en de projecten is.





## 7 Effecten op samenwerkingsgedrag

### 7.1 Samenvatting

Afgezet tegen de ‘Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim’ blijken bij de tweede meting de huisartsen weliswaar nu meer conform deze leidraad te werken, maar de veranderingen in hun sociaal-medische begeleiding blijken bij de meeste onderdelen niet significant en kunnen dus ook op toeval berusten. Bij één onderdeel is echter wel sprake van een significante verandering: door de huisartsen wordt er nu opvallend meer dan voorheen contact opgenomen met de bedrijfsarts voor aanvullende informatie indien de probleemverheldering bij een patiënt hiertoe aanleiding geeft.

Bij de bedrijfsartsen zijn eveneens diverse veranderingen te signaleren in hun sociaal-medische begeleiding. Bij hen mag bij twee onderdelen de verandering tevens worden aangemerkt als significant. Zo wordt door hen nu bij meer patiënten dan voorheen de probleemverheldering conform de leidraad uitgevoerd. Daarnaast blijken de bedrijfsartsen nu vaker de officiële KNMG-gedragscode te volgen wanneer zij over een patiënt contact willen opnemen met de huisarts.

Het bovenstaande wil echter niet zeggen dat in deze regio’s de samenwerking tussen de huisarts en de bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van hun patiënten al redelijk het ideaal benadert zoals dat in de leidraad wordt beschreven. De resultaten van de tweede meting laten namelijk tevens zien dat bij de helft tot driekwart van de patiënten waarbij dat volgens de leidraad wel geïndiceerd was, de huisarts en bedrijfsarts geen contact met elkaar opnemen om informatie uit te wisselen en/of om hun inzicht over of hun advies aan de patiënt af te stemmen. Met andere woorden: hoewel er wel enige positieve ontwikkelingen zijn te bespeuren, blijkt in deze regio’s de beoogde samenwerking tussen de huisarts en de bedrijfsarts nog zeker niet bereikt.

### 7.2 Inleiding

De vraagstelling van dit deel van het onderzoek luidt:

Werken, na afloop van de samenwerkingsprojecten, huisartsen en bedrijfsartsen in hun contacten met patiënten nu meer dan voorheen conform de criteria voor een geïntegreerde sociaal-medische begeleiding zoals deze door de betrokken beroepsorganisaties zijn vastgelegd in de ‘Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim’ en in de ‘Code samenwerking bij arbeidsverzuim’?

Voor dit deel van het onderzoek hebben met een aantal huis- en bedrijfsartsen in deze regio’s aan het begin en aan het eind van de projectactiviteiten interviews plaatsgevonden. Aan de hand van patiënten die recent het spreekuur hadden bezocht is hierbij steeds de sociaal-medische begeleiding doorgenomen en nagegaan in hoeverre de arts bij deze patiënten volgens bovengenoemde richtlijnen had gehandeld bij de volgende onderdelen:

1. De probleemverheldering
2. Het uitwisselen van informatie
3. Het afstemmen van inzicht
4. Het afstemmen van het advies
5. Het vragen om informed consent
6. De uitkomsten van het (eventuele) contact.

Door de resultaten van de interviews aan het begin van het project (de eerste meting) te vergelijken met die na afloop van het project (de tweede meting), proberen we inzicht te krijgen in hoeverre in deze regio's de sociaal-medische begeleiding inmiddels is veranderd.

## **7.3 Methode**

### **7.3.1 Onderzoekspopulatie**

De interviews zijn gehouden met huis- en bedrijfsartsen die volgens opgave van de betrokken regio's bij het begin van het project actief bij de implementatieactiviteiten betrokken waren geweest. Actief in de zin van: zij hadden deelgenomen aan bijvoorbeeld een workshop ten behoeve van het project, aan een gezamenlijke nascholingsbijeenkomst die in de regio was georganiseerd, e.d. De adressen van deze artsen werden ons door de regio's aangeleverd.

### **7.3.2 Onderzoeksopzet en uitvoering**

#### ***Eerste meting***

De interviews voor de eerste meting zijn in twee rondes uitgevoerd aangezien niet alle regio's tijdig een adressenbestand aanleverden van artsen die voor een interview benaderd konden worden. De eerste serie interviews vond plaats in de periode juli 2001 tot en met november 2001 in de ZonMw-regio's Groningen en Drenthe en in de LHV/NVAB-regio's Zeeland, Haarlem, Twente en Zwolle. De tweede serie kon worden uitgevoerd in de periode december 2001 tot en met maart 2002 in de ZonMw-regio Nijmegen en in de LHV/NVAB-regio's Rijnland en ZO-Brabant.

#### ***Tweede meting***

De interviews voor de tweede meting zijn in de ZonMw-regio's uitgevoerd in de periode mei 2002 tot en met augustus 2002, dus ongeveer één jaar na de eerste meting. De regio Nijmegen kwam hierbij als laatste aan de beurt om de periode tussen de eerste en de tweede meting ook bij hen niet al te kort te maken. Bij hen ligt tussen de eerste en tweede meting ongeveer een half jaar.

De interviews voor de tweede meting in de LHV/NVAB-regio's hebben plaatsgevonden in de periode oktober 2002 tot en met februari 2003, dus ongeveer anderhalf jaar na de eerste meting.

Alle interviews zijn uitgevoerd door interviewers van het interviewbureau Survey Data. In een instructiebijeenkomst vooraf kregen zij van de onderzoekers van TNO Arbeid nadere uitleg over het doel van het interview en de te volgen procedure.

Voorzover mogelijk werd een arts zowel bij de eerste als bij de tweede meting door dezelfde interviewer geïnterviewd.

#### ***Beoogd aantal interviews en daadwerkelijk gerealiseerd***

In totaal waren 150 interviews beoogd (7 huisartsen en 8 bedrijfsartsen per regio, in totaal 15 interviews per regio). In de praktijk bleek deze verdeling echter niet haalbaar. Enkele regio's, met name de ZonMw-regio's, leverden te weinig adressen om binnen hun regio het streefaantal van 7 huisartsen en 8 bedrijfsartsen te kunnen realiseren. Om desalniettemin voor de totaalanalyse over voldoende interviews te kunnen beschikken, werden daarom bij die regio's waar meer dan het gevraagde aantal adressen was aangeleverd, meer interviews uitgezet. Voor de eerste meting zijn uiteindelijk 152 interviews gehouden (62 interviews met huisartsen en 90 interviews met bedrijfsartsen). Bij 141 van deze artsen (93%) kon tevens voor de tweede meting een interview worden

afgenomen (bij 58 van de 62 huisartsen en bij 83 van de 90 bedrijfsartsen)<sup>2</sup>. Tabel 7.1 geeft een overzicht van het aantal interviews dat in beide metingen is gerealiseerd.

Tabel 7.1 Overzicht van de aantallen gehouden interviews

	Huisartsen		Bedrijfsartsen	
	Meting 1	Meting 2	Meting 1	Meting 2
ZonMw-regio's totaal	16	14	26	26
• Nijmegen	5	5	6	6
• Groningen	3	1	12	12
• Groningen Beatrixoord	3	3	0	0
• Drenthe	5	5	8	8
LHV/NVAB-regio's totaal	46	44	64	57
• Zeeland	3	2	6	5
• Haarlem	10	10	14	12
• Twente	7	6	3	3
• Zwolle	8	8	13	12
• Rijnland	0	0	9	8
• ZO-Brabant	18	18	19	17
Totaal	62	58	90	83
Bij beide metingen geïnterviewd	58 huisartsen		83 bedrijfsartsen	

### 7.3.3 *Onderzoeksinstrument*

Voor het interview werd door TNO Arbeid een gestructureerd interviewinstrument ontwikkeld. Met behulp van een laptop konden hiermee de interviews bij de artsen worden afgenomen.

Zowel bij de huisartsen als bij de bedrijfsartsen hield het interview het volgende in: Gedurende één uur werden (in chronologische volgorde) de patiënten doorgenomen die de afgelopen weken hun spreekuur hadden bezocht. Alleen bij die patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden werd de arts verder doorggevraagd over de inhoud van zijn of haar begeleiding van deze patiënt. De arts had dus geen invloed op de selectie van de patiënten.

Na afloop van het interview werd de arts vervolgens gevraagd naar deze zogenoemde geïncludeerde patiënten een vragenlijst te sturen waarin vragen waren opgenomen over de door de patiënt ervaren begeleiding. De patiënten konden deze vragenlijst rechtstreeks retourneren naar TNO Arbeid. Hierdoor werd er voor gezorgd dat hun anonimiteit niet alleen naar de onderzoekers toe gewaarborgd was, maar eveneens naar hun arts.

<sup>2</sup> *Reden waarom bij de tweede meting 4 huisartsen niet konden worden geïnterviewd:*  
1 maal omdat men niet meer praktiserend was, 3 maal vanwege 'geen tijd/te druk bezet om in de betreffende interviewperiode een afspraak te maken voor het interview'.  
*Reden waarom bij de tweede meting 7 bedrijfsartsen niet konden worden geïnterviewd:*  
4 maal omdat men niet meer tot de onderzoekspopulatie behoorde (niet meer als bedrijfsarts werkzaam of niet meer in de betrokken regio werkzaam), 3 maal om andere redenen zoals 'geen tijd voor een interview' of 'vanwege een ziekte nog niet in staat om een interview te laten afnemen'.

Bij het interview met de huisarts golden de volgende criteria op grond waarvan een patiënt voor het onderzoek werd geïncludeerd:

- de patiënt is in loondienst werkzaam;
- de patiënt heeft zich ziekgemeld;
- de leeftijd van de patiënt ligt tussen de 16 tot 65 jaar.

Bij het interview met de bedrijfsarts betroffen het de volgende inclusiecriteria:

- de patiënt heeft zich ziekgemeld;
- de leeftijd van de patiënt ligt tussen de 16 tot 65 jaar.

Vanwege het feit dat naar deze geïncludeerde patiënten nog een vragenlijst zou worden gestuurd die men uiteraard moest kunnen lezen en beantwoorden, gold tot slot bij beide nog als inclusie criterium:

- de betrokken patiënt beheerst de Nederlandse taal.

#### 7.3.4 Analyse

De analyses zijn uitgevoerd op de gegevens van die artsen die bij beide metingen zijn geïnterviewd, dus 58 huisartsen en 83 bedrijfsartsen (zie de al eerder gepresenteerde tabel 7.1).

De vragen in het interview over de begeleiding van de geïncludeerde patiënten waren zodanig opgesteld dat aan de hand hiervan kan worden beoordeeld of de artsen deze patiënten begeleiden volgens de 'Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim'<sup>3</sup>. De begeleiding van de arts is hierbij beoordeeld via 6 zogenoemde Performance Indicatoren (PI's) die zijn afgeleid van deze leidraad. Deze performance indicatoren zijn opgebouwd uit verschillende criteria in de vorm van een 'als-dan' bewering. Bijvoorbeeld: wanneer een bedrijfsarts na zijn of haar probleembeoordeling nog feitelijke informatie mist over de diagnose en behandeling van de patiënt, dan moet hij of zij met de betrokken huisarts contact opnemen voor aanvullende informatie en/of deze patiënt naar zijn huisarts verwijzen. Voor de huisarts geldt hetzelfde wanneer deze voor een adequate behandeling van een patiënt na zijn of haar probleemverheldering nog feitelijke informatie mist op het gebied van arbeid en gezondheid. In dat geval geeft de leidraad aan dat de huisarts met de betrokken bedrijfsarts contact moet opnemen voor aanvullende informatie en/of deze patiënt naar de bedrijfsarts moet verwijzen.

Wanneer bij een patiënt niet werd voldaan aan alle criteria voor een indicator, dan werd de begeleiding door de arts bij deze patiënt beoordeeld als 'op dit onderdeel afwijkend van de leidraad' en kreeg de score 1. Was aan alle criteria voor een performance indicator voldaan, dan werd de begeleiding beoordeeld als 'op dit onderdeel conform de leidraad' en kreeg de score 0. Deze score werd via het software programma SPSS met vaste criteria vastgesteld; er is hierbij dus geen sprake geweest van interbeoordelaars variabiliteit.

Voor iedere performance indicator werd vervolgens berekend bij hoeveel patiënten de artsen niet hadden gehandeld conform de leidraad. Dat wil zeggen, het aantal patiënten dat op dit onderdeel niet volgens de leidraad was begeleid werd gedeeld door het totaal aantal patiënten waarop de performance indicator van toepassing was.

Daarnaast werd bij iedere patiënt een totaalscore berekend van alle performance indicatoren samen. Hiermee wordt een beeld verkregen op hoeveel onderdelen de arts bij zijn begeleiding van een patiënt is afgeweken van de leidraad.

<sup>3</sup> Deze leidraad is indertijd door TNO Arbeid in nauwe samenwerking met de LHV en NVAB ontwikkeld en begin 2002 als gezamenlijke uitgave van de LHV en NVAB onder alle huis- en bedrijfsartsen in Nederland verspreid (TBV, Special maart 2002).

De eenheid van analyse is hierbij dus steeds de patiënt en niet de arts. Omdat de patiënten bij de eerste en de tweede meting niet dezelfde waren, zijn zij voor de toetsen opgevat als twee onafhankelijke groepen respectievelijk als ‘ongepaarde waarnemingen’.

Tot slot is ook nog per arts nader geanalyseerd hoe hun gemiddelde score lag bij hun patiënten bij de eerste meting en hoe bij de tweede meting. De eenheid van analyse is hierbij dus de arts zelf en aangezien de artsen bij beide metingen dezelfde waren, is in dit geval gebruik gemaakt van de toets bij ‘gepaarde waarnemingen’. Met deze (longitudinale) analyse wordt inzicht verkregen in hoeveel artsen bij de tweede meting meer conform de leidraad zijn gaan werken, hoeveel minder en bij hoeveel er zich wat dit betreft geen verandering heeft voorgedaan.

## 7.4 Resultaten

In deze paragraaf wordt aan de hand van de eerdergenoemde performance indicatoren beschreven in hoeverre de betrokken artsen tijdens meting 1 hun patiënten begeleidden conform de leidraad, in hoeverre bij meting 2 en in hoeverre zich daarbij veranderingen hebben voorgedaan.

(Voor inzicht in de ervaringen van de patiënten zelf over hun begeleiding, wordt verwezen naar het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 8).

De resultaten worden steeds voor de huisartsen en bedrijfsartsen apart weergegeven. In de tabellenbijlage bij dit hoofdstuk zijn deze resultaten ook steeds voor de ZonMw-regio's als groep en voor de LHV/NVAB-regio's als groep terug te vinden, zodat hiermee ook kan worden nagegaan in hoeverre zich binnen dit type regio eventuele veranderingen hebben voorgedaan tussen de eerste en de tweede meting. Wanneer deze afwijken van het totaalbeeld dat in een paragraaf wordt geschetst, dan zal dit in de tekst worden aangegeven.

### 7.4.1 Aantal in beschouwing genomen patiënten bij de artsen

#### ***Bij de huisartsen***

In totaal is bij 58 huisartsen zowel bij meting 1 als bij meting 2 een interview afgenomen waarin gedurende één uur de patiënten werden doorgenomen die recent hun spreekuur hadden bezocht. Daarbij werd alleen bij die patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden, met de huisarts de inhoud van zijn begeleiding van deze patiënt doorgenomen en nagegaan of hierbij contact was opgenomen met de bedrijfsarts.

Bij de eerste meting werden bij deze 58 huisartsen in totaal 379 patiënten ‘geïncludeerd’ (gemiddeld 6 à 7 per interview) en bij de tweede meting 340 patiënten (gemiddeld 6 per interview).

Vooraf was afgesproken dat per interview maximaal 10 patiënten konden worden geïncludeerd. In de praktijk bleek dit dus bij de huisartsen zelden haalbaar (bij de eerste meting slechts bij 11, 19% en bij de tweede meting bij 9, 16%) en leverde de interviews, ondanks het feit dat zeer veel patiënten werden doorgelopen, minder geïncludeerde patiënten op.

Dit gegeven geeft echter ook inzicht in hoe vaak een huisarts op zijn spreekuur, gemiddeld genomen, eigenlijk te maken heeft met een patiënt die in loondienst werkzaam is. Of anders gezegd, met een patiënt die tevens begeleid kan worden door een bedrijfsarts en waarmee de huisarts zo nodig zou kunnen of moeten samenwerken.

Hoewel niet bij alle interviews door de interviewer consequent ook alle ‘niet-geïncludeerde patiënten’ in de computer zijn ingevoerd, bleek dit bij 41 van de 58

huisartsen (gelukkig) bij beide metingen wel te zijn gedaan. Via hen kan daarmee een beeld worden verkregen hoe vaak een huisarts op zijn spreekuur, gemiddeld genomen, eigenlijk te maken heeft met een patiënt die in loondienst werkzaam is (zie tabel 7.2).

Tabel 7.2 Aantal geïncludeerde en niet-geïncludeerde patiënten bij de huisartsen  
(De gegevens van 41 huisartsen over de patiënten die hun spreekuur hadden bezocht)

	Eerste meting totaal aantal patiënten N=3526		Tweede meting totaal aantal patiënten N=3692	
Geïncludeerd	247	7%	220	6%
Niet-geïncludeerd, <i>omdat:</i>	3279	93%	3472	94%
• patiënt werkt niet in loondienst (of de HA weet dit niet)	2236	63%	2460	66%
• patiënt werkt wel in loondienst, maar heeft zich niet ziekgemeld (of de HA weet dit laatste niet)	1033	29%	995	27%
• patiënt werkt in loondienst, heeft zich ziekgemeld, maar beheerst niet het Nederlands (of de HA weet dit laatste niet)	10	<½%	16	<½%
• patiënt werkt in loondienst, heeft zich ziekgemeld, beheerst het Nederlands, maar de leeftijd van de patiënt ligt niet tussen de 16 tot 65 jaar (of de HA weet dit laatste niet)	0	0%	1	<½%

Tabel 7.2 laat zien dat bij deze 41 huisartsen bij de eerste meting 63% van de patiënten ‘afviel’ omdat zij niet in loondienst werkzaam waren en bij de tweede meting 66%. Met andere woorden, 37% respectievelijk 34% was dus wel in loondienst, wat neerkomt op gemiddeld genomen nog geen 4 op de 10 patiënten.

Tabel 7.2 geeft verder aan dat 29% respectievelijk 27% vervolgens nog ‘afviel’ vanwege het feit dat deze patiënten weliswaar in loondienst werkzaam waren maar zich niet hadden ziekgemeld. Dit houdt in dat beide keren ongeveer 7% in loondienst was en zich vanwege hun klachten had ziekgemeld (en daarmee de kans groter dat ook een bedrijfsarts met deze patiënt bemoeienis heeft). Gemiddeld genomen komt dit neer op ongeveer 1 op de 14 patiënten die de huisarts op zijn spreekuur ziet.

#### ***Bij de bedrijfsartsen***

Bij de 83 bedrijfsartsen die bij beide metingen zijn geïnterviewd werden bij de eerste meting in totaal 730 patiënten geïncludeerd (gemiddeld 8 à 9 per interview) en bij de tweede meting 781 patiënten (gemiddeld 9 per interview).

In tegenstelling tot bij de huisartsen werd bij de interviews met de bedrijfsartsen het maximum van 10 patiënten per interview aanmerkelijk vaker gehaald (bij de eerste meting bij 52% en bij de tweede meting bij 75%) en werden door alle interviewers ook steeds alle niet-geïncludeerde patiënten in de computer ingevoerd.

Bij de bedrijfsartsen kan daarmee een indicatie worden verkregen hoe vaak zij op hun spreekuur te maken hebben met een werknemer die zich (nog) niet heeft ziekgemeld (en de huisarts wellicht nog geen bemoeienis heeft). Tabel 7.3 laat zien dat dit bij de eerste meting bij 16% en bij de tweede meting bij 12% van de patiënten het geval bleek; dus nog geen 2 op de 10 patiënten. Met andere woorden, gemiddeld genomen heeft de bedrijfsarts op zijn spreekuur vooral te maken met werknemers die zich vanwege hun klachten hebben ziekgemeld (en wellicht voor deze klachten ook al onder behandeling van hun huisarts zijn).

Tabel 7.3 Aantal geïncludeerde en niet-geïncludeerde patiënten bij de bedrijfsartsen  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen over de patiënten die hun spreekuur hadden bezocht)

	Eerste meting		Tweede meting	
	totaal aantal patiënten		totaal aantal patiënten	
	N=919		N=919	
Geïncludeerd	730	79%	781	85%
Niet-geïncludeerd, <i>omdat:</i>	189	21%	138	15%
• patiënt heeft zich niet ziekgemeld (of de BA weet dit niet)	149	16%	111	12%
• patiënt heeft zich wel ziekgemeld, maar beheerst niet het Nederlands (of de BA weet dit laatste niet)	33	4%	27	3%
• patiënt heeft zich ziekgemeld, beheerst het Nederlands, maar de leeftijd van de patiënt ligt niet tussen de 16 tot 65 jaar (of de BA weet dit laatste niet)	7	1%	0	0%

Bij de huisartsen kunnen voor de eerste meting dus 379 patiënten in beschouwing worden genomen en voor de tweede meting 340 patiënten. Bij de bedrijfsartsen betreffen het 730 respectievelijk 781 patiënten. Aan de hand van deze casussen zal onderstaand worden ingegaan op de vraag: ‘Begeleiden deze 58 huisartsen en 83 bedrijfsartsen, na afloop van de samenwerkingsactiviteiten in hun regio, hun patiënten/werknemers met arbeidsverzuim nu meer dan voorheen conform de criteria voor een geïntegreerde sociaal-medische begeleiding zoals door de beroepsorganisaties is vastgelegd in de leidraad?’.

#### 7.4.2 De probleemverheldering: in hoeverre is er wat veranderd?

##### **De huisartsen**

In de leidraad wordt over de wijze waarop de probleemverheldering door de huisarts feitelijk zou moeten worden uitgevoerd, het volgende opgemerkt (TBV, Special maart 2002, p.6):

“De huisarts betreft als generalist ook het werk in zijn probleemverheldering door te vragen:

- Heeft patiënt (betaald) werk?  
Zo ja, wat is de functie/het beroep?
- Heeft de patiënt zich ziekgemeld?  
Zo ja, wanneer was dat?

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

Onderstaande tabel 7.4 geeft weer in hoeverre de geïnterviewde huisartsen dit bij de geïnccludeerde patiënten ook inderdaad hebben gedaan, alsmede of hierbij verschillen zijn te bespeuren tussen de patiënten die bij meting 1 zijn doorgenomen en de patiënten die bij meting 2 besproken zijn.

Aangezien de punten of de patiënt in loondienst is en of deze zich heeft ziek gemeld tot de inclusiecriteria behoorden, zijn deze hierbij buiten beschouwing gelaten.

Tabel 7.4 De probleemverheldering (PI-1):  
Voert de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad uit?  
(De gegevens van 58 huisartsen)

De probleemverheldering	Eerste meting aantal patiënten N=379	Tweede meting aantal patiënten N=340	Verskil
Bij de patiënt heeft de huisarts dit niet conform de leidraad uitgevoerd.	47%	44%	-3%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
• de huisarts weet niet wat de functie/het beroep van de patiënt is	12%	11%	-1%
• weet niet of de klachten door het werk veroorzaakt/versterkt worden	3%	2%	-1%
• weet niet of de patiënt onder begeleiding is van een BA	21%	20%	-1%
• weet dat wel, maar de inhoud van de begeleiding en advies van de BA is niet met de patiënt besproken	15%	15%	0%
• weet niet of er belemmeringen zijn voor terugkeer naar het werk	5%	4%	-1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.4 laat zien dat de huisartsen bij de eerste meting bij 47% van de patiënten de probleemverheldering niet geheel conform de leidraad had uitgevoerd en dat dit percentage iets is gedaald bij de tweede meting. Hoewel de huisartsen op dit punt bij de tweede meting dus iets beter lijken te 'scoren' (een 'min' in de verschilkolom betekent dat bij de tweede meting bij minder patiënten wat dit betreft van de leidraad is 'afgeweken'), geeft de tabel tevens aan dat het verschil tussen de metingen niet significant is.

Tabel 7.4 geeft verder nog aan welke criteria er met name oorzaak van zijn dat bij de probleemverheldering de huisartsen de leidraad (nog) niet geheel volgen. Zo is bij beide metingen bij circa 1 op de 5 patiënten de huisarts niet nagegaan of de patiënt al onder begeleiding van een bedrijfsarts was. En bij circa 1 op de 7 patiënten had de huisarts dit wel gedaan maar verder niet met betrokkene besproken wat de inhoud van deze begeleiding is en welk advies de bedrijfsarts aan deze patiënt heeft gegeven.



Over de probleemverheldering kan verder nog worden opgemerkt dat zowel bij de ZonMw- als bij de LHV/NVAB-regio's min of meer hetzelfde patroon naar voren komt als hierboven is geschetst, en bij beide tussen de eerste en tweede meting geen significant verschil optreedt (zie de tabellenbijlage bij dit hoofdstuk, tabel 7.B4). Wel valt het echter op dat de huisartsen in de ZonMw-regio's op dit onderdeel over het geheel genomen iets 'minder' scoren dan hun collega's in de LHV/NVAB-regio's. In de ZonMw-regio's hadden de huisartsen bij de eerste meting bij 59% van hun patiënten de probleemverheldering niet geheel conform de leidraad uitgevoerd en bij de tweede meting bij 51% van hun patiënten. Bij de LHV/NVAB-regio's blijkt er tussen beide metingen wat dit betreft weliswaar helemaal geen verandering te bespeuren, maar lag het percentage bij de eerste meting al lager (bij 42% van de patiënten was toen door de betrokken huisartsen de probleemverheldering niet conform de leidraad uitgevoerd en bij de tweede meting blijkt dit eveneens bij 42% van de patiënten het geval).

### ***De bedrijfsartsen***

In de leidraad wordt over de wijze waarop de probleemverheldering door de bedrijfsarts feitelijk zou moeten worden uitgevoerd, het volgende opgemerkt (TBV, Special maart 2002, p.7):

“De bedrijfsarts verricht, als medisch specialist inzake arbeid en gezondheid, een uitgebreide probleemverheldering en –beoordeling door na te gaan:

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

Onderstaande tabel 7.5 geeft weer in hoeverre de geïnterviewde bedrijfsartsen dit bij hun geïnccludeerde patiënten ook inderdaad hebben gedaan, alsmede of hierbij verschillen zijn te bespeuren tussen de patiënten die bij meting 1 zijn doorgenomen en de patiënten die bij meting 2 besproken zijn.

Tabel 7.5 De probleemverheldering en -beoordeling (PI-1):  
Voert de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad uit?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen)

De probleemverheldering en-beoordeling	Eerste meting aantal patiënten N=730	Tweede meting aantal patiënten N=781	Vershil	
Bij de patiënt heeft de bedrijfsarts dit niet conform de leidraad uitgevoerd.	32%	22%	-10%	***
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>				
• de bedrijfsarts weet niet wat de functie/ het beroep van de patiënt is	<½%	<½%	0%	
• weet dat wel, maar de taken/ omstandigheden in het werk van de patiënt zijn de BA niet bekend	2%	2%	0%	
• de bedrijfsarts weet wel dat patiënt zich heeft ziekgemeld, maar niet voor welke taken en/of hoeveel uren	1%	1%	0%	
• het verzuimverleden van de patiënt is de BA niet bekend	9%	7%	-2%	
• de BA weet niet of de klachten door het werk worden veroorzaakt	1%	1%	0%	
• weet dat wel, maar heeft niet met de patiënt besproken hoe die door het werk veroorzaakt of versterkt worden	1%	1%	0%	
• de BA weet niet of de klachten van patiënt ook gevolgen hebben voor het functioneren in het werk	<½%	1%	+1%	
• weet dat wel, maar heeft de beperkingen en mogelijkheden niet met de patiënt besproken	4%	1%	-3%	***
• de BA weet niet of de patiënt onder begeleiding is van de HA	6%	5%	-1%	
• weet dat wel, maar de inhoud van de begeleiding en advies van de HA is niet met de patiënt besproken	12%	11%	-1%	
• de BA weet niet of er belemmeringen zijn voor terugkeer naar het werk	2%	1%	-1%	
• weet dat wel, maar heeft deze belemmeringen niet met de patiënt besproken	2%	1%	-1%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.5 laat zien dat de bedrijfsartsen bij de eerste meting bij 32% van hun patiënten de probleemverheldering niet geheel conform de leidraad had uitgevoerd en dat dit percentage bij de tweede meting significant lager is geworden (bij 22% van hun patiënten is nu bij de probleemverheldering van de leidraad 'afgeweken').

Kijken we hierbij op welke punten de bedrijfsartsen zich met name verbeterd hebben, dan geeft tabel 7.5 aan dat dit vooral komt omdat er nu vaker dan voorheen door de betrokken bedrijfsartsen met de patiënt diens beperkingen en mogelijkheden worden doorgenomen om weer te kunnen functioneren in het werk.

De aanvullende tabel hierover in de tabellenbijlage bij dit hoofdstuk (tabel 7.B5) geeft verder nog aan dat alleen binnen de LHV/NVAB-regio's van deze ontwikkeling sprake is. Binnen de ZonMw-regio's doet zich wat betreft de probleemverheldering over het geheel genomen geen significante verbetering voor. Wel valt echter binnen de ZonMw-regio's op dat de betrokken bedrijfsartsen nu wel vaker weten of de patiënt onder begeleiding van de huisarts is.

#### 7.4.3 *Onderling informatie uitwisselen: in hoeverre is er wat veranderd?*

Over wanneer de artsen naar elkaar zouden moeten verwijzen of contact met elkaar zouden moeten opnemen voor het uitwisselen van informatie over een patiënt, geeft de leidraad het volgende aan (TBV, Special maart 2002, p.7):

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

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

Onderstaand wordt weergegeven in hoeverre de geïnterviewde artsen dit ook inderdaad hebben gedaan bij hun patiënten waarbij na de probleemverheldering nog informatie ontbrak, alsmede of hierbij verschillen zijn te bespeuren tussen de patiënten die bij meting 1 zijn doorgenomen en de patiënten die bij meting 2 besproken zijn.

#### ***De huisartsen***

Van de patiënten bij de eerste meting werd bij 63 (17%) door de huisarts aangegeven over deze patiënt nog onvoldoende feitelijke informatie te hebben op het gebied van arbeid en gezondheid om hem of haar adequaat te kunnen behandelen. Bij de tweede meting was dit het geval bij 71 (21%) patiënten.

Tabel 7.6 laat zien in hoeverre de huisartsen in die gevallen de aanwijzing in de leidraad opvolgen, namelijk dat men dan contact moet opnemen met de bedrijfsarts voor aanvullende informatie en/of de patiënt naar de bedrijfsarts moet verwijzen. Daaruit komt naar voren dat dit in de praktijk nogal tegenvalt. Bij de eerste meting blijkt bij 75% van deze patiënten deze aanwijzing niet te zijn opgevolgd en bij de tweede meting bij ruim de helft (56%) niet. Vergeleken met de eerste meting kan het echter wel worden opgevat als een verbetering want het verschil tussen beide metingen blijkt hierbij significant.

De aanvullende tabel hierover in de tabellenbijlage bij dit hoofdstuk (tabel 7.B6) laat verder nog zien dat binnen beide type regio's min of meer van eenzelfde ontwikkeling sprake is. Met dien verstande dat alleen bij de LHV/NVAB-regio's het verschil tussen beide metingen ook significant is en het bij de ZonMw-regio's op toeval zou kunnen berusten.

Tabel 7.6 Uitwisselen van informatie of naar de bedrijfsarts verwijzen (PI-2):  
Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?  
(De gegevens van 58 huisartsen)

Uitwisselen van informatie of verwijzen (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=63	Tweede meting aantal patiënten N=71	Vershil
Bij de patiënt heeft de huisarts op dit punt niet conform de leidraad gehandeld.	75%	56%	-19% *
<i>Vanwege:</i>			
Volgens de huisarts heeft hij (nog) onvoldoende informatie op het gebied van arbeid en gezondheid om de patiënt adequaat te behandelen:			
• maar de huisarts is niet van plan om met de bedrijfsarts contact op te nemen	67%	52%	-15%
• de huisarts heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet met als doel om de patiënt te verwijzen of om informatie uit te wisselen met de bedrijfsarts	8%	4%	-4%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### **De bedrijfsartsen**

Bij de eerste meting werd bij 185 van de patiënten (25%) door de bedrijfsarts aangegeven dat zij nog onvoldoende feitelijke gegevens over betrokkene hadden voor een adequate begeleiding, bij de tweede meting was dit bij 117 van de patiënten (15%) het geval.

Tabel 7.7 geeft weer in hoeverre de bedrijfsartsen bij deze patiënten vervolgens de aanwijzing in de leidraad hebben opgevolgd. Daaruit blijkt dat dit, evenals bij de huisartsen, ook bij de bedrijfsartsen nogal tegenvalt. Zo is door hen bij de eerste meting bij 62% van deze patiënten geen contact met de huisarts opgenomen voor aanvullende informatie (hoewel dat volgens de leidraad feitelijk wel had moeten gebeuren), en bij de tweede meting bij ruim de helft, 55%, niet. Evenals bij de huisartsen lijkt ook hier desalniettemin sprake van een verbetering, maar het verschil tussen beide metingen blijkt bij de bedrijfsartsen niet significant en zou bij hen dus ook op toeval kunnen berusten.

Tabel 7.7 Uitwisselen van informatie of naar de huisarts verwijzen (PI-2):  
Doet de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen)

Uitwisselen van informatie of verwijzen (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=185	Tweede meting aantal patiënten N=117	Vershil
Bij de patiënt heeft de bedrijfsarts op dit punt niet conform de leidraad gehandeld.	62%	55%	-7%
<i>Vanwege:</i>			
Volgens de bedrijfsarts heeft hij (nog) onvoldoende informatie op het gebied van diagnostiek en behandeling om de patiënt adequaat te begeleiden:			
• maar de bedrijfsarts is niet van plan om met de huisarts contact op te nemen	53%	51%	-2%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet met als doel om de patiënt te verwijzen of om informatie uit te wisselen met de huisarts	9%	4%	-5%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 7.4.4 Afstemmen van inzicht: in hoeverre is er wat veranderd?

##### **De huisartsen**

Over wanneer een huisarts contact zou moeten opnemen met de bedrijfsarts voor afstemming van inzicht over een patiënt, worden in de leidraad de volgende situaties genoemd (TBV, Special maart 2002, p.7):

“Indicaties voor de **huisarts** daarvoor zijn:

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

Tabel 7.8 geeft weer in hoeverre de geïnterviewde huisartsen deze aanwijzing ook inderdaad opvolgen bij die patiënten waarbij dat volgens de leidraad nodig is, alsmede of hierbij nog veranderingen zijn te bespeuren tussen de eerste en de tweede meting.

Bij de eerste meting ging het in dit geval om 266 patiënten waarbij volgens de huisarts sprake was van één of meer van bovengenoemde situaties (70% van alle patiënten die bij de eerste meting bij deze huisartsen in beschouwing zijn genomen); bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 226 patiënten (66% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.8 Afstemmen met de bedrijfsarts van inzicht over de patiënt (PI-3):  
Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?  
(De gegevens van 58 huisartsen)

Afstemmen van inzicht (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=266	Tweede meting aantal patiënten N=226	Vershil
Bij de patiënt heeft de huisarts op dit punt niet conform de leidraad gehandeld.	76%	70%	-6%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
A. De huisarts vindt dat de gezondheidsproblemen van de patiënt de aandacht van de bedrijfsarts vereisen:			
• maar de huisarts is niet van plan om met de bedrijfsarts contact op te nemen	62%	54%	-8%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	2%	3%	+1%
B. Volgens de huisarts zijn er belemmeringen voor een spoedige terugkeer naar het werk:			
• maar de huisarts is niet van plan om met de bedrijfsarts contact op te nemen	48%	41%	-7%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	2%	3%	+1%
C. Volgens de huisarts is er een interventie in het werk van patiënt nodig:			
• maar de huisarts is niet van plan om met de bedrijfsarts contact op te nemen	38%	34%	-4%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	1%	2%	+1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.8 laat zien dat de huisartsen bij de eerste meting bij 76% van hun patiënten geen contact met de bedrijfsarts hebben opgenomen voor afstemming van inzicht, hoewel dat volgens de leidraad wel had moeten worden gebeuren gezien hetgeen er met deze patiënten aan de hand was. Bij de tweede meting blijkt dit tevens niet significant te zijn verbeterd; ook niet wanneer we hierbij de LHV/NVAB-regio's en de Zon-

Mw-regio's afzonderlijk bekijken (zie tabel 7.B8 in de tabellenbijlage bij dit hoofdstuk).

### *De bedrijfsartsen*

Voor de bedrijfsarts worden in de leidraad de volgende situaties aangegeven waarbij hij of zij contact met de huisarts zou moeten opnemen voor afstemming van inzicht over een patiënt (TBV, Special maart 2002, p.7):

“Indicaties voor de **bedrijfsarts** daarvoor zijn:

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

Tabel 7.9 geeft weer in hoeverre de geïnterviewde bedrijfsartsen deze aanwijzingen in de praktijk ook inderdaad blijken op te volgen bij die patiënten waarbij dat volgens de leidraad nodig is, alsmede of hierbij nog veranderingen zijn te signaleren tussen de eerste en de tweede meting. (Door een softwareprobleem zijn in de interviews echter maar 2 van deze 3 criteria ook aan alle bedrijfsartsen uitgevraagd.)

Bij de eerste meting ging het in dit geval om 552 patiënten waarbij volgens de bedrijfsarts de gezondheidsproblemen ook curatieve aandacht vereiste en/of dat er een andere/ aanvullende behandeling nodig was (76% van alle patiënten die bij de eerste meting bij deze bedrijfsartsen in beschouwing zijn genomen); bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 559 patiënten (72% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.9 Afstemmen met de huisarts van inzicht over de patiënt (PI-3):  
Doet de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen)

Afstemmen van inzicht (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=552	Tweede meting aantal patiënten N=559	Vershil
Bij de patiënt heeft de bedrijfsarts op dit punt niet conform de leidraad gehandeld.	73%	77%	+4%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
A. De bedrijfsarts vindt dat de gezondheidsproblemen van de patiënt de aandacht van de huisarts vereisen:			**
• maar de bedrijfsarts is niet van plan om met de huisarts contact op te nemen	53%	60%	+7% ←
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	6%	2%	-4% ←
B. Volgens de bedrijfsarts is er een andere of aanvullende behandeling en/of verwijzing nodig in de curatieve dan wel arbozorg:			*
• maar de bedrijfsarts is niet van plan om met de huisarts contact op te nemen	37%	38%	+1%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	4%	1%	-3% ←

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

Tabel 7.9 laat zien dat, net zoals de huisartsen, ook de bedrijfsartsen zowel bij de eerste als bij de tweede meting steeds bij circa 7 op de 10 patiënten op dit punt niet volgens de leidraad handelen. Dat wil zeggen, er wordt over deze patiënten geen contact met elkaar opgenomen voor afstemming van inzicht hoewel hier volgens de leidraad wel aanleiding toe is.

Tabel 7.9 laat verder nog zien dat bij de tweede meting de bedrijfsartsen nu zelfs opvallend meer dan voorheen helemaal niet meer van plan zijn om contact met de huisarts op te nemen wanneer zij vinden dat de gezondheidsproblemen van de patiënt de aandacht van de huisarts vereisen. Achten zij echter voor een patiënt een andere behandeling nodig, dan valt er daarentegen weer een andere ontwikkeling waar te nemen. Hierover blijken de bedrijfsartsen namelijk nu wel vaker dan voorheen contact met de huisarts op te nemen met de bedoeling om hun inzicht over deze patiënt met hem of haar nader af te stemmen.



Dit patroon komt overigens alleen binnen de LHV/NVAB-regio's duidelijk naar voren. Binnen de ZonMw-regio's lijkt ook wel sprake van deze trend maar bij hen zijn de verschillen tussen de eerste en de tweede meting op deze punten niet significant (zie tabel 7.B9 in de tabellenbijlage).

#### 7.4.5 *Afstemmen van het advies: in hoeverre is er wat veranderd?*

##### ***De huisartsen***

Over wanneer een huisarts voor zijn advies aan de patiënt contact zou moeten opnemen met de bedrijfsarts om dit verder met hem/haar af te stemmen, worden in de leidraad de volgende situaties genoemd (TBV, Special maart 2002, p.7):

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

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

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

Tabel 7.10 geeft weer in hoeverre de geïnterviewde huisartsen deze aanwijzingen ook inderdaad bij hun patiënten opvolgen waarbij dat volgens de leidraad nodig is, alsmede of hierbij nog veranderingen zijn te bespeuren tussen de eerste en de tweede meting..

Bij de eerste meting ging het in dit geval om 156 patiënten waarbij volgens de huisarts sprake was van één of meer van bovengenoemde situaties (41% van alle patiënten die bij de eerste meting bij deze huisartsen in beschouwing zijn genomen); bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 124 patiënten (36% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.10 Afstemmen met de bedrijfsarts van het advies aan de patiënt (PI-4):  
Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?  
(De gegevens van 58 huisartsen)

Afstemmen van het advies (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=156	Tweede meting aantal patiënten N=124	Vershil
Bij de patiënt heeft de huisarts op dit punt niet conform de leidraad gehandeld.	70%	62%	-8%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
A. De huisarts wil een advies aan de patiënt geven dat tegenstrijdig is aan dat van de bedrijfsarts:			
• maar de huisarts is niet van plan om met de bedrijfsarts contact op te nemen	6%	2%	-4%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	0%	2%	+2%
B. De huisarts wil een advies aan de patiënt geven bij een werkgerelateerd probleem: *			
• maar de huisarts is niet van plan om met de bedrijfsarts contact op te nemen	47%	44%	-3%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	½%	4%	+4½% ←
C. De huisarts wil een advies aan de patiënt geven dat een spoedige terugkeer naar het werk kan belemmeren:			
• maar de huisarts is niet van plan om met de bedrijfsarts contact op te nemen	28%	27%	-1%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	1%	2%	+1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

Tabel 7.10 laat zien dat, evenals bij het afstemmen van inzicht, de huisartsen wat betreft het afstemmen van hun advies aan de patiënt eveneens bij het merendeel van de patiënten de aanwijzingen in de leidraad nog niet opvolgen. Bij de eerste meting was dit bij 70% van de patiënten het geval, en bij de tweede meting bij 62% van de patiënten. Dat wil zeggen: hoewel de leidraad dit wel voorschrijft bij deze patiënten, heeft de

betrokken huisarts geen contact met de bedrijfsarts opgenomen voor afstemming van zijn of haar advies aan de patiënt ondanks dat men weet dat dit advies tegenstrijdig is aan dat van de bedrijfsarts, en/of over een werkgerelateerd probleem gaat, en/of een spoedige reïntegratie van de patiënt kan belemmeren. Tabel 7.10 geeft verder nog aan dat de huisartsen de leidraad met name 'negeren' wanneer zij een advies aan de patiënt willen geven bij een werkgerelateerd probleem.

Binnen de regio's afzonderlijk (zie tabel 7.B10 in de tabellenbijlage) is het beeld wat dit betreft min of meer hetzelfde. Binnen de ZonMw-regio's blijkt echter ook dat de huisartsen bij de tweede meting nu wel vaker dan voorheen contact met de bedrijfsarts opnemen bij een tegenstrijdig advies (maar niet met de bedoeling om dit advies verder af te stemmen).

### ***De bedrijfsartsen***

Voor de bedrijfsarts worden in de leidraad de volgende situaties aangegeven waarbij hij of zij contact met de huisarts zou moeten opnemen voor afstemming van het advies aan een patiënt (TBV, Special maart 2002, p.7):

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

- hij wil een advies geven dat tegenstrijdig is aan dat van de huisarts;
- hij wil zelf een behandelingsadvies geven;
- hij wil een advies geven dat de behandeling kan belemmeren."

Tabel 7.11 geeft weer in hoeverre de geïnterviewde bedrijfsartsen deze aanwijzingen in de praktijk ook opvolgen en in hoeverre hierbij veranderingen zijn te bespeuren bij de patienten uit de eerste meting en die uit de tweede meting..

Bij de eerste meting ging het in dit geval om 269 patiënten waarbij volgens de bedrijfsarts sprake was van één of meer van bovengenoemde situaties (37% van alle patienten die bij de eerste meting bij deze bedrijfsartsen in beschouwing zijn genomen); bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 258 patiënten (33% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.11 Afstemmen met de huisarts van het advies aan de patiënt (PI-4):  
Doet de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen)

Afstemmen van het advies (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=269	Tweede meting aantal patiënten N=258	Vershil
Bij de patiënt heeft de bedrijfsarts op dit punt niet conform de leidraad gehandeld.	71%	73%	+2%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
A. De bedrijfsarts wil een advies aan de patiënt geven dat tegenstrijdig is aan dat van de huisarts:			
• maar de bedrijfsarts is niet van plan om met de huisarts contact op te nemen	3%	3%	0%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	2%	0%	-2%
B. De bedrijfsarts wil zelf aan de patiënt een behandelingsadvies geven:			
• maar de bedrijfsarts is niet van plan om met de huisarts contact op te nemen	63%	70%	+7%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	6%	2%	-4% ←
C. De bedrijfsarts wil een advies aan de patiënt geven dat de behandeling van de huisarts kan belemmeren:			
• maar de bedrijfsarts is niet van plan om met de huisarts contact op te nemen	3%	1%	-2%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	<½%	0%	-<½%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

Evenals bij de huisartsen kan ook bij de bedrijfsartsen worden opgemerkt dat zij, niet alleen wat betreft afstemmen van inzicht maar ook wat betreft afstemmen van hun advies aan de patiënt, bij het merendeel van de patiënten de aanwijzingen in de leidraad nog (steeds) niet opvolgen. Tabel 7.11 geeft aan dat dit bij de eerste meting bij 71% van de patiënten het geval was en bij de tweede meting zelfs bij nog iets meer, namelijk bij 73% van de patiënten.

Tabel 7.11 laat verder zien dat de bedrijfsartsen de leidraad met name niet volgen wanneer zij zelf een behandeladvies aan de patiënt willen geven. Bij de tweede meting blijkt hierbij ook nog sprake van een opmerkelijke ontwikkeling. Het aantal keren dat men dan niet van plan is hierover contact met de huisarts op te nemen neemt weliswaar toe, maar dit is niet significant. Het aantal keren dat men dan wel contact opneemt met de huisarts maar niet met de bedoeling om dit advies verder met de huisarts af te stemmen, neemt echter af (en is in dit geval wel significant).

Zowel binnen de LHV/NVAB- als binnen de ZonMw-regio's is het beeld wat dit betreft hetzelfde, hoewel binnen de ZonMw-regio's het verschil tussen de metingen op bovengenoemd onderdeel niet significant is (zie tabel 7.B11 in de tabellenbijlage).

#### 7.4.6 *Toestemming vragen aan de patiënt: in hoeverre is er wat veranderd?*

Sinds 1998 zijn de voorwaarden waaronder artsen informatie met elkaar mogen uitwisselen over een patiënt met arbeidsverzuim, als volgt omschreven (Code samenwerking bij arbeidsverzuim (KNMG, 1998, p.3):

“De patiënt/werknemer dient geïnformeerd te worden over de wenselijkheid van de samenwerking tussen de betreffende artsen. De patiënt/werknemer kan op basis van die informatie besluiten toestemming te verlenen voor deze samenwerking. (...) De toestemming wordt verleend door middel van het afgeven van *een schriftelijke machtiging*. Deze dient aan te geven welke informatie door welke arts in welke functie, aan welke andere arts wordt gevraagd. (...) Het voorgaande betekent dat in een machtiging is opgenomen:

- de context en het doel van de vraag om informatie (behandeling, verzuimbegeleiding, claimbeoordeling, reïntegratieplan);
- de positie van de vragende arts (behandelaar, bedrijfsarts arbodienst, verzekeringsarts uvi, medisch adviseur verzekeringsmaatschappij);
- de eigen bevindingen van de vragende arts;
- aanvullende vragen;
- eventueel afzonderlijke toestemming voor aanvullend overleg en afstemming van inzicht.

Onderstaand wordt weergegeven in hoeverre de geïnterviewde artsen dit bij hun patiënten ook inderdaad steeds hebben gedaan wanneer zij van plan waren om met elkaar contact op te nemen, alsmede of hierbij verschillen zijn te bespeuren tussen de patiënten die bij meting 1 zijn doorgenomen en de patiënten die bij meting 2 besproken zijn.

#### ***De huisartsen***

Bij de eerste meting ging het om 70 patiënten waarbij de huisarts contact met de bedrijfsarts had gehad of nog zou opnemen (18% van alle patiënten die bij de eerste meting bij de huisartsen in beschouwing zijn genomen). Bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 76 patiënten (22% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.12 geeft weer in hoeverre de huisartsen bij deze patiënten de gedragscode van de KNMG in acht nemen. Dat wil zeggen: er behoort vooraf dan niet alleen met de patiënt het doel van dit contact te worden doorgenomen en de eventuele eigen bevindingen en vragen die men voor de collega heeft, maar tevens aan de patiënt expliciet toestemming te worden gevraagd ('informed consent') voor dit contact.

Tabel 7.12 Informed consent voor contact met de bedrijfsarts (PI-5):  
Volgt de huisarts bij zijn patiënten hierbij de KNMG-gedragscode?  
(De gegevens van 58 huisartsen)

Informed consent (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=70	Tweede meting aantal patiënten N=76	Vershil
Bij de patiënt heeft de huisarts op dit punt niet de KNMG-code opgevolgd. .	64%	63%	-1%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
De huisarts heeft of zal met de bedrijfsarts contact opnemen:			
A. maar de huisarts heeft niet het doel van het contact met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	3%	5%	+2%
B. het doel was/zal onder meer zijn informatie uitwisselen:			
• maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	4%	7%	+3%
C. het doel was/zal onder meer zijn afstemmen van inzicht/advies:			
• maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	57%	50%	-7%
D. de huisarts had/heeft nog eigen bevindingen voor de BA:			
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	4%	4%	0%
E. de huisarts had/heeft nog eigen vragen voor de BA:			
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	11%	9%	-2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.12 laat zien dat bij de patiënten waarover de huisarts contact had gehad met de bedrijfsarts of dit nog zou opnemen, bij beide metingen steeds bij bijna tweederde door hen niet is voldaan aan alle voorwaarden waaronder zij over betrokkenen informatie mogen uitwisselen met deze collega. Tabel 7.12 geeft verder aan dat dit met name komt vanwege een niet onbelangrijke voorwaarde in de KNMG-gedragscode die hierbij niet wordt opgevolgd, namelijk dat er alleen nader overleg over een patiënt mag plaatsvinden met diens expliciete/formele toestemming. Bij de eerste meting bleek bij 57% van de patiënten de huisarts niet over deze toestemming te beschikken en bij de tweede meting bij 50% van de patiënten niet. Dat wil zeggen dat zij over deze patiënten nader overleg hebben gevoerd met de bedrijfsarts zonder expliciete toestemming van de betrokken patiënt.

Tabel 7.B12 in de tabellenbijlage laat nog zien dat zowel binnen de LHV/NVAB-regio's als binnen de ZonMw-regio's het beeld wat dit betreft vrijwel hetzelfde is.

#### ***De bedrijfsartsen***

Bij bedrijfsartsen ging het bij de eerste meting om 200 patiënten waarbij zij contact met de huisarts hadden gehad of nog zouden opnemen (27% van alle patiënten die bij de eerste meting bij de bedrijfsartsen in beschouwing zijn genomen). Bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 150 patiënten (19% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.13 geeft weer in hoeverre de bedrijfsartsen bij deze patiënten geheel conform de KNMG-code hebben gehandeld. Daaruit blijkt dat, in tegenstelling tot bij de huisartsen, er bij hen op dit punt wél sprake blijkt van een duidelijke verbetering ten opzichte van de eerste meting. Tabel 7.13 laat verder nog zien dat dit voornamelijk moet worden toegeschreven aan het feit dat er door hen nu vaker dan voorheen met deze patiënten het doel van het contact vooraf wordt besproken alsmede de eventuele eigen bevindingen en vragen die men nog voor de huisarts heeft. Wanneer men tevens van plan is om over betrokkene nog nader van gedachten te wisselen met de huisarts, dan blijken echter ook de bedrijfsartsen de code nogal eens te negeren (en, evenals de huisartsen, dit ook te doen zonder toestemming van betrokkene). Ten opzichte van de eerste meting blijkt wat dit betreft bij hen ook nog geen enkele verbetering te bespeuren.

Tabel 7.B13 in de tabellenbijlage laat zien dat bovengeschetst beeld vooral van toepassing is op de LHV/NVAB-regio's. Binnen de ZonMw-regio's is daarentegen van het omgekeerde sprake. Daar blijkt bij de tweede meting de verbetering op dit onderdeel juist voornamelijk toe te schrijven aan het feit dat de huisartsen in de ZonMw-regio's nu veel vaker dan voorheen mét toestemming van de patiënt contact opnemen met de bedrijfsarts voor nader overleg.

Tabel 7.13 Informed consent voor contact met de huisarts (PI-5):  
Volgt de bedrijfsarts bij zijn patiënten hierbij de KNMG-gedragscode?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen)

Informed consent (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=200	Tweede meting aantal patiënten N=150	Vershil	
Bij de patiënt heeft de bedrijfsarts op dit punt niet de KNMG-code opgevolgd.	49%	37%	-12%	*
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>				
De bedrijfsarts heeft of zal met de huisarts contact opnemen:				
A. maar de bedrijfsarts heeft niet het doel van het contact met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	13%	0%	-13%	***
B. het doel was/zal zijn informatie uitwisselen,				
• maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	2%	0%	-2%	
C. het doel was/zal zijn afstemmen van inzicht/advies,				
• maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	31%	31%	0%	
D. de bedrijfsarts had/heeft nog eigen bevindingen voor de HA,				
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	14%	3%	-11%	***
E. de bedrijfsarts had/heeft nog eigen vragen voor de HA,				
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	16%	5%	-11%	**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 7.4.7

##### *Het resultaat van het contact: in hoeverre is er wat veranderd?*

Als laatste is in dit verband nagegaan of het doel van het contact tussen de artsen ook het gewenste resultaat oplevert. In de leidraad worden hieromtrent de volgende criteria aangegeven (TBV, Special maart 2002, p.7):

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

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



Onderstaand wordt weergegeven in hoeverre dit bij de patiënten ook inderdaad is bereikt, alsmede of hierbij nog verschillen zijn te bespeuren tussen de patiënten die bij meting 1 en die bij meting 2 hiervoor zijn doorgenomen.

#### ***De huisartsen***

Bij de eerste meting ging het in dit geval om 19 patiënten waarbij tijdens het interview bleek dat er inmiddels ook al daadwerkelijk contact was geweest tussen de huisarts en de bedrijfsarts (5% van alle patiënten die bij de eerste meting bij deze huisartsen in beschouwing zijn genomen); bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 28 patiënten (8% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.14 geeft weer in hoeverre het resultaat van deze contacten overeenkomt met de criteria die de leidraad hierbij stelt en in hoeverre op dit onderdeel nog verbeteringen zijn te signaleren. Daaruit blijkt dat dit in de praktijk enigszins tegenvalt. Bij de tweede meting blijkt er namelijk op dit punt niets te zijn veranderd en nog steeds bij ruim 4 op de 10 contacten het resultaat niet geheel overeen te komen met dat wat in de leidraad wordt beschreven. Tabel 7.14 geeft tevens aan dat dit vooral ligt aan het feit dat men in deze contacten geen overeenstemming weet te bereiken over één gemeenschappelijk advies aan de patiënt over zijn of haar reïntegratie.

Tabel 7.B14 in de tabellenbijlage laat verder nog zien dit beeld vooral van toepassing is op de LHV/NVAB-regio's. Binnen de ZonMw-regio's komt wat dit betreft een minder eenduidig beeld naar voren (maar het aantal contacten dat hierbij in beschouwing kon worden genomen is veel te gering om hieraan ook nog conclusies te verbinden).

Tabel 7.14 Het resultaat van het contact met de bedrijfsarts (PI-6):  
Komt dit overeen met leidraad?  
(De gegevens van 58 huisartsen)

Resultaat van het contact (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=19	Tweede meting aantal patiënten N=28	Verskil
Bij de patiënt heeft de huisarts niet het resultaat bereikt conform de leidraad	47%	43%	-4%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
Er is over de patiënt contact geweest tussen de HA en BA:			
A. het doel was onder meer informatie uitwisselen:			
• maar na het contact heeft de HA nog steeds onvoldoende informatie voor een adequate behandeling	16%	18%	+2%
B. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:			
• maar over hun advies over de behandeling zijn de HA en BA het niet eens geworden	32%	21%	-11%
C. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:			
• maar over hun advies over de reïntegratie zijn de HA en BA het niet eens geworden	26%	36%	+10%
D. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:			
• maar over elkaars taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling en reïntegratie zijn de HA en de BA het niet eens geworden	16%	18%	+2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Om na te gaan hoe de huisartsen eigenlijk zelf hun contact met de bedrijfsarts beoordelen is hen tot slot nog het volgende hierover gevraagd (zie tabel 7.15).

Dit laat zien dat over hun contact met de bedrijfsarts de huisartsen zelf zeker niet onverdeeld positief oordelen en dat dit bij de tweede meting ook niet significant veranderd is. Zo zijn de meeste weliswaar van mening dat het contact met de bedrijfsarts zeker in het belang van de patiënt is geweest, maar bij de eerste meting was men bij 95% van de patiënten nog die mening toegedaan en bij de tweede meting blijkt dit percentage te zijn gezakt naar 82%. Hetzelfde geldt voor hoe tevreden zijzelf over het contact zijn. Bij de eerste meting was men bij 79% van de betrokken patiënten hier tevreden over, bij de tweede meting bij wat minder, namelijk bij 68% van de patiënten. Verder blijkt men ook vrij kritisch te oordelen over het resultaat van het contact voor henzelf. Zowel bij de eerste als bij de tweede meting heeft het namelijk bij ruim twee-

derde van de gevallen volgens de huisarts hun beleid voor die patiënt niet veranderd. Daarnaast wordt bij de meeste contacten aangegeven (bij 61% bij de eerste meting en bij de helft van de contacten bij de tweede meting) dat het ook voor hen als huisarts geen tijdsbesparing heeft opgeleverd.

Tabel 7.15 Voorzover er over een patiënt contact is geweest met de bedrijfsarts:  
Hoe beoordeelt de huisarts dit contact zelf?  
(De gegevens van 58 huisartsen)

	Eerste meting aantal patiënten N=19	Tweede meting aantal patiënten N=28	Vershil
<b>Over deze patiënt heeft de HA reeds contact gehad met de bedrijfsarts</b>			
<b>Was het contact volgens de HA in het belang van deze patiënt?</b>			
. ja	95%	82%	-13%
. nee	5%	18%	+13%
. HA geeft aan: weet niet	0%	0%	0%
<b>Is de HA zelf tevreden over het contact?</b>			
. ja	79%	68%	-11%
. nee	21%	29%	+8%
. HA geeft aan: weet niet	0%	3%	+3%
<b>Heeft het contact het beleid van de HA voor deze patiënt veranderd?</b>			
. ja	21%	29%	+8%
. nee	68%	68%	0%
. HA geeft aan: weet niet	11%	3%	-8%
<b>Heeft het contact de HA zelf wat opgeleverd in de vorm van tijdsbesparing?</b>			
. ja	22%	36%	+14%
. nee	61%	50%	-11%
. HA geeft aan: weet niet	17%	14%	-3%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### ***De bedrijfsartsen***

Bij de bedrijfsartsen ging het bij de eerste meting om 94 patiënten waarbij tijdens het interview bleek dat zij inmiddels ook al daadwerkelijk contact over deze patiënt hadden gehad met de huisarts (13% van alle patiënten die bij de eerste meting bij deze bedrijfsartsen in beschouwing zijn genomen). Bij de tweede meting was dit van toepassing op in totaal 69 patiënten (9% van alle patiënten bij de tweede meting).

Tabel 7.16 geeft weer hoe deze contacten van de bedrijfsarts met de huisarts zijn verlopen. Dat wil zeggen, hebben die - wanneer we hierbij de criteria in de leidraad in beschouwing nemen - het gewenste resultaat opgeleverd?

Tabel 7.16 Het resultaat van het contact met de huisarts (PI-6):  
Komt dit overeen met leidraad?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen)

Resultaat van het contact (voorzover geïndiceerd)	Eerste meting aantal patiënten N=94	Tweede meting aantal patiënten N=69	Vershil
Bij de patiënt heeft de bedrijfsarts niet het resultaat bereikt conform de leidraad.	36%	25%	-11%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>			
Er is over de patiënt contact geweest tussen de BA en de HA:			
A. het doel was onder meer informatie uitwisselen:			
• maar na het contact heeft de BA nog steeds onvoldoende informatie voor een adequate begeleiding	21%	16%	-5%
B. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:			
• maar over hun advies over de behandeling zijn de BA en HA het niet eens geworden	13%	4%	-9%
C. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:			
• maar over hun advies over de reïntegratie zijn de BA en de HA het niet eens geworden	14%	9%	-5%
D. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:			
• maar over elkaars taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling en reïntegratie zijn de BA en de HA het niet eens geworden	6%	4%	-2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Evenals bij de huisartsen laat tabel 7.16 zien dat op dit punt ook bij de bedrijfsartsen geen significante verbetering valt waar te nemen. In tegenstelling tot bij de huisartsen lag bij de eerste meting bij de bedrijfsartsen het aantal contacten dat niet het gewenste resultaat had opgeleverd echter al lager, en bij de tweede meting is dit nog wat verder afgenomen. Bij hen komt het nu uit op net een kwart van de contacten, terwijl bij de huisartsen bij de tweede meting nog steeds bij ruim 4 op de 10 contacten het resultaat niet geheel overeen bleek te komen met dat wat in de leidraad wordt beschreven.

Tabel 7.16 laat verder nog zien dat dit ook niet zozeer ligt aan het feit dat men in deze contacten geen overstemming weet te bereiken over één gemeenschappelijk advies aan de patiënt over de reïntegratie (zoals bij de huisartsen vooral het geval bleek), maar bij de bedrijfsartsen vooral aan het feit dat deze contacten hen onvoldoende informatie opleveren voor een adequate begeleiding van de betrokken patiënt.

Kijken we hierbij tevens nog naar de type regio's afzonderlijk, dan kan geconstateerd worden dat binnen beide sprake is van hetzelfde beeld zoals bovenstaand is geschetst (zie tabel 7.B16 in de tabellenbijlage).

Tot slot is ook aan de bedrijfsartsen nog gevraagd hoe zij zelf eigenlijk hun contact met de huisarts beoordelen (zie tabel 7.17). Hoewel dit bij de tweede meting niet significant blijkt te zijn veranderd, kan hierover worden opgemerkt dat zij ook bij de eerste meting hierover over het geheel genomen al positief oordeelden. Evenals de huisartsen blijken ook de bedrijfsartsen echter wel vrij kritisch over het resultaat van het contact voor henzelf. Zowel bij de eerste als bij de tweede meting heeft het volgens de meesten hun beleid voor die patiënt niet veranderd en hen feitelijk ook geen tijdsbesparing opgeleverd.

Tabel 7.17 Voorzover er over een patiënt contact is geweest met de huisarts:  
Hoe beoordeelt de bedrijfsarts dit contact zelf?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen)

	Eerste meting aantal patiënten N=94	Tweede meting aantal patiënten N=69	Vershil
<b>Over deze patiënt heeft de BA reeds contact gehad met de huisarts</b>			
<b>Was het contact volgens de BA in het belang van deze patiënt?</b>			
. ja	99%	96%	-3%
. nee	1%	4%	+3%
. BA geeft aan: weet niet	0%	0%	0%
<b>Is de BA zelf tevreden over het contact?</b>			
. ja	91%	93%	+2%
. nee	8%	6%	-2%
. BA geeft aan: weet niet	1%	1%	0%
<b>Heeft het contact het beleid van de BA voor deze patiënt veranderd?</b>			
. ja	19%	13%	-6%
. nee	79%	83%	+4%
. BA geeft aan: weet niet	2%	4%	+2%
<b>Heeft het contact de BA zelf wat opgeleverd in de vorm van tijdsbesparing?</b>			
. ja	30%	30%	0%
. nee	61%	70%	-9%
. BA geeft aan: weet niet	9%	0%	+9% ←

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

#### 7.4.8 De sociaal-medische begeleiding van de artsen: in hoeverre al met al veranderd?

In de vorige paragrafen is steeds bij ieder onderdeel van de begeleiding nagegaan of de geïnterviewde artsen bij hun patiënten hierbij geheel volgens de leidraad van de LHV/NVAB handelen of volgens de richtlijnen van de KNMG en zo nee, aan welke criteria in de praktijk dan niet wordt voldaan. Tevens is hierbij steeds bekeken of zich wat dit betreft nog veranderingen hebben voorgedaan tussen de meting aan het begin van het project (meting 1) en die na afloop van het project (meting 2). Vatten we dit laatste

samen aangezien dit de hoofdvraag van dit hoofdstuk betreft, dan levert dit het volgende beeld op.

### ***De huisartsen***

Bij de tweede meting lijkt er bij de huisartsen bij alle onderdelen van hun begeleiding sprake van een positieve verandering in de zin van: er wordt door hen nu bij meer patiënten dan bij de eerste meting conform de richtlijnen gehandeld respectievelijk meer conform de criteria voor een geïntegreerde sociaal-medische begeleiding (zie tabel 7.18). De verschillen tussen de metingen blijken echter bij de meeste onderdelen niet zodanig dat zij ook als significant kunnen worden aangemerkt. Dit laatste wil zeggen dat het niet voor tenminste 95% zeker is dat deze verschillen niet toevallig zijn. Bij één onderdeel is het verschil tussen de metingen echter wel significant. Bij de tweede meting blijkt er namelijk door de huisartsen nu significant vaker informatie te worden uitgewisseld met de bedrijfsarts indien de probleemverheldering bij een patiënt hiertoe aanleiding geeft.

Het bovenstaande geldt vooral voor de LHV/NVAB-regio's. Binnen de ZonMw-regio's is weliswaar ook sprake van een aantal positieve veranderingen, maar deze blijken bij de ZonMw-regio's bij geen enkel onderdeel significant (zie tabel 7.B18 in de tabellenbijlage).

Tabel 7.18 Overzicht van de eindscores op de 6 Performance Indicatoren (PI's)  
(Aan de hand van de gegevens van 58 huisartsen over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

Performance Indicator (PI)	Bij hoeveel % van de patiënten is bij meting 2 op dit punt méér (+) of minder (-) conform de richtlijnen gehandeld?
PI-1 (probleemverheldering)	+ 3% maar dit verschil is niet significant
PI-2 (informatie uitwisselen)	+ 19% en dit verschil is significant *
PI-3 (afstemmen van inzicht)	+ 6% maar dit verschil is niet significant
PI-4 (afstemmen van advies)	+ 8% maar dit verschil is niet significant
PI-5 (informed consent)	+ 1% maar dit verschil is niet significant
PI-6 (resultaat van het contact)	+ 4% maar dit verschil is niet significant

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Daarnaast kan uiteraard ook nog per patiënt worden bekeken hoe vaak de huisarts in zijn begeleiding van deze patiënt is afgeweken van hetgeen de richtlijnen hierbij voorschrijven. Onderstaande tabel 7.19 laat dan zien dat de betrokken huisartsen bij hun patiënten bij de eerste meting gemiddeld bij 2 van de 6 onderscheiden onderdelen de richtlijnen niet of niet geheel hebben gevolgd ( $M=1.6$  met een standaarddeviatie SD van  $\pm 1.04$  hetgeen wil zeggen dat ongeveer tweederde van de scores lag tussen de  $1.6 + 1.04 = 2.64$  en  $1.6 - 1.04 = 0.56$ ). Bij de tweede meting lijkt er wat dit betreft wel sprake van een verbetering, maar ook in dit geval is deze niet significant.

Tabel 7.19 laat verder nog zien dat het aantal patiënten waarbij door de huisarts geen enkele keer van de richtlijn is afgeweken, bij de tweede meting iets is toegenomen, maar ook in dit geval kan niet gesproken worden van een significante toename (bij de eerste meting was bij 18% van de patiënten op geen enkel punt van de richtlijnen afgeweken, bij de tweede meting bij 23% van de patiënten).

Binnen beide regio's is het patroon ook wat dit betreft vrijwel hetzelfde (zie tabel 7.B19 in de tabellenbijlage). Bij beide zijn in de sociaal-medische begeleiding van pa-

tiënten met arbeidsverzuim dus wel enige verbeteringen te bespeuren, maar bij beide regio's zijn deze niet significant en kunnen dus ook op toeval berusten.

Tabel 7.19 Totaalscore van de huisartsen op de 6 Performance Indicatoren (PI's) per patiënt

(Aan de hand van de gegevens van 58 huisartsen over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

	Eerste meting aantal patiënten N=379	Tweede meting aantal patiënten N=340	Vershil
Het aantal keren dat door de HA bij een patiënt is afgeweken van de richtlijnen:			
. 0 keer hiervan afgeweken	18%	23%	+5%
. 1 keer	30%	31%	+1%
. 2 keer	34%	30%	-4%
. 3 keer	15%	15%	0%
. 4 keer	3%	1%	-2%
. 5 keer	0%	0%	0%
. bij alle 6 PI's hiervan afgeweken	0%	0%	0%
.			
. gemiddelde score per patiënt	1.6	1.4	-0.2
. en standaarddeviatie (SD)	1.04	1.05	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

De vraag die tot slot nog opdoemt is in hoeverre de geïnterviewde huisartsen zélf wat dit betreft zijn veranderd. Of anders gezegd, hoeveel van hen werken nu meer conform de richtlijnen, hoeveel minder en bij hoeveel heeft er zich wat dit betreft geen verandering voorgedaan. Om dit na te gaan is per arts allereerst nagegaan hoe vaak zij bij de eerste meting in de begeleiding van hun patiënten waren afgeweken van de richtlijnen en hoe vaak dit bij de tweede meting was gebeurd. Vervolgens is per meting hun gemiddelde score bij hun patiënten berekend<sup>4</sup>. Daarna is de gemiddelde score bij de eerste meting en bij de tweede meting met elkaar vergeleken/getoetst. Hieruit komt naar voren dat gemiddeld genomen de huisartsen bij de tweede meting wel iets beter hebben gescoord - dus minder vaak bij de begeleiding van hun patiënten van de richtlijnen zijn afgeweken -, maar dat dit verschil niet significant ( $p > .05$ ) is. Dit betreft echter een gemiddelde voor de gehele groep. Kijken we hierbij nog naar het verschil per arts afzonderlijk, dan valt hier nog wel wat meer over te zeggen (zie tabel 7.20). Zo blijkt bijvoorbeeld 9% van de huisartsen bij de tweede meting gemiddeld minstens 1 keer minder vaak bij zijn patiënten van de richtlijnen te zijn afgeweken (met aan de andere kant echter wel de 7% die bij de tweede meting minstens 1 keer vaker hiervan is afgeweken).

<sup>4</sup> Bijvoorbeeld: bij de eerste meting zijn bij een arts 7 patiënten doorgenomen. Bij 5 patiënten was de arts 1 keer afgeweken van de richtlijnen, bij 1 patiënt 2 keer en bij 1 patiënt 3 keer. In totaal is deze arts bij de eerste meting dus bij deze 7 patiënten 10 keer afgeweken van de richtlijnen. De gemiddelde score van deze arts bij de eerste meting komt dan uit op 1.4. Bij de tweede meting zijn bij deze arts 10 patiënten doorgenomen waarbij in totaal 6 keer blijkt te zijn afgeweken van de richtlijnen. Bij de tweede meting houdt dit bij deze arts in een gemiddelde score van 0.6.

Tabel 7.B20 in de tabellenbijlage geeft verder nog aan dat dit beeld bij beide regio's vrijwel hetzelfde is respectievelijk niet significant van elkaar verschilt.

Tabel 7.20 Gemiddelde score van de arts bij zijn patiënten: bij hoeveel huisartsen is die bij de tweede meting verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven?

		Huisartsen N=56 *
De gemiddelde score van de arts bij zijn patiënten is t.o.v. de eerste meting bij de tweede meting :		
.	verbeterd (minstens 1 keer minder afgeweken van de richtlijnen)	9%
.	verslechterd (minstens 1 keer vaker afgeweken van de richtlijnen)	7%
.	gelijk gebleven (het verschil is minder dan 1 keer)	84%

\* 2 huisartsen zijn hierbij niet in beschouwing genomen omdat hun interview bij de eerste of bij de tweede meting uiteindelijk geen geïncludeerde patiënt opleverde (en dus ook geen score die als referentiepunt kon dienen).

### ***De bedrijfsartsen***

Bij de bedrijfsartsen lijkt er niet alleen sprake van positieve veranderingen in de begeleiding van hun patiënten, maar ook van een paar minder positieve (zie tabel 7.21). Bij de meeste onderdelen blijken deze veranderingen echter niet significant en kunnen dus ook op toeval berusten.

Niet op toeval berust echter de verandering die zich heeft voorgedaan bij de probleemverheldering. Bij de tweede meting blijkt deze namelijk door de bedrijfsartsen nu bij significant meer patiënten conform de richtlijnen te worden uitgevoerd. Daarnaast blijken de bedrijfsartsen nu ook vaker de richtlijnen correct te volgen richting de patiënt wanneer zij over betrokkene contact willen opnemen met de huisarts.

Kijken we hierbij vervolgens nog naar de LHV/NVAB-regio's en ZonMw-regio's afzonderlijk, dan blijkt het voorgaande op elk slechts voor een deel van toepassing (zie tabel 7.B21 in de tabellenbijlage). Binnen de LHV/NVAB-regio's blijkt namelijk alleen sprake van een significante verbetering bij de probleemverheldering. Binnen de ZonMw-regio's blijkt alleen sprake van een significante verbetering wat betreft het opvolgen van de KNMG-gedragscode wanneer de bedrijfsarts over een patiënt contact wil opnemen met de huisarts. Dat wil zeggen dat er binnen deze ZonMw-regio's door de bedrijfsartsen nu vaker dan voorheen voor dit contact eerst formeel toestemming aan de patiënt wordt gevraagd.



Tabel 7.21 Overzicht van de eindscores op de 6 Performance Indicatoren (PI's)  
(Aan de hand van de gegevens van 83 bedrijfsartsen over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

Performance Indicator (PI)	Bij hoeveel % van de patiënten is bij meting 2 op dit punt méér (+) of minder (-) conform de richtlijnen gehandeld?	
PI-1 (probleemverheldering)	+ 10%	en dit verschil is significant ***
PI-2 (informatie uitwisselen)	+ 7%	maar dit verschil is niet significant
PI-3 (afstemmen van inzicht)	- 4%	maar dit verschil is niet significant
PI-4 (afstemmen van advies)	- 2%	maar dit verschil is niet significant
PI-5 (informed consent)	+ 12%	en dit verschil is significant *
PI-6 (resultaat van het contact)	+ 11%	maar dit verschil is niet significant

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Kijken we vervolgens per patiënt hoe vaak de bedrijfsarts hierbij conform de richtlijnen heeft gehandeld, dan blijkt hier wel zonder meer sprake van significante verbeteringen (zie tabel 7.22). Niet alleen het aantal patiënten waarbij zij geen enkele keer van de richtlijnen zijn afgeweken blijkt bij de tweede meting opvallend te zijn toegenomen. Ook hun gemiddelde score per patiënt blijkt wat dit betreft significant te zijn gedaald hetgeen wil zeggen dat er ook gemiddeld per patiënt nu minder vaak door hen wordt afgeweken van de richtlijnen. Het bovenstaande geldt in dit geval voor beide type regio's (zie tabel 7.B22 in de tabellenbijlage).

Tabel 7.22 Totaalscore van de bedrijfsartsen op de 6 Performance Indicatoren (PI's) per patiënt  
(Aan de hand van de gegevens van 83 bedrijfsartsen over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

	Eerste meting aantal patiënten N=730	Tweede meting aantal patiënten N=781	Verskil
Het aantal keren dat door de BA bij een patiënt is afgeweken van de richtlijnen:			***
. 0 keer hiervan afgeweken	16%	24%	+8% ←
. 1 keer	40%	41%	+1%
. 2 keer	28%	27%	-1%
. 3 keer	14%	8%	-6% ←
. 4 keer	2%	<½%	-2% ←
. 5 keer	0%	0%	0%
. bij alle 6 PI's hiervan afgeweken	0%	0%	0%
. gemiddelde score per patiënt	1.5	1.2	-0.3 ***
. en standaarddeviatie (SD)	.98	.90	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorieën het verschil significant is.

Net zoals bij de huisartsen is tot slot ook bij de bedrijfsartsen nagegaan hoeveel van hen nu meer conform de richtlijnen zijn gaan werken, hoeveel minder en bij hoeveel er zich wat dit betreft geen verandering heeft voorgedaan. Daaruit blijkt dat gemiddeld genomen de bedrijfsartsen bij de tweede meting wèl significant beter hebben gescoord ( $p < .001$ ). Met andere woorden, in tegenstelling tot de groep huisartsen blijken zij als groep bij de tweede meting wel significant minder vaak bij de begeleiding van hun patiënten te zijn afgeweken van de richtlijnen. Evenals bij de huisarts is hierbij eveneens nog gekeken naar het verschil per arts afzonderlijk. Tabel 7.23 laat dan zien dat binnen de groep bedrijfsartsen 10% bij de tweede meting gemiddeld minstens 1 keer minder vaak bij zijn patiënten is afgeweken van de richtlijnen en 1% minstens 1 keer vaker.

Vergelijken we deze gegevens vervolgens met die van de huisartsen (zie tabel 7.20, p. 32) dan kan nog worden opgemerkt dat het verschil tussen de bedrijfsartsen en de huisartsen niet zozeer valt toe te schrijven aan een toename van het aantal bedrijfsartsen dat zich aanmerkelijk verbeterd heeft. Bij de huisartsen bleek immers 9% minstens 1 keer minder vaak van de richtlijnen te zijn afgeweken, bij de bedrijfsartsen blijkt hiervan bij 10% sprake. Het verschil zit hem vooral in het feit dat bij de bedrijfsartsen slechts 1% bij de tweede meting ‘achteruit is gegaan’ (minstens 1 keer vaker bij zijn patiënten van de richtlijnen is afgeweken), terwijl dit bij de huisartsen bij 7% het geval bleek.

Tabel 7.B23 in de tabellenbijlage geeft verder nog aan dat evenals bij de huisartsen, ook bij de bedrijfsartsen dit beeld bij beide regio’s vrijwel hetzelfde is respectievelijk niet significant van elkaar verschilt.

Tabel 7.23 Gemiddelde score van de arts bij zijn patiënten: bij hoeveel bedrijfsartsen is die bij de tweede meting verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven?

		Bedrijfsartsen N=83
De gemiddelde score van de arts bij zijn patiënten is t.o.v. de eerste meting bij de tweede meting :		
. verbeterd	(minstens 1 keer minder afgeweken van de richtlijnen)	10%
. verslechterd	(minstens 1 keer vaker afgeweken van de richtlijnen)	1%
. gelijk gebleven	(het verschil is minder dan 1 keer)	89%

## 7.5 Conclusies

De vraagstelling van dit deel van het evaluatieonderzoek luidde: ‘Werken, na afloop van de samenwerkingsprojecten, huisartsen en bedrijfsartsen in hun contacten met patiënten nu meer dan daarvoor conform de criteria voor een geïntegreerde sociaal-medische begeleiding zoals deze door de betrokken beroepsorganisaties zijn vastgelegd in de ‘Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim’ en in de KNMG-gedragscode ‘Samenwerking bij arbeidsverzuim’?’. Of anders gezegd: Zijn er na afloop van de activiteiten in de betrokken proefregio’s veranderingen bij de huis- en bedrijfsartsen te bespeuren bij de probleemverheldering die zij bij hun patiënten uitvoeren, bij het onderling informatie uitwisselen over een patiënt, bij het afstemmen van hun inzicht en advies aan een patiënt, bij het toestemming vragen aan een patiënt wanneer zij met elkaar contact willen opnemen en bij het resultaat dat zij met hun onderlinge contact weten te bereiken?

Uit de interviews die hiervoor aan het begin en na afloop van het project zijn gehouden met in totaal 58 huisartsen en 83 bedrijfsartsen, komt hierover het volgende beeld naar voren:

- Wat betreft de probleemverheldering bij hun patiënten is er bij de huisartsen nog geen duidelijke verandering te bespeuren, bij de bedrijfsartsen daarentegen wel. Met name wordt er door hen hierbij nu vaker dan voorheen met de patiënt diens beperkingen en mogelijkheden doorgenomen om weer te kunnen functioneren in het werk.
- Voor wat betreft het onderling informatie uitwisselen over een patiënt indien de probleemverheldering hen onvoldoende gegevens heeft opgeleverd, geldt juist het omgekeerde. Bij de huisartsen is hierbij een duidelijke verbetering te bespeuren (zij nemen nu bij meer patiënten dan voorheen contact op met de bedrijfsarts voor aanvullende informatie indien de probleemverheldering hiertoe aanleiding geeft). Bij de bedrijfsartsen komt op dit punt daarentegen geen significante verbetering naar voren.
- Zowel het onderling afstemmen van inzicht over een patiënt als het afstemmen van hun advies aan betrokkene, is bij beide niet verbeterd. Ook bij de tweede meting blijkt namelijk dat in die situaties waarbij dat wel geïndiceerd is, nog steeds een (ruime) meerderheid van de betrokken huis- en bedrijfsartsen hiervoor geen contact met elkaar opneemt.
- Bij het toestemming vragen aan een patiënt wanneer men over betrokkene contact met de collega wil opnemen, ligt het echter weer anders. Bij de huisartsen valt er op dit punt geen duidelijke verbetering te signaleren. De bedrijfsartsen blijken hierbij nu echter wel significant vaker de KNMG-gedragscode te volgen (en met name nu veel meer dan voorheen vooraf met de patiënten het doel van dit contact te bespreken alsmede de eventuele eigen bevindingen en vragen die men nog voor de huisarts heeft).
- Het resultaat van het contact dat men met elkaar heeft over een patiënt, blijkt daarentegen bij beide niet te zijn verbeterd. Vergeleken met de eerste meting blijken bij de tweede meting de contacten over de patiënten namelijk niet opmerkelijk vaker het resultaat te hebben opgeleverd waarvoor zij bedoeld waren. Dat wil zeggen: wanneer het bedoeld was om informatie uit te wisselen, dan blijkt dat deze contacten nu niet vaker de artsen ook alle gewenste informatie hebben opgeleverd. En wanneer het contact bedoeld was voor afstemming van inzicht en het advies aan een patiënt, dan blijkt dat deze contacten er nu niet vaker voor hebben gezorgd dat de betrokken artsen het eens werden over hun adviezen en over elkaars taken en verantwoordelijkheden bij de verdere begeleiding van deze patiënten.
- Hoewel er wel enige positieve veranderingen zijn te signaleren, moet echter ook worden opgemerkt dat er in deze proefregio's nog zeker geen sprake is van een sociaal-medische begeleiding zoals deze in de leidraad wordt omschreven. De resultaten van de tweede meting laten namelijk verder zien dat bij de helft tot driekwart van de patiënten waarbij dat volgens de leidraad wel geïndiceerd was, de huisarts en bedrijfsarts geen contact met elkaar opnemen om informatie uit te wisselen en/of om hun inzicht over of hun advies aan deze patiënten af te stemmen. Daarnaast blijkt ook bij de overige onderdelen van de begeleiding (de probleemverheldering, het toestemming vragen aan de patiënt voor onderling contact, en het resultaat van dit contact) de leidraad nog zeker niet consequent door de artsen te worden gevolgd. Zo blijken de bedrijfsartsen bij de tweede meting bij een kwart tot eenderde van hun patiënten op deze onderdelen niet conform de leidraad te hebben gehandeld. De huisartsen blijken dit bij nog heel wat meer patiënten niet te hebben gedaan, namelijk bij de helft tot bijna tweederde van hun patiënten. Met andere woorden, hoewel er wel enige positieve veranderingen zijn te signaleren,

blijkt in deze regio's nog zeker geen sprake van een geïntegreerde sociaal-medische begeleiding zoals de betrokken beroepsorganisaties die voor ogen hebben en via de samenwerkingsprojecten getracht is te bereiken.

## 8 Effecten op patiënttevredenheid

### 8.1 Samenvatting

De regionale projecten ter bevordering van de samenwerking werden geëvalueerd aan de hand van een mogelijke verbetering van patiënttevredenheid na de experimenten. In de voormeting werd door 643 patiënten een gemiddeld rapportcijfer voor tevredenheid toegekend van 7,7 en in de nameting door 564 patiënten een rapportcijfer van 7,8. Deze cijfers verschilden niet significant van elkaar. Ook andere tevredenheidsmaten of beoordeling van de samenwerking verschilden niet significant. De conclusie luidt dat de experimenten niet hebben geleid tot een andere beoordeling van het consult door de patiënten.

### 8.2 Inleiding

Betere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts moet uiteindelijk terug te vinden zijn in een betere uitkomst van het zorg-proces. Als uitkomst verwachten we dat werkgerelateerde gezondheidsproblemen zoals beroepsziekten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid sneller tot een oplossing zullen komen. De experimenten zouden tot een verbetering van een dergelijke uitkomst moeten leiden. Deze uitkomstmaten zijn echter niet gemakkelijk meetbaar. Verzuim en arbeidsongeschiktheid zouden over een langere periode bij grote groepen werknemers moeten worden gemeten om verschillen enigszins betrouwbaar te kunnen vaststellen. Dat is in het kader van dit evaluatie project niet mogelijk. Er is daarom gekozen voor patiënttevredenheid als een uitkomstmaat die dicht bij het zorg proces ligt. Verwacht mag worden dat naast gezondheidsuitkomsten betere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts zal leiden tot een grotere patiënttevredenheid. Van patiënttevredenheid is op zijn beurt bekend dat ontevreden patiënten adviezen slechter opvolgen en zich vaker aan de zorg onttrekken (Verbeek et al., 2001). Daarom zijn we tot de volgende vraagstelling gekomen: Zijn er na afloop van de implementatieactiviteiten verschuivingen vast te stellen in de patiënttevredenheid over de geleverde zorg, in het bijzonder ten aanzien van:

- het maken van een afspraak ?
- de beschikbare faciliteiten?
- de bejegening door de zorgverlener?
- de communicatie met de zorgverlener?
- de verwachtingen van de patiënt?
- de continuïteit van zorg?
- de kennis en vaardigheden van de zorgverlener?
- de onafhankelijkheid van de zorgverlener?
- de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts?
- een algemeen oordeel over de zorg?

### 8.3 Methode

#### 8.3.1 *Patiëntenpopulatie*

De huisartsen en bedrijfsartsen die werden geïnterviewd werd gevraagd om maximaal 10 van hun patiënten met ziekteverzuim die zij recent op hun spreekuur hadden gezien de vragenlijst patiënttevredenheid toe te laten sturen. Voor een beschrijving van de selectie van deze patiënten wordt verwezen naar hoofdstuk 7.3. Voor en na het expe-

riment werden wel dezelfde artsen geïnterviewd, maar kregen andere patiënten een vragenlijst toegestuurd. Het is daardoor mogelijk dat de patiëntenpopulatie tussen de voor- en nameting op andere kenmerken van elkaar verschilt dan alleen het experiment. Mogelijk kunnen deze kenmerken, als zij ook samenhangen met tevredenheid een verstoring geven van het resultaat. De volgende potentieel versturende factoren werden gemeten: afkomstig van huisarts of bedrijfsarts, geslacht, leeftijd, aantal voorafgaande bezoeken, regio.

### 8.3.2 *Tevredenheid*

De vragenlijst patiëntentevredenheid werd speciaal ontwikkeld om tevredenheid met het consult van de bedrijfsarts te kunnen meten. Naast de gebruikelijke vragen over communicatie, bejegening en kundigheid werd ook gevraagd naar vertrouwen, onafhankelijkheid en attitude ten aanzien van Arbo-dienstverlening, in het bijzonder door de bedrijfsarts. Analooq hieraan werd de vragenlijst voor de tevredenheid over de dienstverlening van de huisarts opgesteld. Ten behoeve van het evaluatieproject werden 13 extra vragen opgenomen over de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts ten behoeve van patiënten die op de hoogte waren van deze samenwerking. Deze items betroffen verbetering van de uitkomst van het consult en verbetering van het contact met, of de ervaren inzet van, huisarts of bedrijfsarts. Voor de complete vragenlijst zie bijlage 5.

De vragenlijst bevat een aantal items waarmee gevraagd werd naar tevredenheid in het algemeen. Er is één item waarin gevraagd wordt naar een rapportcijfer voor de tevredenheid over het maken van een afspraak voor het consult en één item naar tevredenheid in het algemeen over het consult zelf, variërend van 1 tot 10. Tevens waren drie items opgenomen waarin met een vijf-punts (Likert-)schaal gevraagd werd naar tevredenheid, nut en voldaan zijn aan verwachtingen. Deze drie items werden samengevoegd tot een schaal met een score van 1 tot 5. Naast deze algemene vragen bevat de vragenlijst items over meer specifieke onderdelen van het arts-patiënt contact die geacht worden tot tevredenheid bij te dragen.

Op deze gegevens van de vragenlijsten van de bedrijfsartsen van de eerste meting werd een factoranalyse en een schaal-betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd om te komen tot gegevensreductie. Op grond hiervan bleek het mogelijk om de vragenlijst te reduceren tot de volgende schalen:

- zich serieus genomen voelen als patiënt
- vertrouwen in arts
- mening ten aanzien van Arbo-dienstverlening (alleen voor bedrijfsartspatiënten)
- verwachtingen van het consult
- toegang en comfort.

Voor meer informatie over de factoranalyse wordt verwezen naar de publicatie van Verbeek et al. (2003).

De vragen over effecten van de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts werden afzonderlijk bekeken en samengevoegd tot een schaal met als maximale positieve score weer vijf punten.

Tevredenheid van patiënten werd daarom op acht verschillende manieren geoperationaliseerd: tevredenheidscijfer, tevredenheidsschaal, vijf subschalen tevredenheid, samenwerkingsresultaat. We gingen van de hypothese uit dat de samenwerking zou leiden tot een hogere algemene tevredenheid en een hogere score op de samenwerkings-schaal. Een verandering van 10% wordt als een relevant effect beschouwd. Verder veronderstelden we dat de subschalen een verklaring zouden kunnen bieden voor een verandering in tevredenheid.

### 8.3.3 Analyse

Omdat de patiënten bij de eerste en de tweede meting niet dezelfde waren, zijn zij voor de toetsen opgevat als twee onafhankelijke groepen respectievelijk als ‘ongepaarde waarnemingen’. Verschillen tussen deze groepen op de tevredenheidsvariabelen werden derhalve geanalyseerd met behulp van de t-toets voor onafhankelijke groepen. Bij meerdere groepen werd gebruik gemaakt van ANOVA. Verschillen tussen frequenties werden getoetst met de Chi-kwadraat toets.

Eerst werd geanalyseerd of de potentiële versturende variabelen voor en na de experimenten anders verdeeld waren en of er sprake was van een samenhang met tevredenheid. Indien aan beide voorwaarden werd voldaan werden ze als een potentiële versturende variabele beschouwd.

## 8.4 Resultaten

### 8.4.1 Patiëntengegevens

De gegevens van de patiënten staan samengevat in tabel 8.1. Ten opzichte van de werkende bevolking lijkt onze populatie patiënten ouder te zijn en meer vrouwen te omvatten.

Tabel 8.1 Patientengegevens totaal en op eerste en tweede meting. Toetsing van verschillen tussen eerste en tweede meting

	Eerste meting %(N=649)	Tweede meting %(N=564)	Totaal % (N=1213)	p
Afkomstig van huisarts	33% (217)	32% (182)	33% (399)	n.s.
Leeftijd jonger dan 40 jaar	39% (246)	37% (198)	38% (444)	n.s.
Geslacht man	48% (309)	49% (271)	48% (580)	n.s.
Regio categorie ZonMw	25% (162)	25% (141)	25% (303)	n.s.
Aantal bezoeken				
1 keer	19% (123)	24% (135)	22% (258)	
2 keer	22% (141)	21% (118)	22% (259)	
3 keer	12% (79)	13% (74)	13% (153)	
> 3 keer	47% (299)	42% (231)	44% (530)	n.s.
Regio's				
Zeeland	5% (33)	7% (38)	6% (71)	
Haarlem	14% (89)	20% (110)	16% (199)	
Twente	3% (22)	5% (28)	4% (50)	
Zwolle	11% (70)	13% (72)	12% (142)	
Rijnland	6% (41)	7% (41)	7% (82)	
ZO Brabant	22% (144)	24% (134)	23% (278)	
Nijmegen	7% (48)	8% (46)	8% (94)	
Groningen	8% (50)	8% (45)	8% (95)	
Groningen Beatrixoord	1% (8)	0,5% (3)	1% (11)	
Drenthe	9% (56)	8% (47)	9% (103)	
Onbekend	14% (88)	42% (231)	7% (88)	***

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### 8.4.2 Verschillen eerste en tweede meting m.b.t. tevredenheid en oordeel over verleende zorg

Voor geen van de tevredenheidsvariabelen (tevredenheidscijfer, toegang en comfort, serieus genomen voelen, vertrouwen, attitude t.o.v. Arbo-dienstverlening en verwach-

tingen van het consult) werden significante verschillen gevonden tussen de eerste en tweede meting zie tabel 1.2 en tabel 1.3. Het verschil tussen eerste en tweede meting bedroeg op geen van de tevredenheidsvariabelen meer dan tien procent.

Tabel 8.2 Verschillen in tevredenheidscijfer

	Eerste meting N=643	Tweede meting N=561	Vershil
Totale groep, tevredenheidscijfer (m±SD)	7,7±1,8	7,8±1,6	-0,1 n.s.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 8.3 Overige tevredenheidsschalen naar voor- en nameting

Schalen	Eerste Meting N=643	Tweede meting N=561	Vershil
Serius genomen voelen	4,14±0,8	4,17±0,8	-0,03 n.s.
Vertrouwen	3,94±0,8	3,92±0,8	0,02 n.s.
Toegang en comfort	4,10±0,6	4,12±0,6	-0,02 n.s.
<i>Alleen voor bedrijfsarts patiënten (n=809)</i>	N=429	N=379	
Positieve attitude Arbo	3,60±0,8	3,70±0,8	-0,10 n.s.
Verwachtingen	3,80±0,7	3,77±0,7	0,03 n.s.
<i>Alleen voor samenwerkingspatiënten (n=122)</i>	N=63	N=59	
Samenwerking	2,91±0,8	2,85±0,7	0,06 n.s.
Afzonderlijke samenwerkingsvragen			
Geholpen bij problemen	3,21±1,2	3,17±1,1	0,04 n.s.
Eerder aan het werk	2,44±0,9	2,56±1,1	-0,12 n.s.
Behandeling verbeterd	2,97±1,1	3,00±1,1	-0,03 n.s.
Werkomstandigheden verbeterd	2,73±1,1	2,80±1,1	-0,07 n.s.
Verstandhouding met bedrijfsarts beter	2,95±1,1	2,67±1,1	0,28 n.s.
Minder verdedigen bij bedrijfsarts	2,82±1,1	2,80±1,2	-0,02 n.s.
Meer op gemak bij bedrijfsarts	2,97±1,2	2,64±1,2	0,33 n.s.
Bedrijfsarts meer moeite om te helpen	2,84±1,1	2,80±1,1	0,04 n.s.
Meer overeenstemming huis-bedrijfsarts	3,32±1,2	3,33±1,0	-0,01 n.s.
Ben er tevreden over	3,61±1,2	3,55±1,0	0,06 n.s.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 8.4.3 Versturende variabelen

Er bleek geen verschil in verdeling tussen eerste en tweede meting met betrekking tot afkomst patiënten (huisarts of bedrijfsarts), leeftijd, geslacht, of aantal arts bezoeken. Wel bleek de verdeling over de regio's verschillend. Dit komt met name door het gegeven dat er bij de voormeting 88 patiënten niet aan een regio konden worden toegeschreven en het gegeven dat de regio Haarlem bij de nameting 20 extra patiënten leverde.

Patiënten van huisartsen bleken aanzienlijk tevredener dan die van bedrijfsartsen. Gemiddeld gaf de patiënt als cijfer voor de tevredenheid aan de huisarts een 8.3 en aan de bedrijfsarts een 7.5. Dit verschil is significant. Ook op alle subschalen van tevredenheid scoorden bedrijfsartsenpatiënten significant lager (bijlage 5).

Ook jongere patiënten waren tevredener. Vrouwen waren enigszins, maar net niet significant, tevredener dan mannen. Er waren significante verschillen in tevredenheid tussen de regio's (bijlage). Deels konden die verklaard worden doordat de huisartsen



niet gelijkmatig over de regio's verdeeld waren. Echter, na stratificatie voor huisarts of bedrijfsarts blijven er verschillen tussen de regio's bestaan. Regio lijkt hiermee een versturende variabele. Gezien de kleine verschillen tussen de regio's is het niet goed mogelijk dat een potentieel bestaand verband door de verschillen tussen regio's verstoord wordt. We laten deze mogelijke verstoring verder buiten beschouwing.

8.4.4 *Verschillen tussen de eerste en tweede meting m.b.t. oordeel over de samenwerking*  
Samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts werd gerapporteerd door 122 patiënten. Voor hen kon worden beoordeeld of er verschillen in samenwerking werden waargenomen tussen eerste en tweede meting. Noch voor de samenwerkingsschaal noch voor de afzonderlijke samenwerkingsvragen werden er significante verschillen gevonden. (tabel 1.3) Opvallend is dat er geen verschil was in samenwerkingsscore tussen patiënten afkomstig van huisartsen en patiënten afkomstig van bedrijfsartsen. (bijlage 5) Voor regio's met meer dan tien deelnemers werd een vergelijking gemaakt tussen eerste en tweede meting. Door de kleine aantallen waren geen van de gevonden verschillen significant (tabel 1.4).

Tabel 8.4 Samenwerkingsscore per regio, totale groep en gesplitst naar voor- en nameting (1= weinig 5=veel) (n=122)

Regio (N)	Samenwerkingsscore (M±SD) ***	Eerstemetingscore (M±SD)	Tweede metingscore (M±SD)	p
Zeeland (5)	3,5±0,9			
Haarlem (32)	3,1±0,7	3,3±0,7	2,9±0,6	n.s.
Twente (6)	2,8±0,4			
Zwolle (17)	3,0±0,9	2,9±1,2	3,1±0,7	n.s.
Rijnland (10)	2,7±0,8	2,7±1,0	2,7±0,4	n.s.
ZO Brabant (23)	2,7±0,7	3,0±0,6	2,5±0,7	n.s.
Nijmegen (16)	2,7±0,9	2,5±0,9	2,9±0,9	n.s.
Groningen (3)	2,6±0,6			
Groningen Beatrixoord (0)	--			
Drenthe (5)	2,4±0,9			
Onbekend (5)	2,7±0,4			

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

## 8.5 Discussie

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de eerste en tweede meting. Er bleken geen aanwijzingen dat versturende factoren het ontbreken van een verschil zouden kunnen verklaren. Dit resultaat kan op een aantal verschillende manieren geïnterpreteerd worden.

Het kan zijn dat de theoretische aanname dat verbeterde samenwerking zou leiden tot grotere patiënttevredenheid onjuist is. Het is mogelijk dat de experimenten wel tot verbeterde samenwerking hebben geleid, maar dat dit niet merkbaar is voor patiënten. Het aantal patiënten dat samenwerking rapporteert is erg klein, ongeveer 10% van het totale aantal. Er is geen verschil tussen eerste en tweede meting bij deze patiënten. Op grond van praktische overwegingen zou het onmogelijk moeten zijn dat patiënten niets van samenwerking merken. Immers, artsen horen bij samenwerking toestemming aan de patiënt te vragen. Mogelijk dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt. Indien deze verklaring juist is en patiënten niets merken van de samenwerking zou er toch een gezondheidseffect kunnen bestaan in de vorm van het eerder verdwijnen van de klachten

of een korter ziekteverzuim. Met de huidige opzet konden deze variabelen echter niet gemeten worden.

Een tweede verklaring zou kunnen zijn dat de experimenten op onvoldoende wijze tot implementatie hebben geleid. De interventies van de experimenten hebben onvoldoende effect gehad op de dagelijkse praktijk om ook op het niveau van de patiënten door te kunnen dringen. Aangezien er geen verschillen zijn gevonden tussen de regio's is deze verklaring in zijn algemeenheid onvoldoende.

Een derde verklaring zou kunnen zijn dat het meetinstrument onvoldoende responsief is om subtiele veranderingen in tevredenheid te meten. Er zijn recente aanwijzingen in de literatuur dat patiëntentevredenheid niet gemakkelijk te beïnvloeden is (Brown et al., 1999; Vingerhoets et al., 2001; Husman et al., 2002). Ook het gegeven dat er een betrekkelijk groot verschil is in tevredenheid over huisarts en bedrijfsarts ondersteunt de gedachte dat patiëntentevredenheid meer afhankelijk is van algemene opvattingen over artsen dan van kleine subtiele veranderingen in de praktijkvoering. Het feit dat de verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen in alle drie de tevredenheidsschalen zijn terug te vinden ondersteunt deze algemene verklaring.

Een vierde verklaring kan zijn dat de experimenten in het geheel geen invloed hebben gehad op de samenwerking van huisarts en bedrijfsarts. Uit andere onderdelen van dit onderzoek blijkt dat er op andere niveaus wel enig effect te vinden is.

## 8.6 Conclusies

- Er bleken geen significante verschillen in patiëntentevredenheid tussen de meting aan het begin van de experimenten ten opzichte van de meting na de experimenten.
- Wel bleek er een groot verschil in tevredenheid tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Patiënten van huisartsen zijn tevredener dan patiënten van bedrijfsartsen.
- Ondanks dat verschil scoren de bedrijfsartsen nog steeds ruim voldoende.

## 9 Samenvatting van de resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de evaluatie samengevat aan de hand van de 5 vraagstellingen die in dit onderzoek centraal stonden. De evaluatie bestond uit een eerste en eindmeting in 10 regio's waar een samenwerkingsproject voor huisartsen en bedrijfsartsen is uitgevoerd. Voor de inhoud van deze projecten wordt verwezen naar Bijlage 1. Deze projecten duurden 1 of 2 jaar.

### 9.1 Zijn er na de projecten veranderingen in het proces van samenwerken:

#### 9.1.1 *de taakopvattingen van huisarts en bedrijfsarts?*

Werkstakingadviezen worden door huisartsen op de tweede meting minder<sup>5</sup> vaak tot hun taak gerekend en ook iets minder frequent gegeven. Werkadvies tijdens wachttijd wordt op de tweede meting door bedrijfsartsen iets vaker als taak van de huisarts gezien dan op de eerste meting. Werkstakings- en hervattingsadviezen worden zowel door driekwart van de huisartsen als meer dan de helft van de bedrijfsartsen tot de taak van de huisarts gerekend. Opvallend is dat ongeveer de helft van de verwijzingen door de bedrijfsarts naar psycholoog/maatschappelijk werker en/of tweede lijns arbodienstverlener zonder overleg met de huisarts plaatsvindt. In een kwart tot een derde hiervan wordt de huisarts wel geïnformeerd. Dit is niet veranderd na afloop van de projecten.

#### 9.1.2 *de frequentie waarmee huisarts en bedrijfsarts met elkaar contact opnemen?*

Het totale aantal contacten blijft bij bedrijfsartsen gelijk (halfjaarlijks gemiddeld 16 contacten) en neemt bij huisartsen af (halfjaarlijks van 6 naar 5 contacten) t.o.v. het begin van de projecten. Wel nemen de huisartsen naar eigen zeggen nu vaker zelf het initiatief voor contact met de bedrijfsarts.

#### 9.1.3 *de bereikbaarheid en wijze waarop contact met elkaar wordt opgenomen?*

Het knelpunt van de bereikbaarheid is voor beiden onveranderd gebleven. Zowel huisartsen en bedrijfsartsen beoordelen bereikbaarheid als een knelpunt in wederzijdse contacten. Voor ongeveer 70% van de huisartsen speelt vooral dat de naam en het telefoonnummer van de bedrijfsarts niet bekend is. Voor 70% van de bedrijfsartsen speelt vooral dat de huisarts niet aanwezig is of het niet gestoord wil worden. Met uitzondering van een toename van het knelpunt voor de huisartsen dat de bedrijfsarts hen niet terugbelt, zijn er geen verschillen tussen de eerste en de tweede meting. Volgens zowel de huis- als de bedrijfsartsen neemt het aandeel van telefonische contacten af ten gunste van het aantal schriftelijke contacten.

#### 9.1.4 *opvattingen over samenwerken en de mogelijke voordelen daarvan?*

Zowel bij huis- als bedrijfsartsen geeft de tweede meting een positiever oordeel te zien over de contacten in het algemeen en het informatiegehalte daarvan. Ook het oordeel over de sfeer is bij huis- en bedrijfsartsen positiever op de tweede meting, maar dit verschil is alleen voor bedrijfsartsen significant. Huisartsen en bedrijfsartsen beoordelen de wederzijdse contacten in meerderheid positief maar vinden tegelijkertijd betere samenwerking nodig. Het aantal bedrijfsartsen dat aangeeft dat betere samenwerking niet nodig is, is bij de tweede meting groter dan bij de eerste. Er zijn geen effecten ge-

---

<sup>5</sup> Als wordt gesproken van een verandering, verschil, minder vaak of vaker, enz. dan wordt bedoeld een statistisch significante verandering, verschil, toename of afname, tenzij anders vermeld.

vonden met betrekking tot de belangen die huis- en bedrijfsartsen toekennen aan voordelen van samenwerking. Huis- en bedrijfsartsen vinden bijna alle genoemde voordelen van samenwerking zeer belangrijk, met uitzondering van het terugdringen en controleren van ziekteverzuim.

#### 9.1.5 *knelpunten die huisartsen en bedrijfsartsen in de praktijk ervaren?*

Hierbij valt vooral op dat huisartsen meer dan de helft van de genoemde knelpunten voor samenwerking op de tweede meting minder belangrijk vindt dan op de eerste meting. Van de vijf belangrijkste knelpunten voor de huisarts worden bij de tweede meting de volgende drie duidelijk als minder belangrijk ervaren (onduidelijk waarvoor de bedrijfsarts de informatie gebruikt; onduidelijk wiens belangen de bedrijfsarts behartigt; niet vrijuit kunnen spreken omdat de bedrijfsarts de informatie mogelijk doorgeeft aan anderen). Het belangrijkste knelpunt volgens de bedrijfsartsen op de eerste meting (huisartsen denken dat bedrijfsartsen vooral de belangen van de werkgever behartigt) neemt ook af op de tweede meting.

Tenslotte wordt ook het ontbreken van samenwerkingsrichtlijnen door huisartsen en bedrijfsartsen nu minder vaak als knelpunt genoemd.

### 9.2 **Zijn er na de projecten veranderingen t.a.v. sociaal psychologische factoren, zoals...**

#### 9.2.1 *het vertrouwen in de ander?*

Huisartsen hebben na de projecten gemiddeld meer vertrouwen gekregen in bedrijfsartsen. Deze toename in vertrouwen betrof zowel de communicatie met de bedrijfsarts als kennis over het werk van de bedrijfsarts. Ook bedrijfsartsen hebben na de projecten gemiddeld meer vertrouwen in de communicatie met huisartsen. Alle gevonden verschuivingen zijn echter (relatief) klein.

#### 9.2.2 *de opvattingen over het eigen beroep: beroepsidentificatie en relatieve positie*

Huisartsen blijken zich na afloop van de projecten iets sterker met hun beroep te identificeren. Dit kan betekenen dat zij minder open staan voor samenwerking. Bij bedrijfsartsen is het omgekeerde het geval. De gevonden verschuivingen zijn echter (relatief) klein. De opvattingen over het eigen beroep in vergelijking tot het beroep van de ander (relatieve positie) zijn voor huisartsen en bedrijfsartsen niet veranderd na afloop van de projecten.

#### 9.2.3 *de afhankelijkheid van elkaars informatie?*

Zowel voor huis- als bedrijfsartsen zijn op de mate van afhankelijkheid van elkaars informatie geen verschuivingen tussen de eerste en tweede meting te vinden.

#### 9.2.4 *de gevoelde verdeling van verantwoordelijkheden voor diagnose, behandeling en verwijzing?*

Zowel voor huis- als bedrijfsartsen was de gevoelde verantwoordelijkheidsverdeling voor diagnose, behandeling en verwijzing onveranderd na afloop van de projecten.

### 9.3 **In hoeverre is de begeleiding van patiënten na de projecten veranderd t.a.v.**

#### 9.3.1 *de probleemverheldering?*

Wat betreft de probleemverheldering bij hun patiënten is er bij de huisartsen (nog) geen duidelijke verandering gevonden, bij de bedrijfsartsen daarentegen wel. Met na-

me wordt er door hen hierbij nu vaker dan voorheen met de patiënt diens beperkingen en mogelijkheden doorgenomen om weer te kunnen functioneren in het werk. Desondanks blijkt de probleemverheldering bij circa 2 op de 10 patiënten van de bedrijfsarts niet geheel conform de LHV/NVAB-leidraad te worden uitgevoerd en bij ruim 4 op de 10 de patiënten van de huisartsen.

#### 9.3.2 *de informatieuitwisseling?*

Bij de huisartsen is hierbij een duidelijke verbetering te bespeuren (zij nemen nu bij meer patiënten dan voorheen contact op met de bedrijfsarts voor aanvullende informatie indien de probleemverheldering hiertoe aanleiding geeft). Bij de bedrijfsartsen komt op dit punt daarentegen geen verbetering naar voren. De resultaten van de tweede meting laten verder zien dat bij ruim de helft van de patiënten waarbij een indicatie was voor informatieuitwisseling, de huisarts en bedrijfsarts geen contact met elkaar opnemen om informatie uit te wisselen.

#### 9.3.3 *afstemming van advies/inzicht?*

Zowel het onderling afstemmen van inzicht over een patiënt als het afstemmen van het advies aan betrokken patiënt/werknmer, is bij beide niet verbeterd. De resultaten van de tweede meting laten verder zien dat bij de tweederde tot driekwart van de patiënten waarbij er een indicatie tot afstemming was, de huisarts en bedrijfsarts hierover geen contact met elkaar opnemen.

#### 9.3.4 *informed consent ?*

Bij de huisartsen is er op dit punt geen duidelijke verbetering te signaleren. De bedrijfsartsen blijken hierbij nu echter wel vaker de KNMG-gedragscode te volgen (en met name nu veel meer dan voorheen vooraf met de patiënten het doel van dit contact te bespreken alsmede de eventuele eigen bevindingen en vragen die men nog voor de huisarts heeft). Desalniettemin blijkt bij de tweede meting dat bij ruim een derde van de ‘bedrijfsarts-patiënten’ en bijna twee derde van de ‘huisarts-patiënten’ er niet eerst aan betrokkene om informed consent is gevraagd voor het uitwisselen van informatie.

#### 9.3.5 *uitkomsten van het contact?*

De uitkomst van het contact dat men met elkaar heeft over een patiënt, is bij beide niet verbeterd. Vergeleken met de eerste meting blijken bij de tweede meting de contacten over de patiënten namelijk niet opmerkelijk vaker het resultaat te hebben opgeleverd waarvoor zij bedoeld waren. Dat wil zeggen, het contact heeft de artsen voldoende informatie opgeleverd en/of zij zijn het eens geworden over de behandeling & reïntegratie en over elkaars taken en verantwoordelijkheden bij de begeleiding van deze patiënten. Bij de tweede meting komt bij een kwart van de ‘bedrijfsarts-patiënten’ en bij ruim 4 op de 10 ‘huisarts-patiënten’ het resultaat van het contact dat artsen over deze patiënten hebben gehad, niet overeen met dat wat in de LHV/NVAB-leidraad is beschreven.

### 9.4 **Zijn er na de projecten veranderingen in de patiënttevredenheid over ...**

#### 9.4.1 *toegang en comfort?*

Het oordeel van patiënten over het maken van afspraken, de faciliteiten e.d. is niet veranderd na afloop van de projecten. Gemiddeld waren de patiënten tevreden over de toegang en comfort van de zorg. Voor huisartsen was het oordeel iets beter dan voor bedrijfsartsen.

- 9.4.2 *serieus genomen voelen?*  
De mate waarin patiënten zich serieus genomen voelden door hun arts veranderde niet na afloop van de projecten. Gemiddeld voelden patiënten zich wel serieus genomen in het contact met hun arts. Voor huisartsen was echter het oordeel beter dan voor bedrijfsartsen.
- 9.4.3 *vertrouwen in de arts?*  
Het vertrouwen van patiënten in hun arts is gelijk gebleven na afloop van de projecten. Gemiddeld hadden patiënten vertrouwen in de onafhankelijkheid van hun arts. Het vertrouwen van de patiënten in hun huisarts was groter dan het vertrouwen van de patiënten in hun bedrijfsarts.
- 9.4.4 *attitude t.o.v. arbo-dienstverlening?*  
Bij patiënten is de attitude ten opzichte van de Arbodienstverlening niet veranderd na afloop van de projecten. Gemiddeld was de attitude neutraal tot positief.
- 9.4.5 *verwachtingen van de arbo-dienstverlening?*  
Bij patiënten zijn de verwachtingen van de arbodienstverlening gelijk gebleven na afloop van de projecten. Gemiddeld kwamen de verwachtingen na een consult volgens patiënten (redelijk) uit.
- 9.4.6 *patiënttevredenheid?*  
De tevredenheid over de huisarts en bedrijfsarts is niet veranderd na afloop van de projecten. Gemiddeld gaven de patiënten bij de tweede meting hen de volgende rapportcijfers: de huisarts kreeg een 8.3 en de bedrijfsarts een 7.5. Dit verschil is significant.
- 9.4.7 *samenwerking?*  
De mening van de patiënten over de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts is niet veranderd na afloop van de projecten. De gemiddelde mening over de samenwerking is neutraal, d.w.z. zij hebben hierover geen mening of merken niets van de samenwerking. Dit verschilde niet voor patiënten van de huisarts en die van de bedrijfsarts.
- 9.5 **Zijn de resultaten voor de artsen die deelnemen aan de samenwerkingsprojecten vergelijkbaar met de resultaten van de artsen die niet deelnemen aan de interventieprojecten wat betreft.....****
- 9.5.1 *enkele kenmerken van huisartsen? (demografisch, aard van de praktijk)*  
De huisartsen in dit onderzoek lijken wat betreft hun persoons- en praktijkkenmerken niet af te wijken van landelijke cijfers van het NIVEL. Omdat over de bedrijfsartsenpopulatie geen algemene kenmerken beschikbaar zijn, kunnen over de representativiteit hiervan geen uitspraken worden gedaan.
- 9.5.2 *de effecten met betrekking tot het proces van samenwerken en sociaal psychologische factoren die van belang zijn voor samenwerking*  
De referentiegegevens die verzameld zijn in de 2<sup>e</sup> nationale studie onder huisartsen geven aan dat landelijk geen noemenswaardige veranderingen zijn opgetreden. Daarnaast is er in dit evaluatie-onderzoek geen verband gevonden tussen deelname aan de projectactiviteiten en de gevonden effecten bij de geënquêteerde artsen. Uit de resultaten van dit evaluatie-onderzoek is derhalve niet af te leiden of de gevonden effecten het gevolg zijn van de regionale projecten of een landelijke trend volgen. Wel schrijven

artsen die positieve ontwikkelingen zien in de samenwerking (meer contacten en beter informatiegehalte) gedurende het jaar voorafgaande aan de tweede meting, die positieve ontwikkelingen in ruim de helft van de gevallen (deels) toe aan de projectactiviteiten.

#### 9.5.3 *de effecten in LHV/NVAB-regio's en ZonMw-regio's?*

Er zijn een aantal verschillen gevonden wat betreft de veranderingen bij de LHV/NVAB-regio's (2 jarige projecten) en bij de ZonMw-regio's (1 jarige projecten). Hierbij is echter geen sprake van tegengestelde veranderingen in deze regiogroepen. Ook vonden er niet in één van de regiogroepen duidelijk meer of andere veranderingen plaats dan in de andere regiogroep. Wel zijn in de LHV/NVAB-regio's (2 jarige projecten) artsen vaker bekend met de projectactiviteiten in de regio's en hebben ook vaker (in enige mate) deelgenomen. Dit betref 19% van de geënquêteerde huisartsen in de ZonMw-regio's in vergelijking met 30% van de huisartsen in de LHV/NVAB-regio's. Van de bedrijfsartsen heeft 33% (in enige mate) deelgenomen aan de projectactiviteiten in de ZonMw-regio's en 49% in de LHV/NVAB-regio's. Gemiddeld voor alle regio's heeft 26% van de geënquêteerde huisartsen (in enige mate) deelgenomen aan de projectactiviteiten en 45% van de geënquêteerde bedrijfsartsen.





## 10 Effecten op de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts: hoofdconclusies

In dit hoofdstuk zullen we uit de resultaten van alle in het vorige hoofdstuk besproken vraagstellingen een aantal conclusies trekken ten aanzien van de implementatie van een betere samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen na afloop van de projecten.

### 10.1 Conclusie 1

*De voorwaarden en uitgangspunten voor samenwerking zijn verbeterd na afloop van de projecten*

Op grond van de afname van belangrijke knelpunten ten aanzien van vertrouwen en de erkenning van elkaars vakinhoudelijk kennis kan vastgesteld worden dat de basis voor samenwerken tussen huis- en bedrijfsartsen is verbeterd. Deze bevindingen worden bevestigd door de veranderingen in sociaal psychologische factoren. Mede gezien het feit dat deze effecten bij beide beroepsgroepen optreden, is er sprake van een duidelijke verbetering van deze voorwaarden en uitgangspunten voor samenwerking. Uit eerder onderzoek bleek nog dat het gebrek aan vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts één van de grootste knelpunten was voor samenwerking (van Amstel & Buijs, 1997). Hiermee lijken investeringen in de arbocuratieve samenwerking, hun eerste vruchten af te werpen.

Op twee punten moet deze conclusie enigszins worden genuanceerd.

- Ten eerste: De verbetering betreft belangrijke punten in de perceptie van elkaars rol en functie. Enkele feitelijke knelpunten zoals de bereikbaarheid zijn gedurende de looptijd van dit project niet verbeterd. De bevindingen van dit onderzoek bevestigen eerdere onderzoeksresultaten (Nauta et al., 2001) dat de huisarts voornamelijk beheersbare knelpunten (naam /telefoonnummer van bedrijfsarts is niet bekend) ervaart en de bedrijfsarts niet beheersbare (huisarts is niet aanwezig, belt niet terug). Heideman et al. (2002) geeft aan dat verbetering in zowel de subjectieve als feitelijke voorwaarden voor samenwerking nodig is om tot gedragsverandering te komen.
- Ten tweede is bij de huisartsen de identificatie met hun eigen beroepsgroep sterker geworden na afloop van de projecten, wat de samenwerking nadelig zou kunnen beïnvloeden. Een mogelijke verklaring is dat huisartsen bang zijn hun poortwachtersrol in de gezondheidszorg te verliezen. Een voorbeeld hiervan is de discussie onder huisartsen over de verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts of tweedeling in de zorg (Bakker et al, 2002).

### 10.2 Conclusie 2

*Het oordeel van huisartsen en bedrijfsartsen over de samenwerking is verbeterd na afloop van de projecten*

De sfeer, het informatie gehalte en het algemeen oordeel met betrekking tot de contacten is volgens huis- en bedrijfsartsen verbeterd. Opvallend is dat hoewel het oordeel over de contacten al hoog scoorde, dit nog verder is toegenomen. Daarmee wordt de eerste conclusie verder onderbouwd. Voor zover er onderlinge contacten zijn

worden die beiderzijds beter beoordeeld. Hiermee lijken investeringen in de arbocuratieve samenwerking ook op dit punt hun eerste resultaten op te leveren.

Een verklaring voor deze bevinding kan zijn dat:

- Ten eerste: deze verbetering kan een gevolg zijn van het feit dat de contacten meer resultaat opleveren voor arts en/of patiënt. De resultaten van de interviews met huis- en bedrijfsartsen over de contacten kunnen dit echter niet bevestigen: Bij de bedrijfsartsen en huisartsen zijn de uitkomsten van de contacten onveranderd.
- Een tweede verklaring is dat tijdens contacten minder knelpunten worden ervaren voor samenwerking. Uit eerder onderzoek bleek dat het gebrek aan vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts het grootste knelpunt was voor samenwerking (van Amstel & Buijs, 1997). De bevinding in dit onderzoek dat het vertrouwen in elkaar en in elkaars vakinhoudelijke kennis is toegenomen, ondersteunt deze verklaring.
- Een derde verklaring is dat er een duidelijke verbetering is in de *beleving* van de onderlinge contacten. De beleving van artsen wordt sterk bepaald door de sociale omgeving van artsen (Heideman et al., 2002). Zo kunnen de vele beleidsmatige initiatieven vanuit de beroepsverenigingen om het belang van samenwerking te benadrukken de beleving van de samenwerking hebben beïnvloed. Ook is het mogelijk dat activiteiten in de regio waarbij artsen met elkaar in contact kwamen de beleving van de contacten hebben beïnvloed zoals bijv. gezamenlijke casuïstiek besprekingen, nascholingen, ministages e.d..

### 10.3 Conclusie 3

*Er is bij bedrijfsartsen en huisartsen sprake van enige gedragsverandering t.a.v. de samenwerking na afloop van de projecten. Het samenwerkingsgedrag is echter nog onvoldoende.*

Deze conclusie is gebaseerd op de resultaten dat 1. Het totale aantal contacten tussen huis- en bedrijfsarts, stabiel of iets afgenomen is; 2. het samenwerkingsgedrag bij bedrijfsartsen verbeterd is t.a.v. probleemverheldering en informed consent en bij de huisarts t.a.v. de informatieuitwisseling. Dat wil zeggen dat bedrijfsartsen en huisartsen na afloop van de projecten op deze punten vaker voldeden aan de criteria van de samenwerkingsrichtlijnen (NVAB/LHV-leidraad, 2002; KNMG-code, 1998); 3. huis- en bedrijfsartsen bij ruim de helft tot driekwart van de patiënten nog niet samenwerken als hiervoor een indicatie is volgens de samenwerkingsrichtlijnen. Dit laatste wordt bevestigd door de bevinding in het vragenlijstonderzoek dat bij verwijzing door de bedrijfsarts vaak geen overleg of informatieuitwisseling met de huisarts plaats vindt. Een mogelijke verklaring voor deze resultaten komt uit theorieën over gedragsverandering. Zo onderscheidt Rogers (1995) de volgende fasen die door de tijd heen doorlopen worden:

1. Een kennismaking met het nieuwe gedrag
2. Het ontwikkelen van een positieve of negatieve attitude voor dit nieuwe gedrag
3. een positieve of negatieve besluitvorming omtrent het overgaan tot dit nieuwe gedrag
4. Het al dan niet optreden van de gedragsverandering zelf
5. Het al dan niet voortzetten van dat gedrag.

Tevens onderscheidt Rogers bij gedragsveranderingsprocessen vijf categorieën mensen: innovators (2,5% van de te veranderen populatie), early adopters (13,5%), early

majority (34%), late majority (34%) en laggards (16%). Hierbij adopteren de ‘innovators’ de nieuwe ideeën het snelst en de ‘laggards’ het langzaamst.

Gezien de twee vorige conclusies lijkt het er op dat de geïnterviewde artsen zich vooral in fase 1 tot 3 van gedragsverandering bevinden: Kennismaking met het samenwerkingsgedrag heeft plaatsgevonden. Er is een positieve attitude ontwikkeld voor samenwerkingsgedrag en de voorwaarden die van invloed zijn op een positief besluit om te gaan samenwerken zijn duidelijk verbeterd. Zowel bij de geïnterviewde bedrijfs- als bij huisartsen lijkt er tevens sprake te zijn van (een begin van) implementatie van het samenwerkingsgedrag (fase 4). Bij dit laatste dient echter nog wel opgemerkt te worden dat voor het meten van gedragsveranderingen alleen artsen zijn geïnterviewd die door de regio zelf zijn geselecteerd uit de deelnemers aan de projecten. De indruk bestaat dat het hier artsen betreft die een voortrekkersrol (‘innovators of early adopters’) hebben op gebied van de arbocuratieve samenwerking. Dit kan een overschatting hebben opgeleverd ten opzichte van de gedragsverandering van de totale populatie artsen in een regio.

Ondanks deze verbeteringen is over het geheel genomen het samenwerkingsgedrag bij huis- en bedrijfsartsen nog onvoldoende. Hierbij scoren de huisartsen duidelijk minder goed dan de bedrijfsartsen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat:

- huisartsen minder (eigen) belang hebben bij samenwerking dan bedrijfsartsen. De regionale evaluaties (Heuvel et al. 2003; Engels et al., 2002; Bakker et al., 2002, 2003) bevestigen dit beeld. Nauta et al. (2002) geven aan dat huisartsen zich minder afhankelijk van de bedrijfsarts voelen dan andersom. Dit wordt echter door de resultaten van dit onderzoek niet bevestigd.
- Een tweede verklaring is dat de populatie van werkenden met arbeidsverzuim voor de huisarts (zeer) klein is. Dit wordt door dit onderzoek wél bevestigd: gemiddeld blijkt 1 op de 13 à 14 patiënten die de huisarts op zijn spreekuur ziet, behoort tot deze doelgroep. Hierdoor kan de huisarts minder gefocust zijn op samenwerking, het is minder een automatisme.
- Een derde verklaring is dat huisartsen minder in staat of bereid zijn om feitelijke knelpunten voor samenwerking op te lossen bijv. t.a.v. de bereikbaarheid.
- Tenslotte is het mogelijk dat bij bedrijfsartsen de richtlijnen voor samenwerking al beter zijn geïmplementeerd dan bij huisartsen.

#### 10.4 Conclusie 4

*Er is geen toename van patiënttevredenheid als gevolg van verbeterde samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts na afloop van de projecten.*

Deze conclusie is gebaseerd op de resultaten dat er geen veranderingen zijn gevonden in de patiënttevredenheid, hun oordeel over de verleende zorg en hun oordeel over de samenwerking hierbij tussen artsen na afloop van de projecten. Ondanks verbeteringen in de samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts, zoals wij in de voorgaande conclusies vaststelden, is er volgens patiënten nog niets veranderd.

- Een verklaring hiervoor zou zijn dat de patiënttevredenheid pas op langere termijn beïnvloed zou kunnen worden. Mogelijk was de periode tussen de metingen (1-2 jaar) te kort. Deze verklaring wordt ondersteund door het door Heideman et al. (2002) geformuleerde ASES-model. Dit model is afgeleid van gedragsveranderingstheorieën (Swaborn, 1999; Rogers, 1995) en past deze theorieën toe op de arbocuratieve samenwerking. Gezien het feit dat er bij bedrijfsartsen en huisartsen nog maar sprake is van enige gedragsverandering t.a.v. samenwerking, is het volgens dit model niet aannemelijk dat de tevredenheid van patiënten als één van de gevolgen van gedragsverandering al verandert.

- Een tweede verklaring is dat de tevredenheid van patiënten moeilijk te beïnvloeden is (Vingerhoets et al., 2001; Brown et al., 1999; Hulsman et al., 2002). Deze tevredenheid zou meer bepaald worden door algemene opvattingen over artsen.
- Een derde verklaring is dat patiënten (nog) geen voordelen of belang zien in samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts. Tot heden is echter niet onderzocht wat volgens patiënten de voor- en nadelen van arbocuratieve samenwerking zijn.
- Tenslotte kan er sprake zijn van een methodologisch probleem: Mogelijk kunnen wèl effecten worden gevonden als er onderscheid wordt gemaakt naar de kwaliteit van de door de arts verleende zorg (Anema et al., 2003). Dat laatste wil zeggen dat patiënten van artsen waarbij het samenwerkingsgedrag verbeterde, meer tevreden zouden zijn geworden. Ook is de patiënttevredenheid niet gemeten bij dezelfde patiëntengroep in de eerste en tweede meting. Hierdoor kunnen verschillen in kenmerken van beide patiëntengroepen een evt. effect verstoren. Dit is voor een aantal mogelijke factoren onderzocht, maar bleek niet het geval te zijn.
- Het verschil in tevredenheid voor huisarts en bedrijfsarts kan (deels) verklaard worden door de verschillende setting in de gezondheidszorg van beide artsen: Immers patiënten van de bedrijfsarts komen doorgaans niet op eigen initiatief, maar worden opgeroepen. Ook hebben zij niet de mogelijkheid hun eigen bedrijfsarts te kiezen. Desondanks is het opvallend dat de tevredenheid over bedrijfsartsen nog ruim voldoende scoort.

## 10.5 Conclusie 5

*Er is geen duidelijk verband gevonden tussen de verbetering in de samenwerking en de deelname van artsen aan de projecten of de duur van de projecten (1 of 2 jaar).*

Uit de resultaten van dit onderzoek is niet af te leiden of de gevonden effecten het gevolg zijn van de regionale projecten of van een landelijke trend. Er werden weinig (systematische) verschillen gevonden in veranderingen tussen regio's met 1 of 2 jarige projecten. Ook konden we geen duidelijke verschillen vinden tussen artsen die naar eigen zeggen wel, en artsen die niet hebben deelgenomen aan de projectactiviteiten. Opvallend is wèl dat ruim een kwart van de huisartsen en bijna de helft van de bedrijfsartsen (in enige mate) heeft deelgenomen aan de projecten. Hieruit blijkt dat er voldoende aandacht is bij de artsen voor verbetering van de samenwerking. Er zijn een aantal verklaringen mogelijk dat er ondanks verbeteringen in de samenwerking geen verband met de projectactiviteiten is gevonden:

- Gelijktijdig aan de regionale projecten vonden er landelijk vanuit de overheid tal van ontwikkelingen plaats die effecten ook kunnen verklaren, bijv. oprichting van de landelijke kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen, Medwerk, invoering van de Wet Verbetering Poortwachter, en de introductie van de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen. Ook was er op landelijk niveau vanuit de beroepsverenigingen er grote aandacht voor arbocuratieve samenwerking zoals de NVAB/LHV-leidraad (Anema et al., 2002) die werd verspreid onder alle huis- en bedrijfsartsen, landelijke publicaties (Buijs, 2001) en congressen over arbocuratieve samenwerking. Al deze ontwikkelingen (zogenoemde co-interventies) kunnen verstorende factoren zijn geweest bij dit evaluatieonderzoek.
- Door de opzet van het onderzoek zonder een echte controlegroep is niet duidelijk of de gevonden effecten aan de projectactiviteiten of aan de landelijke aandacht voor arbocuratieve samenwerking zijn toe te schrijven. De referentiegegevens die verzameld zijn in de 2<sup>e</sup> nationale studie onder huisartsen (Somai et al. 2003) geven weliswaar aan dat landelijk geen veranderingen zijn gevonden.

- Door de opzet van het onderzoek is ook onvoldoende duidelijk welke activiteiten bij welke (groepen) artsen in de regio hebben plaatsgevonden en zijn geïmplementeerd. Het was de bedoeling dat deze gegevens deels door de projectleiding in de regio's werden aangeleverd, en deels in de regionale procesevaluaties verzameld zouden worden (Anema et al., 2000abc). Dit is helaas niet mogelijk gebleken. Hierdoor kon niet vastgesteld worden in welke mate in een regio een interventie bij welke (groepen) artsen was geïmplementeerd. Om deze reden is ervoor gekozen om alleen verschillen in veranderingen in de ZonMw-regio's en LHV/NVAB-regio's te rapporteren. Deze 2 groepen regio's verschilden namelijk in de duur van het samenwerkingsproject (respectievelijk 1 en 2-jarig).
- Tenslotte zouden de regionale projecten weinig toegevoegd effect op de verbetering van de samenwerking kunnen hebben, omdat de duur van de projecten hiervoor te kort zou zijn. Deze verklaring wordt ondersteund door de procesevaluaties (Bakker, 2002, 2003; Engels, 2002; Heuvel et al. 2003, Nicolai, 2002) waarin geconcludeerd wordt dat het meer tijd kost om projecten op te zetten en uit te voeren om de samenwerking te bevorderen.

### **Hoofdconclusies**

- *De voorwaarden en uitgangspunten voor samenwerking zijn verbeterd na afloop van de projecten*
- *Het oordeel van huisartsen en bedrijfsartsen over de samenwerking is verbeterd na afloop van de projecten*
- *Er is bij bedrijfsartsen en huisartsen sprake van enige gedragsverandering t.a.v. de samenwerking na afloop van de projecten. Het samenwerkingsgedrag is echter nog onvoldoende.*
- *Er is geen toename van patiënttevredenheid als gevolg van verbeterde samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts na afloop van de projecten.*
- *Er is geen duidelijk verband gevonden tussen de verbeteringen in de samenwerking en de deelname van artsen aan de projecten of de duur van de projecten (1 of 2 jaar).*



## 11 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen we aanbevelingen doen op basis van de voorgaande conclusies. Daarbij zullen we zo veel mogelijk onderscheid maken naar aanbevelingen voor beleidsmakers (bijv. overheid en de landelijke beroepsverenigingen, BOA, arbodiensten) en de regio's (zoals regionale NVAB-kringen, DHV's, Medwerk, Hagro's, Arbodiensten, bedrijfs- en huisartsen) en ZonMw als opdrachtgever.

### 11.1 Aanbevelingen voor beleidsmakers

#### 11.1.1 *PR-beleid en implementatie*

- Zorg voor de verspreiding van de resultaten van de landelijke effectevaluatie (en regionale procesevaluaties) naar de regio's (DHV's, NVAB-kringen, Medwerk etc.), via artikelen in vakbladen, congressen en regionale informatiebladen. Beleg regionale workshops om de resultaten en aanbevelingen op basis van de landelijke en regionale evaluaties te verspreiden. De resultaten van de landelijke evaluatie kunnen negatieve ervaringen in sommige regionale evaluaties nuanceren (Bakker et al., 2003);
- Faciliteer de implementatie van de samenwerkingsrichtlijnen. Artsen moeten bij de sociaal medische begeleiding van individuele patiënten meer en beter samenwerken, conform de bestaande richtlijnen (KNMG-code/NVAB-LHV-leidraad). Vooral de overheid en beroepsverenigingen van huis- en bedrijfsartsen hebben een belangrijke (faciliterende) taak hierbij. Het verdient hierbij de aanbeveling de implementatie bottom-up vanuit de regio plaats te laten vinden;
- Maak en faciliteer beleid met betrekking tot informatie van en overleg met de huisarts bij verwijzing door de bedrijfsarts. Vòòr invoering van de verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts, dient overleg met en/of informatie van de huisarts op structurele wijze geregeld te worden. Dit is vooral een taak voor overheid, beroepsverenigingen (LHV/NVAB-werkgroep 'verwijfsuctie bedrijfsarts') en arbodiensten;
- Faciliteer landelijke en regionale activiteiten om de voorwaarden en uitgangspunten voor samenwerking verder te verbeteren. Zoals bijvoorbeeld de gezamenlijke (na)scholingsmodules ten behoeve van de beroepsopleiding en nascholing van huis- en bedrijfsartsen, die zijn ontwikkeld in het kader van het ZonMw-programma Sociaal Medische Begeleiding (SMB) (2003);
- Faciliteer de implementatie van de ontwikkelde communicatieformulieren, sociale kaarten, visite kaartjes e.d. om de bereikbaarheid te verbeteren. Speciale aandacht is nodig om de in de regio ontwikkelde regionale communicatieformulieren af te stemmen met het landelijke LHV- NVAB communicatieformulier ter bevordering van de herkenbaarheid voor de huis- en bedrijfsartsen ([www.artsenet.nl](http://www.artsenet.nl));
- Verbeter de beeldvorming over de bedrijfsarts bij patiënten. De tevredenheid over de begeleiding van de bedrijfsarts is bij patiënten is (ruim) voldoende, maar loopt achter bij de huisarts. Een ophelderingscampagne ter verbetering van de beeldvorming over bedrijfsartsen kan hieraan bijdragen (NVAB, 2001).

#### 11.1.2 *Onderzoek*

- Faciliteer onderzoek om veranderingen in samenwerkingsgedrag van huis- en bedrijfsartsen te monitoren;
- Faciliteer onderzoek naar de door patiënten ervaren knelpunten en voordelen van samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts. Tevens is onderzoek nodig welke aspecten van verleende zorg de patiënttevredenheid beïnvloeden;

- Faciliteer effectstudies om de invloed van betere samenwerking op verzuim, gezondheid en patiënttevredenheid te onderzoeken;
- Faciliteer dat artsen patiënten duidelijker betrekken bij het beleid ten aanzien van samenwerking huisarts-bedrijfsarts. Informeer patiënten over hun belang bij betere samenwerking. Betrek hierbij patiëntenverenigingen en het Breed Platform Verzekerden. Dit is vooral een taak voor de overheid, beroepsverenigingen en arbodiensten.

## 11.2 Aanbevelingen voor de regio's

- Implementeer de landelijke samenwerkingsrichtlijnen. Artsen moeten bij de sociaal medische begeleiding van individuele patiënten meer en beter samenwerken, conform de bestaande richtlijnen (KNMG-code/NVAB-LHV-leidraad). Gezamenlijke casuïstiek besprekingen en rollenspelen kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren (nascholingsmodules SMB). Hierdoor kan geoefend worden de richtlijnen toe te passen;
- Sluit met interventies aan bij de fase van gedragsverandering waarin de doelgroep zich bevindt. Bij projecten om de samenwerking te verbeteren zou men speciale aandacht kunnen besteden aan het opbouwen van vertrouwen tussen de beroepsgroepen en verder verminderen van knelpunten. Op basis van het verband tussen aantal contacten en vertrouwen bij huisartsen, kan ernaar worden gestreefd het aantal contacten met bedrijfsartsen te verhogen. In trainingen kan worden geoefend met contact leggen (gezamenlijke casusbesprekingen, rollenspel, ministages, laten zien wat contact kan opleveren);
- Richt interventies die daadwerkelijke gedragsverandering beogen op kleinere groepen artsen die de intentie hebben om over te gaan op dit gedrag. Zo blijken de volgende huisartsen meer geneigd om gunstig te reageren op dit soort projecten: huisartsen die in groepspraktijken en gezondheidscentra werken. Op dit moment wordt al in steeds meer huisartsopleidingen aandacht besteed aan samenwerken met bedrijfsartsen (Nauta et al., 2001b). Tevens gaan steeds meer jonge huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra werken, hetgeen in dit opzicht dus een gunstige ontwikkeling is. Cursussen in de artsopleidingen om beter te leren samenwerken lijken in dit opzicht ook een goede interventie. Denk hierbij aan (na)scholingsmodules die regionaal en landelijk reeds ontwikkeld zijn (NHG, 2003);
- Implementeer de ontwikkelde communicatieformulieren, sociale kaarten, visite kaartjes e.d. om de bereikbaarheid te verbeteren. Medwerk heeft hierin een centrale taak. Speciale aandacht is nodig om de beheersbare praktische belemmeringen (zoals naam en telefoonnummer van de bedrijfsarts niet kunnen vinden) te verminderen. Hiertoe zouden patiënten beter geïnformeerd kunnen worden over naam en telefoonnummer van hun eigen bedrijfsarts. Dit is vooral een taak voor werkgevers en arbodiensten;
- Implementeer het nog te ontwikkelen beleid rond overleg en informatieuitwisseling van de huisarts bij verwijzing door de bedrijfsarts. Dit is een taak voor Medwerk, de DHV's, NVAB-kringen, lokale arbodiensten en hagro's. Deze regionale stakeholders dienen hiertoe regionale afspraken te maken voor implementatie door middel van bijv. gezamenlijke nascholingen;
- Patiënten moeten geïnformeerd worden over hun belang bij betere samenwerking, wanneer hiertoe een indicatie is. Dit is vooral de taak van de arts, maar ook van Medwerk, DHV's, NVAB-kringen, arbodiensten en Hagro's.



### 11.3 Aanbevelingen voor ZonMw

#### 11.3.1 *PR-beleid en implementatie*

- Zorg dat de beleidsmakers (overheid, beroepsverenigingen, etc.) en de regio's (Medwerk, DHV's, NVAB-kring, etc.) de resultaten en aanbevelingen van de landelijke effectevaluatie (en regionale procesevaluaties) verspreiden. Organisatie van een beleidsconferentie met alle landelijke en regionale stakeholders kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Zorg daarnaast voor korte en bondige, op de doelgroep gerichte informatie van de resultaten van de landelijke effectevaluatie. Dit kan door publicaties in vakbladen en door presentaties op congressen.

#### 11.3.2 *Onderzoek*

- Voer toekomstige experimenten op kleinere schaal uit onder meer gecontroleerde omstandigheden waardoor het beter mogelijk wordt om de effectiviteit van activiteiten ter bevordering van de samenwerking te meten. Geslaagde experimenten kunnen dan op grotere schaal worden geïmplementeerd en geëvalueerd;
- Voorkom bij toekomstig onderzoek dat gelijktijdig een gescheiden proces- en effectevaluatie plaatsvindt. Voorkom ook bij de opzet van toekomstig evaluatieonderzoek dat een effectevaluatie op te grote afstand van de regio's plaatsvindt. Hierdoor wordt de belasting te groot en neemt het draagvlak af bij de projectleiding in een regio;
- Zorg samen met de overheid voor een programma 'Arbeid en Gezondheid' waarin ruimte is voor de volgende vervolgonderzoeken:
  1. Evaluatie van langere termijn effecten van samenwerking op patiënttevredenheid;
  2. Evaluatie van de effectiviteit van samenwerking op verzuim- en klachtenreductie;
  3. Onderzoek naar de door patiënten ervaren knelpunten en voordelen van samenwerking;
  4. Onderzoek naar welke aspecten van verleende zorg de patiënttevredenheid kunnen beïnvloeden;
  5. Monitoren van veranderingen in samenwerkingsgedrag bij huis- en bedrijfsartsen, voorwaarden en attitude voor samenwerking.



## 12 Tot slot

Tot slot is het op deze plaats goed nog aandacht te besteden aan de sterke punten en beperkingen van gevolgde methode in dit landelijke evaluatieonderzoek en de vergelijking te trekken met andere onderzoeken naar arbocuratieve samenwerking.

### 12.1 Sterke punten van dit evaluatie onderzoek

- Dit is het eerste onderzoek dat op *gestandaardiseerde wijze* de effecten van interventies ter bevordering van arbocuratieve samenwerking heeft gemeten. Hierdoor is het mogelijk gebleken wetenschappelijk aan te tonen dat veranderingen in de samenwerking hebben plaatsgevonden. Bij de evaluatie werd samengewerkt tussen verschillende onderzoeksinstituten en daardoor kon gebruik gemaakt worden van een bundeling van know-how;
- Naast effecten op *proces*factoren (o.a. waardering en knelpunten m.b.t. samenwerking) zijn ook effecten op *sociaal psychologische* factoren (o.a. vertrouwen, beeldvorming) onderzocht. Deze factoren bepalen samen (mede) de intentie van artsen tot samenwerken (Heideman et al, 2002);
- In deze evaluatie zijn niet alleen percepties van artsen over samenwerking maar ook het *samenwerkingsgedrag* bij artsen gemeten. Dit is de eerste maal dat dit gemeten wordt aan de hand van de begeleiding van hun eigen patiënten. Het feitelijk samenwerkingsgedrag van artsen bij hun patiënten geeft inzicht of er ook daadwerkelijk wordt samenwerkt als hiervoor een indicatie is volgens de richtlijnen (LHV/NVAB-leidraad en KNMG-code). Hierdoor ontstaat een genuanceerd beeld van de resultaten: De gevonden veranderingen hebben met name betrekking op de percepties van artsen over samenwerken en elkaar (opvattingen, beeldvorming en beleving over samenwerking en elkaar, afname knelpunten);
- Het onderzoek is *op gelijke wijze* uitgevoerd *bij huisartsen en bedrijfsartsen*. Hierdoor zijn onderlinge vergelijkingen tussen beide beroepsgroepen mogelijk geworden. In grote lijnen werden in beide beroepsgroepen dezelfde effecten gevonden;
- De effecten werden niet alleen op het niveau van de artsen *maar ook op niveau van de patiënten* gemeten. Tot nu toe is er nauwelijks onderzoek naar de vraag wat de zieke werknemer zelf vindt van de samenwerking. Door het oordeel van patiënten te betrekken in deze evaluatie is een genuanceerd beeld van de gemeten veranderingen ontstaan;
- Door metingen aan het begin en eind van de projecten bij *dezelfde* artsen (*longitudinale meting*) zijn veranderingen in kaart gebracht. Met deze opzet vormden deze artsen als het ware hun eigen ‘controle’ groep. Hierdoor hebben we kunnen controleren voor versturende factoren als werkomgeving, opleiding en ‘samenwerkingsgeneigdheid’ van de arts. De gevonden veranderingen kunnen dus hierdoor niet worden verklaard. Het is wel mogelijk dat er een selectieve respons was van artsen die meer open staan voor samenwerking. Hierdoor is een overschatting van de gevonden effecten mogelijk. Er zijn echter geen verschillen gevonden tussen de huisartsen die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek in de interventie- en referentie-regio’s (van der Burg et al., 2003). Ook was er geen sprake van selectieve uitval van artsen na de eerste meting;
- De *respons* van artsen in het landelijke evaluatieonderzoek was goed. Dit laatste was mede het gevolg van de financiële vergoeding voor deelname die door Zon-Mw ter beschikking is gesteld.

## 12.2 Beperkingen van dit evaluatie onderzoek

- Het wetenschappelijk onderzoek naar arbocuratieve samenwerking staat nog aan het begin. Het ontbreekt veelal nog aan gevalideerde meetinstrumenten om samenwerking te meten. De meetinstrumenten zijn vaak speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld of aangepast (Verbeek et al 2003, Anema et al. 2003).
- Resultaten van de samenwerkingsprojecten in 'harde' effectmaten zoals verzuimreductie en gezondheidswinst was in het kader van dit evaluatieonderzoek niet mogelijk. Verzuim en klachten zouden hiervoor over een langere periode bij grote groepen werknemers, waarbij wel of niet sprake is van adequate samenwerking, moeten worden gemeten om verschillen vast te kunnen stellen.
- De referentiegroep in dit onderzoek was een steekproef uit de landelijke populatie van huisartsen. Een echte controlegroep was in het kader van dit onderzoek niet mogelijk. Zoals reeds aangegeven is hierdoor niet duidelijk of de gevonden effecten aan de projectactiviteiten of aan de landelijke aandacht voor arbocuratieve samenwerking zijn toe te schrijven. De referentie gegevens die verzameld zijn in de 2<sup>e</sup> nationale studie onder huisartsen geven weliswaar aan dat landelijk geen veranderingen zijn gevonden.
- Inzicht in de interventies in de regio, de bereikte doelgroepen en mate van implementatie van de interventies ontbreekt. Zoals eerder aangegeven was beoogd deze gegevens te verkrijgen via de regio zelf of de gehouden procesevaluatie. (Bakker, 2002, 2003; Engels, 2002, Heuvel et al. 2003 ; Franchimont, 2002). Hierdoor kon niet vastgesteld worden in welke mate in een regio een interventie was geïmplementeerd en effectief was op het verbeteren van de samenwerking.
- Voor het meten van gedragsveranderingen zijn alleen artsen geïnterviewd die aan de projecten hebben deelgenomen. Het achterliggende idee was dat mogelijke effecten op gedrag in deze groep het beste te meten zouden zijn. Ook zijn de artsen door de regio's zelf geselecteerd. De indruk bestaat dat het hier artsen betreft die voortrekkersrol hebben op gebied van de arbocuratieve samenwerking. Dit geeft een overschatting ten opzichte van de gedragsverandering van de totale populatie artsen in een regio.
- Door het garanderen van de anonimiteit van de patiënten konden de effecten gemeten niet bij dezelfde maar bij verschillende (groepen) patiënten. Hierdoor is het niet uit te sluiten dat er het oordeel van patiënten over de zorg wel veranderd is, maar niet gemeten kon worden. Als de kenmerken van de (groepen) patiënten in de beide metingen verschillen, kan dit immers de uitkomst hebben verstoord. Voor een aantal variabelen is dit gecontroleerd en bleek dit niet het geval te zijn.
- Het verkrijgen van medewerking van de (projectleiding in de) regio's aan het evaluatieonderzoek verliep moeizaam. Vier projecten hebben deelname aan het evaluatieonderzoek geweigerd. Dit was mede te wijten aan het tegelijkertijd plaatsvinden van regionale procesevaluaties en de gekozen opzet van een landelijke evaluatie op afstand.

## 12.3 Vergelijking met andere onderzoeken naar arbocuratieve samenwerking

- In 1997 werd het eerste vragenlijstonderzoek verricht naar de samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts (Amstel et al. 1997). Een aantal vragen uit dit onderzoek zijn herhaald. Er zijn geen verschillen gevonden tussen het onderzoek in 1997 en 2001 (1<sup>e</sup> meting) (Venema, 2001). Opvallend is het dat in 2002 (2<sup>e</sup> meting) van dit evaluatieonderzoek wel veranderingen zijn gevonden t.o.v. de 1<sup>e</sup> meting. Een verklaring hiervoor kan zijn dat voor 2001 weliswaar beleidsmatig (top down) veel is gedaan om de samenwerking te stimuleren (LHV & NVAB, 1997, 1998), maar

concrete initiatieven om de samenwerking in de praktijk (bottom up) te verbeteren beperkt waren. Dit zou er dan voor pleiten dat de projecten wel zouden hebben bijgedragen aan de gevonden verbeteringen in de samenwerking. Opgemerkt dient te worden dat vergelijking van beide onderzoeken moeilijk is omdat het om verschillende (groepen) artsen gaat en er sprake is van een verschil in opzet van beide onderzoeken (cross-sectioneel vs. longitudinaal);

- In veel publicaties wordt de bereikbaarheid als (één van de) belangrijkste knelpunt(en) genoemd (Amstel et al. 1997; Nauta et al., 2002). Dit onderzoek bevestigt dit. Ondanks alle in de projecten ingezette communicatiemiddelen (o.a. visitekaartjes, sociale kaart, communicatieformulieren) verandert dit niet. Dit laatste zou wel de gevonden tendens naar schriftelijke communicatie kunnen verklaren. Dit onderzoek bevestigt de bevindingen in eerder onderzoek dat het bij huisartsen gaat het om beheersbare knelpunten (ontbreken naam en telefoonnummer van de bedrijfsarts) en bij bedrijfsartsen om niet-beheersbare knelpunten (het niet aanwezig zijn van de huisarts) (Nauta et al. 2002);
- De resultaten over samenwerkingsgedrag zijn moeilijk vergelijkbaar met andere onderzoeken. Tot nu toe zijn onderzoeken naar arbocuratieve samenwerking gericht op algemene opvattingen en beleving van artsen m.b.t. samenwerking (Buijs & van Amstel, 1997; Anema et al., 2003). Wel is er onderzoek geweest waarin de kwaliteit van de zorg is onderzocht en vergeleken met de NVAB-richtlijnen rug- en psychische klachten (NVAB, 1999, 2000). In deze onderzoeken werd op vergelijkbare wijze gemeten met gedrags-(performance) indicatoren. Hoewel deze onderzoeken niet primair gericht waren op de samenwerking blijkt ook uit deze onderzoeken dat in de begeleiding door bedrijfsartsen en huisartsen er onvoldoende wordt samengewerkt. (Van de Weide et al., 1999; Van Nieuwenhuysen et al., 2002; Anema et al., 2003; Hulshof et al., 2002);
- Uit eerder onderzoek naar de sociaal psychologische factoren (Nauta et al., 2002) blijkt dat vertrouwen een centrale rol speelt in de waardering van huis- en bedrijfsartsen voor samenwerking. Dit onderzoek lijkt dit te bevestigen: Er is zowel een toename van vertrouwen als de waardering van de onderlinge contacten. Ook is er bij huisartsen een relatie gevonden tussen het aantal contacten en het vertrouwen in (de communicatie met) elkaar. Een verklaring hiervoor is dat huisartsen het belangrijk vinden de bedrijfsarts persoonlijk beter te kennen. Uit eerder onderzoek is bekend dat vertrouwen bij huisartsen vooral te maken heeft met dat men niet weet hoe onafhankelijk een bedrijfsarts is en niet weet wat de bedrijfsarts gaat doen met de gegevens die de huisarts aanlevert. Bij bedrijfsartsen heeft vertrouwen vooral te maken met het feit dat behandelend artsen (huisartsen en specialisten) volgens hen te weinig aandacht besteden aan de relatie tussen de klacht en het werk (van Amstel & Buijs, 1997, 2000);
- In dit onderzoek zijn op groepsniveau geen verbeteringen gevonden in de tevredenheid van patiënten. Verbeteringen in de kwaliteit van zorg leiden (vaak) niet tot een toename van patiënttevredenheid op groepsniveau (Verbeek et al, 2001). Ook andere recente inzichten geven aan dat patiënttevredenheid moeilijk te beïnvloeden is en meer door algemene opvattingen over artsen wordt bepaald. In al deze onderzoeken zijn echter naar effecten op groepsniveau gezocht. Onderzoek naar effecten op individueel patiëntniveau wijst uit dat patiënten meer vertrouwen hebben in de bedrijfsarts als deze informatie van de curatieve sector bij de begeleiding betreft (Anema et al., 2003). Verder onderzoek naar de relatie tussen het samenwerkingsgedrag van de arts en patiënttevredenheid op individueel patiëntniveau is daarom nodig.

Al met al kan gesteld worden dat een stap vooruit gezet is op weg naar een betere arbeidscuratieve samenwerking. Een weg, die echter niet kort en simpel zal zijn, al was het alleen maar vanwege de gevolgen van een eeuw Scheiding van Behandeling en Controle. Ondanks de voordelen hiervan heeft deze scheiding er helaas ook toe geleid, dat er bij de begeleiding van zieke werknemers minder aandacht is bij de bedrijfsarts voor de curatieve aspecten en bij de huisarts voor reïntegratie/werkaspecten. Dit ligt mogelijk ten grondslag aan het feit dat het gedrag van beide artsen om tot betere onderlinge afstemming te komen nog moeilijk te beïnvloeden is.

Iets dat in een eeuw is ingesleten laat zich nu eenmaal niet in enkele jaren verhelpen. Dat vraagt voorlopig om een consequente voortzetting van het ondersteunende beleid van de overheid - en hopelijk ook van bv. de zorgverzekeraars – en om de inzet van de betrokken artsen en hun besturen om ook in de praktijk tot een betere samenwerking te komen. De betere kwaliteit van sociaal-medische begeleiding van werknemers met gezondheidsproblemen kan uiteindelijk mogelijk leiden tot meer tevreden werknemers en mogelijk ook resulteren in minder ziekteverzuim en WAO-instroom.

Op deze lange weg vormt dit rapport niet alleen een goede stap voorwaarts, maar ook een verzameling van waardevolle ‘wegwijzers’, zowel voor beleidsmakers als voor hen, die uiteindelijk het werk moeten doen: de huis- en bedrijfsartsen.

## 13 Literatuur

Amstel RJ van, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar: de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding: een onderzoek naar belemmeringen voor die samenwerking en naar oplossingen daarvoor. Hoofddorp: NIA-TNO, 1997.

Amstel RJ van, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar (deel 2): medisch specialisten over hun samenwerking met bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2000.

Anema JR, Buijs PC, Amstel RJ van, Putten DJ van. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim: Een gezamenlijke uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). TNO Arbeid, 2002. In: De Huisarts TBV Special, maart 2002.

Anema JR, Buijs PC, Putten DJ van. Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts: een leidraad voor de praktijk. Medisch Contact 2001a; 56 (20): 790-793.

Anema JR, Buijs PC, Amstel RJ van. Leidraad voor huisarts & bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding bij arbeidsverzuim. Hoofddorp : TNO Arbeid, 2001b.

Anema JR, Giezen AM van der. Weinig communicatie tussen bedrijfsarts en curatieve sector over belemmeringen voor werkhervatting na langdurige arbeidsongeschiktheid wegens lage rugklachten. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 1999; 143: 572-575.

Anema JR, Van Der Giezen AM, Buijs PC, Van Mechelen W. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occup Environ Med. 2002 Nov;59(11):729-33.

Anema JR, Amstel RJ van. Begeleiding van werknemers met rug- en psychische klachten vanuit zowel het perspectief van de patiënt als de bedrijfsarts. TNO Arbeid, 2003.

Anema JR, Putten DJ van. Projectvoorstel voor de evaluatie van LHV-NVAB Proefregio Zeeland. TNO Arbeid, 2000a.

Anema JR, Putten DJ van. Projectvoorstel voor de evaluatie van LHV-NVAB Proefregio Zuidoost Brabant. TNO Arbeid, 2000b.

Anema JR, Putten DJ van. Projectvoorstel voor de evaluatie van LHV-NVAB Proefregio Kennemerland, Haarlemmermeer en omstreken. TNO Arbeid, 2000c.

Bakker RH.. Arbocuratief samenwerken : de voortgang van een Fries project. Medisch contact 57(2002) nr 20, p. 792-795

Bakker RH. Samenwerking tussen de huis- en bedrijfsarts: Positief en negatief beïnvloedende factoren. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002; 80(3): 151 – 152.

Bakker RH, Krol B, Gulden JWJ van der, Groothoff JW. Arbocuratieve samenwerking: verslag van drie regionale projecten. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (in april 2003 voor publicatie aanvaard).

Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1999;**131**:822-9.

Bastiaanssen M. Werkgroep LHV/NVAB. Nieuwsbrief Verwijsfunctie Bedrijfsarts. Verwijsfunctie. VWS, 2003

Boon SD, Holmes JG. The dynamics of interpersonal trust: resolving uncertainty in the face of risk. In: R.A. Hinde, Groebel J (eds.). *Cooperation and prosocial behaviour* Cambridge: Cambridge.

Bosma YR, Verbeek JHAM, Weide WE van der et al. Satisfactie van werknemers en bedrijfsartsen met het verzuimconsult. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 1996;5:42-48

van der Burg JCM, van der Beek A, Schellevis FG. Arbocuratieve Samenwerking anno 2001. het perspectief van de huisarts. NIVEL, Utrecht 2003.

Buijs PC. Gebrek aan Arbocuratieve afstemming jarenlang herkend maar niet erkend: van verleden tot heden (1) : de periode tot begin jaren '90. TBV 2001(a); 9 (5): 133-138.

Buijs, PC. Groeiend bestuurlijk draagvlak voor betere Arbocuratieve samenwerking: van verleden tot heden (2) : 1990-1997. TBV 2001(b); 9 (6): 177-182.

Buijs, PC. Een stroomversnelling van Arbocuratieve initiatieven : van verleden tot heden (3) : 1997-2001. TBV 2001(c); 9 (7): 206-211.

Ellemers, N, Spears, R, Doosje, B. *Social identity: context, commitment, content*. Oxford: Blackwell, 1999.

Engels JA. Arbo-curatieve samenwerking; evaluatie van vijf projecten in noord Nederland. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002; 80(3): 149 – 150.

Engels JA, Tigchelaar A, Gulden JWJ van der. Aanzetten tot arbo-curatieve samenwerking. Samenvatting van de procesevaluatie van vijf projecten in de regio's Groningen, Drenthe en Friesland. UMC St. Radboud, 2002.

Engels JA, Tigchelaar A, Gulden JWJ van der. Arbocuratieve samenwerking: procesevaluatie van vijf regionale samenwerkingsprojecten. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2003; 81 (3): 148-154.

Franchimont M. Eindverlag project “Geïntegreerde arbocuratieve zorgverlening aan de slechthorende in de arbeidssituatie”. Functie centrum KNO, Afdeling KNO van het AMC Amsterdam. Stoel, 2002

Franchimont M. Verslag van de regionale evaluatie van het project “Verbetering van de arbocuratieve samenwerking bij (re) activering van patiënten met pijn klachten aan



het bewegingsapparaat” . Kenniscentrum Pijnbestrijding UMC Sint Radboud. Stoel, 2002.

Hauer H. Verslag van de regionale evaluatie van het project “Regionaal zorgnetwerk voor vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg met psychosociale klachten in de regio Breda”. Stoel, 2002

Heideman JMC, Engels JA, Gulden JWJ van der. Knelpunten in de arbo-curatieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts: Wat staat noodzakelijke gedragsverandering in de weg? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002; 80(3): 185 – 191.

Heuvel FMM van den, Buijs PC, Jacobs H, Huiberts O, Dam J van, Nicolaï LC, Paardekooper P. Gezamenlijke nascholing in het kader van een betere samenwerking: Huisartsen en bedrijfsartsen aan het woord. Website 2002: ‘De Huisarts Online’ en ‘Medwerk’.

Heuvel FMM van den, Anema JR, Buijs PC, Putten DJ van. Nulmeting van LHV-NVAB proefregio Zeeland. TNO Arbeid, 2001a.

Heuvel FMM van den, Anema JR, Buijs PC, Putten DJ van. Nulmeting van LHV-NVAB proefregio Zuidoost Brabant. TNO Arbeid, 2001b.

Heuvel FMM van den, Anema JR, Buijs PC, Putten DJ van. Nulmeting van LHV-NVAB proefregio Kennemerland, Haarlemmermeer en omstreken. TNO Arbeid, 2001c.

Heuvel FMM van den, Buijs PC. Tussentijdse evaluatie van LHV-NVAB proefregio Zeeland. TNO Arbeid, 2002a.

Heuvel FMM van den, Buijs PC. Tussentijdse evaluatie van LHV-NVAB proefregio Zuidoost Brabant. TNO Arbeid, 2002b.

Heuvel FMM van den, Buijs PC. Tussentijdse evaluatie van LHV-NVAB proefregio Kennemerland, Haarlemmermeer en omstreken. TNO Arbeid, 2002c.

Heuvel FMM van den, Buijs PC, van Putten DJ, Anema JR. Praktijkervaringen met het implementeren van samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en bedrijfsartsen in drie regio’s: de eindevaluatie. TNO Arbeid, Hoofddorp, 2003.

Hulshof CTJ, Broersen JPJ, de Haan SF. PARAG project PKA. Samenwerkingsrichtlijn eerstelijns handelen bij psychische klachten en arbeid. Evaluatie van fase 2 een praktijktest. Rapport SKB, 2002

Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, Bensing JM. The effectiveness of a computer-assisted instruction programme on communication skills of medical specialists in oncology. *Med Educ* 2002;**36**:125-34.

KNMG. Code samenwerking bij arbeidsverzuim. Utrecht, 1998.

Lewicki RJ, Bunker BB. Developing and maintaining trust in work relationships. in: Kramer RM, Tyler TR (eds.) Trust in organizations. 1996. London: Sage, p. 114-39.

LHV & NVAB. Convenant van LHV en NVAB inzake de samenwerking bij Sociaal Medische Begeleiding. Utrecht, april 1997.

LHV & NVAB. Visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB op plaats en taak van beide disciplines. Samenwerking en begeleiding van huisarts en ebedrijfsarts bij de sociaal medische begeleiding van werknemers. Utrecht, april 1998.

LHV & NVAB. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim: Een gezamenlijke uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Anema JR, Buijs PC, Amstel RJ van, Putten DJ van. TNO Arbeid, 2002. In: De Huisarts TBV Special, maart 2002.

Nauta AP, Grumbkow J von. Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen: de invloed van positie, verantwoordelijkheid, afhankelijkheid en vertrouwen. Tijdschr Gezondheidswet 2002;80:107-113.

Nauta AP, Grumbkov J von. Samenwerking en vertrouwen tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Tijdschr Huisartsgeneeskde 2001a; 18:97-1001.

Nauta AP, Weel AN, Starmans R, Wemekamp H. Leren samenwerken inde beroepsopleiding. Eerste ervaringen met een gezamenlijke onderwijsmodule huis- en bedrijfsartsen. TBV 2001b; 9(7):212-6.

Nauta AP, Grumbkow J von. Factors predicting trust between GPs and OPs. Int J of Integrated Care 2001;1. See: <http://www.ijic.org/index2.html>.

Nauta AP. Samenwerken als proces bekeken. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2003; 81 (3): 159-162.

Nauta AP, Weel ANH, Starmans R, Wemekamp H. Leren samenwerken in de beroepsopleiding: eerste ervaringen met een gezamenlijke onderwijsmodule huis- en bedrijfsartsen. TBV 2001; 9 (7): 212-216.

Nederlands Huisartsengenootschap. Nascholings modules. Huisartsen en bedrijfsartsen leren samenwerken bij sociaal medische begeleiding. Utrecht, 2003.

Nicolaï LC. Een recept voor arbocuratieve samenwerking. Huisarts TBV 2002; 6 – 8.

Nieuwenhuijsen, J.H.A.M. Verbeek, J.C.M.J. Siemerink, D.Tummers-Nijssen. Quality of rehabilitation among workers with stress-related disorders. OEM, accepted, 2003

NVAB. De bedrijfsarts: deskundig en onafhankelijk. Eindhoven 2001.

NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. NVAB-richtlijn, 2000.

NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten. NVAB-richtlijn, april 1999.

Medische profielenboek. Zeist: Glaxo Wellcome / KNMG (Materiaal voor de workshop 'Co-assistent & Carrière'), 1999.

Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 1995.

Somai T, van der Beek A., Schellevis FG. Arbocuratieve samenwerking anno 2003. Het perspectief van de huisarts. NIVEL, 2003.

Swanborn PG. Evalueren. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 1999.

Veenstra MG, Rikken F. Verwijsfunctie bedrijfsarts. Amstelveen : College van zorgverzekeringen (CVZ), 2002.- (CVZ- Rapport 120)

Verbeek J, van Dijk F, Rasanen K, Piirainen H, Kankaanpaa E, Hulshof C. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occup Environ Med* 2001;**58**:272-8.

Verbeek JH, de Boer AG, van der Weide WE, Piirainen H, Anema JR, van Amstel RJ *et al.* Patient Satisfaction with Occupational Health Services, development of a questionnaire. *submitted* 2003.

Vingerhoets E, Wensing M, Grol R. Feedback of patients' evaluations of general practice care: a randomised trial. *Qual.Health Care* 2001;**10**:224-8.

Venema A. Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen bij sociaal-medische begeleiding – een eerste vergelijking van onderzoeksresultaten uit 1995 en 2001. Intern rapport TNO Arbeid, 2001.

Weide van der WE, Verbeek JH, van Dijk FJ. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occup Environ Med.* 1999 Jul;**56**(7):488-93.

## TNO-rapport 10126-14372

Polarisavenue 151  
Postbus 718  
2130 AS Hoofddorp

[www.arbeid.tno.nl](http://www.arbeid.tno.nl)

T 023 554 93 93  
F 023 554 93 94

### Bijlagen bij rapport :

“Een stap vooruit op een lange weg.

*De Samenwerkingsprojecten tussen huis- en  
bedrijfsartsen in 10 regio's: effecten op het proces  
van samenwerken, gedragsverandering van artsen en  
de tevredenheid bij patiënten”*

Datum 17 juli 2003

Auteurs *TNO Arbeid, Hoofddorp:*

J.R. Anema  
R.J. van Amstel  
A. Venema  
D.J. van Putten  
E.M.M. de Vroome

*Kenniscentrum AKB, Erasmus MC, Rotterdam:*

Bijdrage heeft specifiek betrekking op hoofdstuk 6  
A.P. Nauta  
P.M. Overzier

*Coronelinstituut, Academisch Medische Centrum, Amsterdam:*

Bijdrage heeft specifiek betrekking op hoofdstuk 8  
J.H. Verbeek

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO. Voor hoofdstuk 6 geldt dat de gezamenlijke toestemming van TNO en het Kenniscentrum AKB vereist is. Voor hoofdstuk 8 geldt dat de gezamenlijke toestemming van TNO en het Coronelinstituut vereist is.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2003 TNO

© Hoofdstuk 6 TNO en Kenniscentrum AKB

© Hoofdstuk 8 TNO en Coronelinstituut



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Bijlage bij hoofdstuk 4.....</b>	<b>5</b>
1.1	4 ZonMw-projecten .....	5
1.1.1	Project 1: Academisch Ziekenhuis Groningen: Revalidatie .....	5
1.1.2	Project 2: DHV Drenthe .....	5
1.1.3	Project 3: UMC St Radboud .....	6
1.1.4	Project 4: DHV Groningen .....	6
1.2	6 LHV/NVAB-projecten.....	6
1.2.1	Project 5: DHV/ NVAB-kring ZuidOost Brabant.....	6
1.2.2	Project 6: DHV/NVAB-kring Zeeland .....	7
1.2.3	Project 7: DHV/NVAB-kring Zwolle Flevoland .....	7
1.2.4	Project 8: DHV/ NVAB-kring Rijnland/Middenholland .....	8
1.2.5	Project 9: DHV/ NVAB-kring Kennemerland.....	8
1.2.6	Project 10: DHV Twente/Arbounie OostNederland .....	9
<b>2</b>	<b>Bijlage bij hoofdstuk 5.....</b>	<b>11</b>
2.1	Vragenlijsten eerste meting .....	11
2.2	Aanvullende vragen tweede meting.....	13
2.3	Resultaten per regio type (LHV/NVAB- versus ZON-regio's) .....	15
2.4	Uitvalanalyse .....	35
2.5	Kenmerken van de huisartsen gebaseerd op de eerste meting .....	37
2.6	Kenmerken van de bedrijfsartsen gebaseerd op de eerste meting.....	39
2.7	Analyse deelnemende versus niet deelnemende artsen.....	41
<b>3</b>	<b>Bijlage bij hoofdstuk 6.....</b>	<b>45</b>
3.1	Secundaire analyses .....	45
<b>4</b>	<b>Tabellenbijlage bij hoofdstuk 7 .....</b>	<b>51</b>
4.1	Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.2 .....	52
4.2	Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.3 .....	55
4.3	Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.4 .....	57
4.4	Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.5 .....	60
4.5	Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.6 .....	64
4.6	Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.7 .....	68
4.7	Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.8 .....	74
<b>5</b>	<b>Tabellenbijlage bij hoofdstuk 8 .....</b>	<b>77</b>



# 1 Bijlage bij hoofdstuk 4

## 1.1 4 ZonMw-projecten

### 1.1.1 *Project 1: Academisch Ziekenhuis Groningen: Revalidatie*

#### **“Het bevorderen van herintredingskansen van patiënten met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat na doorlopen van een behandelprogramma in Beatrixoord”**

De afdeling Revalidatie van het AZG en het Revalidatiecentrum Beatrixoord werken sinds jaren samen op het gebied van patiëntenzorg, opleiding en onderzoek. Beatrixoord revalideert per jaar ongeveer 400 patiënten volgens een somatisch of een gedragsmatig rugscholingsprogramma. Meer dan de helft van deze mensen werkt niet vanwege hun rugklachten. Vóór en tijdens het rugscholingsprogramma is er weinig of geen communicatie tussen huisarts, bedrijfsarts of revalidatiearts. Hierdoor krijgt de patiënt vaak tegengestelde adviezen over werkhervatting en werkbelasting waardoor de arbeidsreïntegratie moeizaam verloopt. Om de arbeidsreïntegratie van mensen met klachten aan het bewegingsapparaat te verbeteren wil het AZG iedere 6 tot 8 weken een overleg organiseren voor de huis-,bedrijfs- en revalidatieartsen van de drie noordelijke provincies. Tijdens het eerste deel van dit overleg lichten de drie beroepsgroepen het verloop van het ziekteproces van één van hun patiënten toe, waarna zij een gezamenlijk beleid afspreken met betrekking tot werkhervatting en werkbelasting. Om de kennis te verbeteren vindt er tijdens hetzelfde overleg ook een lezing plaats over een arbeidsrelevant onderwerp. Aan deze lezing zijn accreditatiepunten toegekend. Tussendoor is voldoende tijd ingepland voor nadere kennismaking en informatie-uitwisseling tussen de verschillende disciplines.

### 1.1.2 *Project 2: DHV Drenthe*

#### **“Implementatie samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts”**

De Rijksuniversiteit Groningen heeft een protocol ter bevordering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen ontwikkeld. Het protocol richt zich specifiek op patiënten met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat die worden doorverwezen naar de fysiotherapie of naar de afdeling Revalidatie van het AZG. De DHV Drenthe wil dit protocol, in samenwerking met bovengenoemde instellingen, implementeren in de regio Drenthe. Voor de patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat die worden doorverwezen naar de afdeling revalidatie van het AZG of naar de fysiotherapie ontwikkelt de DHV, in samenwerking met de andere beroepsgroepen, aparte subprotocollen. Hierin leggen zij vast in welke situaties en op welke wijze de artsen, de patiënten moeten doorverwijzen. Daarnaast stelt de DHV vast wat de werkbaarheid van de deze (sub)protocollen is en welke invloed zij hebben op de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts enerzijds en huisarts, bedrijfsarts, fysiotherapie en Revalidatie anderzijds. Een onafhankelijke instantie evalueert de implementatie, de mate van reïntegratie en satisfactie van betrokken patiënten.



### 1.1.3 *Project 3: UMC St Radboud*

#### **“Verbetering van de regionale arbocuratieve samenwerking bij (re)activering van patiënten met pijnklachten aan het bewegingsapparaat”**

Dit project van het Kenniscentrum Pijnbestrijding (PKC) UMC St. Radboud heeft als doel de eerstelijns arbocuratieve samenwerking in de regio Nijmegen te verbeteren. Het project richt zich specifiek op patiënten met pijn aan het bewegingsapparaat. Om de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen te verbeteren wil het Kenniscentrum, het samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts met bijbehorend instrumentarium, implementeren. De implementatie vindt over twee sporen plaats. Ten eerste ontvangt een selecte groep huis- en bedrijfsartsen scholing van het Kenniscentrum over de werkwijze van het samenwerkingsprotocol. Tevens krijgen zij informatie en instructie over de praktische gang van zaken in het project. Deze ‘kopgroep’ vormt met haar deskundigheid, ervaring en motivatie een stimulans voor vakgenoten tot regionale samenwerking bij (re) activering van patiënten met pijnklachten aan het bewegingsapparaat. Ten tweede krijgen alle huis- en bedrijfsartsen in de regio de schriftelijke informatie over het samenwerkingsprotocol met bijbehorende instrumenten, met het verzoek hiermee in de praktijk te werken. Met behulp van een na-scholingsbijeenkomst kunnen huis- en bedrijfsartsen zich verder bekwamen in het werken met het protocol. Bovendien kunnen deelnemers uit de ‘kopgroep’, de huis- en bedrijfsartsen in de regio benaderen voor medewerking aan een gezamenlijke casus waarin zij conform het samenwerking protocol zullen werken.

### 1.1.4 *Project 4: DHV Groningen*

#### **“Implementatie van een samenwerkingsprotocol huis-arts bedrijfsarts, met specifieke aandacht voor patiënten met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat die daarvoor worden doorverwezen naar de afdeling revalidatie van het AZG”**

De Rijksuniversiteit Groningen heeft een protocol ter bevordering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen ontwikkeld. Het protocol richt zich specifiek op patiënten met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat die worden doorverwezen naar de afdeling Revalidatie van het AZG. De DHV Groningen wil dit protocol, in samenwerking met bovengenoemde instellingen, implementeren in de regio Groningen. Voor patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat die worden doorverwezen naar de afdeling revalidatie van het AZG ontwikkelt de DHV, in samenwerking met de andere beroepsgroepen, een apart subprotocol. Hierin leggen zij vast in welke situaties en op welke wijze de artsen, de patiënten moeten doorverwijzen. Daarnaast stelt de DHV vast wat de werkbaarheid van deze (sub)protocollen is en welke invloed zij hebben op de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts enerzijds en huisarts, bedrijfsarts en Revalidatie-arts anderzijds. Een onafhankelijke instantie evalueert de implementatie, de mate van reïntegratie en satisfactie van betrokken patiënten.

## 1.2 **6 LHV/NVAB-projecten**

### 1.2.1 *Project 5: DHV/ NVAB-kring ZuidOost Brabant*

#### **“Gezamenlijk werken door huisarts en bedrijfsarts in Zuidoost Brabant”**

Het project bestaat uit een kernteam (twee huisartsen en drie bedrijfsartsen), de projectuitvoerder (huisarts) en uit twee voortrekkers (huisarts en bedrijfsarts), die vooral als

beheerder van het project fungeren. De bereidheid om samen te werken onder huisartsen en bedrijfsartsen in de regio Zuidoost-Brabant is groot. In voorliggende jaren hebben veel huis- en bedrijfsartsen door gezamenlijke nascholing al kennis gemaakt met elkaars vakgebied en de werkmethoden bij diverse gezondheidsklachten. In de praktijk wordt er echter nog niet veel samengewerkt. Het kernteam wil hierin verandering brengen en de samenwerking intensiveren, de kwaliteit van de begeleiding van patiënten bij (met name) psychische klachten verbeteren en het herstel van Het patiënten met psychische klachten bespoedigen. Ze doen dit door: ontwikkelen van een toegankelijk en eenvoudig te gebruiken communicatieformulier Het organiseren van gezamenlijke + declaratieformulier. Toe te Het organiseren van onderlinge ministages. nascholingsbijeenkomsten. werken naar een structurele inbedding van de samenwerking (financiering, bereikbaarheid, persoonlijk contact).Het communicatieformulier annex declaratieformulier is inmiddels ontwikkeld en in de regio uitgezet. De formulieren zijn tevens opgenomen in het Kwaliteitshandboek van de Arbo Unie in de regio. De ministages verlopen voorspoedig en roepen veel enthousiaste reacties op. Binnen het kernteam is ook gewerkt aan een vereenvoudigde bureaukaart voor het begeleiden van en samenwerken door huis- en bedrijfsarts bij psychische klachten. Dit protocol is echter ingehaald door de landelijk verspreide Leidraad.

### 1.2.2 *Project 6: DHV/NVAB-kring Zeeland*

#### **“Gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisartsen en bedrijfsartsen”**

De algemene infrastructuur van de provincie Zeeland is zeer geschikt voor een regionale aanpak. Huisartsen werkzaam in Zeeland spelen een centrale rol in de zorg. Ze hebben greep op de zaak en ze hebben in ieders ogen een duidelijke, belangrijke taak. Veel artsen kennen elkaar en gaan in een onderlinge sfeer van vertrouwen met elkaar om. Echter, op het gebied van arbocuratieve samenwerking kan nog wel het een en ander verbeterd worden. De huisarts wil wel met de bedrijfsarts samenwerken, maar weet niet wat deze te bieden heeft. Dit leidt tot tegenstrijdige adviezen aan patiënten over wel/niet werken, met alle (negatieve) gevolgen van dien. Het aantal bedrijfsartsen werkzaam in Zeeland is klein.

### 1.2.3 *Project 7: DHV/NVAB-kring Zwolle Flevoland*

#### **“Kijk op elkaars werk”**

Het tweejarige project is op 1 december 2000 van start gegaan met twee nascholingsavonden over psychische klachten en werk. Tijdens deze avonden zijn veel huis- en bedrijfsartsen uit de regio op de hoogte gebracht van het project. Er is expliciet aandacht besteed aan knelpunten in de samenwerking zoals in de onderlinge communicatie en aan ‘wie doet wat’ en ‘wie kan wat doen’. Met behulp van vragenlijsten is geïnventariseerd welke belemmeringen artsen zelf ervaren om te komen tot meer samenwerking. Deze inventarisatie is de basis geweest voor het vervolgprogramma dat vanaf medio 2001 in de regio is uitgevoerd. Het kernteam van de regio Zwolle/IJssel in het Midden bestaat uit twee huisartsen en twee bedrijfsartsen. Zij krijgen beleidsmatige en secretariële ondersteuning vanuit de DHV. Het kernteam pakt het project aan als een kwaliteitsproces waarin de resultaten en successen van elke stap tot de volgende stappen leiden. Inmiddels zijn nascholingscycli georganiseerd over de thema's Psychische klachten en RSI. Hierbij lag de nadruk op de interactie tussen de aanwezige huis- en bedrijfsartsen om zo samenwerking tussen hen beiden bespreekbaar te maken en te bevorderen. Ook is een aanbod ontwikkeld voor de Warffumcursus voorjaar 2002 over taak en functie van bedrijfsartsen. De opbouw van een gedegen infrastructuur dient er verder voor te zorgen dat samenwerking zoveel mogelijk, ook in de toekomst, blijft plaatsvinden en gefaciliteerd wordt. Hiertoe is overleg gevoerd en aansluiting gezocht bij Medwerk in de regio en bij MCC KLIQ. Verder zal met name bestuurlijk draagvlak

vanuit het NVAB Kringbestuur en het DHV bestuur in de toekomst de voortgang moeten borgen.

#### 1.2.4 *Project 8: DHV/ NVAB-kring Rijnland/Middenholland*

##### **“Over afstemming gesproken”**

Het kernteam dat het project uitvoert bestaat uit praktiserende huis- en bedrijfsartsen. Zij zijn begonnen met het inventariseren van in de eigen praktijk ervaren problemen. Hieruit zijn de volgende punten voortgekomen: Er vindt momenteel geen (gestructureerde) samenwerking plaats. Huis- en bedrijfsartsen kennen elkaar niet en er is weinig affectie voor elkaars werk. Het ontbreekt aan begrip voor elkaars werkwijze bij de begeleiding van patiënten in relatie tot de factor arbeid. Er bestaat wantrouwen van de huisarts naar de bedrijfsarts over diens belangen. Ook bedrijfsartsen zijn niet altijd attent op afstemming met de huisarts. Het doel van het project is om een blijvende samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen te bevorderen zodat dit een positief effect heeft op de gezondheid en het welbevinden van patiënten. Concreet houdt dit de volgende activiteiten in: Er worden kleinschalige, interactieve nascholingstrajecten voor hagro's georganiseerd met telkens twee wisselende bedrijfsartsen als consultant. Iedere hagro leert zo bedrijfsartsen kennen en krijgt meer inzicht in hun taak en functie. De inhoud is gericht op attitudeverandering: het bespreken van de invloed van het werk op de gezondheid tijdens het huisarts-consult en het vroegtijdig signaleren van werkgerelateerde problematiek. Het samenstellen van een overzicht van alle regionaal werkende arbo-instellingen en hun bedrijfsartsen. Het ontwikkelen van specifieke instrumenten (formulieren, visitekaartjes, patiëntenkaarten, infobrieven e.d.) die een meer directe communicatie van zowel huisarts naar bedrijfsarts als van bedrijfsarts naar werknemer/patiënt ondersteunen.

#### 1.2.5 *Project 9: DHV/ NVAB-kring Kennemerland*

##### **”Het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen rond psychische klachten”**

Een kernteam van praktiserende huis- en bedrijfsartsen, gesteund door de DHV Haarlemmermeer/ Kennemerland e.o., vormt het hart van het project. De meeste leden van het kernteam werken al gedurende langere tijd aan arbocuratieve samenwerking. In deze regio heeft in 2001 tegelijkertijd het project van de SKB plaatsgevonden, waarin 20 huisartsen en 12 bedrijfsartsen getraind zijn in het werken met de door de SKB ontwikkelde ‘Richtlijn Psychische klachten in de Arbeidssituatie’. In het kader van dit project zijn inmiddels diverse gezamenlijke nascholings-cursussen voor huis- en bedrijfsartsen georganiseerd met het doel de samenwerking te bevorderen door onderwerpen als psychische klachten, klachten aan het bewegingsapparaat/RSI en dermatologische problemen aan bod te laten komen. Longaandoeningen staat als thema op de agenda voor het najaar van 2002. Bij het ontwikkelen van het nascholingsmateriaal wordt onder meer gebruik gemaakt van de landelijk ontwikkelde modules van NSOH/NHG en contact onderhouden met de Nederlandse Kenniscentra Arbeidsgerelateerde Aandoeningen. Het kernteam wil de samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts vast thema laten worden binnen de reguliere nascholingstrajecten voor huis- en bedrijfsartsen. Hiertoe wordt een formeel samenwerkingsconvenant tussen het kernteam en WDH Kennemerland afgesloten. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het organiseren van een betere bereikbaarheid van huisarts en bedrijfsarts door het aanleggen van een toegankelijke en up-to-date sociale kaart. Met behulp van de huisartsvoortrekker van het kernteam is ook een video over samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen bij psychische klachten als illustratiemateriaal ten behoeve van nascholingsbijeenkomsten geproduceerd. Deze wordt ook voor andere regio's bruikbaar gemaakt.

### 1.2.6 *Project 10: DHV Twente/Arbounie OostNederland*

#### **“De bedrijfsarts in de buurt”**

Huis- en bedrijfsartsen in de regio Twente willen samenwerken. Dit blijkt uit een reeds in 1998 afgesloten convenant tussen de DHV Twente en de Twentse Arbodiensten. Echter, in de dagelijkse praktijk blijkt de onderlinge communicatie lang niet altijd optimaal te verlopen. Dit project richt zich - naar aanleiding van het adagium ‘onbekend maakt onbemind’ - op het bij huisartsen bekendmaken van de bedrijfsarts. Het doel is de wederzijdse aanpak, visie en werkwijze voor beide professionals inzichtelijk te maken, vroegtijdige signalering van arbeidsgebonden problematiek te bevorderen, ervoor te zorgen dat huisartsen de bedrijfsarts van hun patiënt kennen, dat huisartsen en bedrijfsartsen weten wanneer afstemming nodig is en te bereiken dat zij vervolgens ook vaker afstemmen. Eén huisarts en drie bedrijfsartsen vormen samen het kernteam.



## **2 Bijlage bij hoofdstuk 5**

### **2.1 Vragenlijsten eerste meting**



## 2.2 Aanvullende vragen tweede meting

De volgende vragen gaan over de projectactiviteiten in uw regio gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

23. In welke mate bent u **bekend** met de projectactiviteiten in uw regio?

- ik ben *in het geheel niet bekend* met deze activiteiten ---> DOORGAAN MET VRAAG 25
- ik ben *slecht bekend* met deze activiteiten
- ik ben *ten dele bekend* met deze activiteiten
- ik ben *goed bekend* met deze activiteiten

24. In welke mate hebt u **deelgenomen** aan de projectactiviteiten in uw regio?

- ik heb *in het geheel niet deelgenomen* aan deze activiteiten
- ik heb *in beperkte mate* deelgenomen aan deze activiteiten
- ik heb *redelijk intensief* deelgenomen aan deze activiteiten
- ik heb *zeer intensief* deelgenomen aan deze activiteiten

25. Is bij u het aantal contacten met bedrijfsartsen **het afgelopen jaar** toe- of afgenomen?

- toegenomen
- niet veranderd ---> DOORGAAN MET VRAAG 26
- afgenomen ---> DOORGAAN MET VRAAG 26

25a. Is deze toename te danken aan de projectactiviteiten in uw regio?

- ja
- deels
- nee



26. Is het informatiegehalte van uw contacten met bedrijfsartsen **het afgelopen jaar** verbeterd ?

- verbeterd
- niet veranderd ---> DOORGAAN MET VRAAG 27
- verslechterd ---> DOORGAAN MET VRAAG 27

26a. Is deze verbetering te danken aan de projectactiviteiten in uw regio?

- ja
- deels
- nee

### 2.3 Resultaten per regio type (LHV/NVAB- versus ZON-regio's)

In deze bijlage zijn de aanvullende tabellen opgenomen behorend bij hoofdstuk 5 in het rapport. In deze tabellen wordt naast het totaal nu ook steeds aangegeven in hoeverre zich binnen het type regio veranderingen hebben voorgedaan tussen de eerste en de tweede meting. De nummering volgt de nummering van de tabellen in het hoofdstuk. In hoofdstuk 5, tabel 1 zijn responsgegevens ook naar regio type gepresenteerd. In bijlage 2.5 en 2.6 worden de gegevens van de respondenten ook naar regio type gepresenteerd.

Tabel 2 Taakopvatting huisarts

	Totaal N=575			LHV/NVAB-regio's N=378			ZON-regio's N=197				
	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil		
Werkstakingadvies taak huisarts - Ja	80%	75%	-6%	*	81%	77%	4%	80%	72%	8%	*
Frequentie altijd of vaak	63%	56%	-7%	*	63%	55%	-8%	**	64%	59%	-5%
Werkhervattingadvies taak huisarts - Ja	77%	75%	-2%		76%	75%	0%	79%	73%	-5%	
Frequentie altijd of vaak	61%	61%	1%		60%	60%	0%	63%	63%	0%	
Frequentie werkad- vies gedurende wachtijd altijd of vaak	32%	35%	3%		33%	37%	4%	32%	28%	-4%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 3 Taakopvatting bedrijfsarts

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
Werkstakingadvies taak huisarts - Ja	61%	62%	1%	61%	61%	0%	62%	66%	4%
Werkhervattingadvies taak huisarts - Ja	56%	54%	-2%	56%	54%	-2%	55%	55%	0%
Werkadvies gedurende de wachttijd taak huisarts - Ja	56%	61%	5%	* 55%	62%	7%	* 59%	58%	-1%
Frequentie werkadvies gedurende wachttijd door ba zelf - altijd of vaak	88%	91%	4%	89%	91%	2%	84%	91%	7%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 4 Verwijzing door bedrijfsarts

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
Verwijzing zonder overleg met huisarts vindt vaak plaats naar:									
medisch specialist	3%	5%	1%	3%	5%	2%	* 4%	4%	0%
fysiotherapeut	17%	19%	3%	18%	20%	2%	15%	21%	6%
psycholoog/maatschappelijk werker	54%	58%	4%	53%	58%	5%	* 58%	58%	0%
tweedelijns arbo-dienstverlener	40%	45%	6%	* 38%	47%	9%	* 44%	43%	-1%
De huisarts wordt altijd of vaak <i>geïnfomeerd</i> bij verwijzing zonder overleg naar:									
medisch specialist	40%	45%	4%	38%	41%	3%	49%	59%	10%
fysiotherapeut	21%	31%	10%	** 20%	32%	12%	* 26%	31%	5%
psycholoog/maatschappelijk werker	22%	27%	4%	19%	23%	4%	32%	40%	8%
tweedelijns arbo-dienstverlener	28%	32%	4%	25%	27%	2%	37%	45%	8%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 5 Het gemiddeld aantal contacten met bedrijfsartsen volgens de huisarts

	Totaal N=575			*	LHV/NVAB-regio's N=378			*	ZON-regio's N=197			
	M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil	
Aantal contacten per maand	1,3	1,1	-0,2	*	1,2	1,1	-0,1	*	1,4	1,2	-0,2	
waarvan mondeling/telefonisch	0,7	0,6	-0,1	*	0,7	0,6	-0,1		0,8	0,6	-0,1	*
waarvan schriftelijk	0,5	0,5	0		0,5	0,5	0		0,6	0,6	0	
Aantal contacten per half jaar	6,1	4,9	-1,2	***	6,1	4,8	-1,4	***	5,9	5,1	-0,8	*
waarvan mondeling/telefonisch	3,2	2,5	-0,7	***	3,3	2,5	-0,8	***	3,2	2,6	-0,6	*
waarvan schriftelijk	2,9	2,4	-0,5	*	3,0	2,3	-0,7	**	2,8	2,6	-0,2	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 6 Het gemiddeld aantal contacten met huisartsen volgens de bedrijfsarts

	Totaal N=398				LHV/NVAB-regio's N=305				ZON-regio's N=93		
	M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil
Aantal contacten per maand	3,5	3,8	0,3		3,3	3,8	0,5		3,8	3,6	-0,2
waarvan mondeling/telefonisch	2,0	2,0	0		1,9	2,0	0		2,3	2,1	-0,1
waarvan schriftelijk	0,9	1,1	0,2		0,9	1,1	-0,1		1,0	0,9	-0,1
waarvan via briefje aan patiënt	0,6	0,7	0,1		0,6	0,7	0,1		0,6	0,6	0
Aantal contacten per half jaar	16,5	15,6	-0,9		15,8	15,1	0,7		18,5	17,2	1,3
waarvan mondeling/telefonisch	9,5	8,0	-1,5	**	9,0	7,6	1,4	**	11,3	9,4	-1,9
waarvan schriftelijk	4,3	4,9	0,6		4,1	4,8	0,7		4,9	5,5	0,6
waarvan via briefje aan patiënt	2,5	2,6	0,1		2,4	2,7	0,1		2,4	2,5	0,1

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7 De wijze van contact opnemen volgens de huisarts

	Totaal N=575			LHV/NVAB-regio's N=378			ZON-regio's N=197		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
Als de <i>huis-arts</i> contact opneemt, is dat:	N=390	N=433	*						*
uitsluitend of vaker telefonisch	80%	76%	-4%	69%	74%	-5%	83%	78%	-5%
uitsluitend of vaker schriftelijk	14%	20%	6%	14%	17%	3%	11%	16%	5%
Bij telefonisch contact altijd expliciete toestemming van de patiënt (als altijd of niet altijd)	N=353	N=390							
toestemming altijd schr. bevestigd	91%	91%	1%	* 91%	92%	1%	89%	89%	0%
toestemming altijd schr. bevestigd	N=350	N=390							
Bij schriftelijk contact altijd expliciete toestemming van de patiënt (als altijd of niet altijd)	N=176	N=194							
toestemming altijd schr. bevestigd	90%	89%	-1%	86%	91%	5%	94%	86%	-8%
toestemming altijd schr. bevestigd	N=164	N=184							
toestemming altijd schr. bevestigd	24%	23%	-1%	27%	30%	3%	21%	12%	-9%

Tabel 7 Vervolg

	Totaal N=575			LHV/NVAB-regio's N=378			ZON-regio's N=197				
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil		
Als de <i>bedrijfsarts</i> contact opneemt, is dat:	N=551	N=547	***				**		**		
uitsluitend of vaker telefonisch	60%	51%	-8%	60%	54%	-6%	58%	47%	-11%		
uitsluitend of vaker schriftelijk	28%	36%	7%	28%	33%	5%	29%	40%	11%		
Bij telefonisch contact altijd schr.verklaring van toestemming	N=522	N=509							*		
	12%	17%	5%	**	14%	30%	17%	*	10%	12%	2%
Bij schriftelijk contact altijd een schr. verklaring van toestemming	N=446	N=470					**				
	78%	82%	4%	**	76%	81%	5%	81%	84%	3%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 8 De wijze van contact opnemen volgens de bedrijfsarts

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93		
	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil
Als de <i>be-</i> <i>drijfsarts</i> con- tact opneemt, is dat:	N=392	N=395							
uitsluitend of vaker telefo- nisch	68%	61%	-8%	70%	61%	-9%	67%	58%	-9%
uitsluitend of vaker schrifte- lijk	24%	31%	7%	23%	30%	7%	27%	33%	5%
Bij telefonisch contact altijd expliciete toestemming van de patiënt	N=380	N=375							
(als altijd of niet altijd)	89%	89%	0%	88%	89%	1%	89%	91%	3%
toestemming altijd schr. bevestigd	N=380	N=374							
(als altijd of niet altijd)	38%	40%	2%	40%	42%	2%	33%	33%	0%
Bij schriftelijk contact altijd expliciete toestemming van de patiënt	N=298	N=309							
(als altijd of niet altijd)	96%	95%	0%	95%	96%	0%	97%	94%	-3%
toestemming altijd schr. bevestigd	N=294	N=308							
(als altijd of niet altijd)	84%	88%	4%	84%	89%	4%	82%	85%	3%

Tabel 8 Vervolg

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
Als de <i>huis-arts</i> contact opneemt, is dat:	N=310	N=299							
uitsluitend of vaker telefonisch	69%	65%	-3%	69%	64%	-5%	69%	71%	-2%
uitsluitend of vaker schriftelijk	21%	21%	0%	20%	22%	2%	23%	21%	-2%
Bij telefonisch contact altijd schr.verklaring van toestemming	N=295	N=285							
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Bij schriftelijk contact altijd een schr.verklaring van toestemming	N=211	N=116							
	1%	2%	1%	1%	3%	1%	2%	2%	0% *

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



Tabel 9 Redenen waarom huisartsen contact zoeken

	Totaal N=575			LHV/NVAB-regio's N=378			ZON-regio's N=197			
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	
Vaak om:										
patiënt te verwijzen	19%	18%	-2%	21%	16%	-5%	15%	21%	6%	*
de mogelijkheden te										
verkennen voor	27%	27%	0%	24%	25%	1%	32%	30%	-2%	
terugkeer naar werk										
te attenderen op										
beperkingen voor	21%	21%	0%	18%	23%	5%	* 26%	17%	-9%	
werkhervatting										
nadere achtergrond-										
info te geven	42%	45%	4%	40%	46%	6%	45%	45%	0%	
te overleggen over										
gezamenlijk	40%	38%	-2%	38%	36%	-2%	42%	42%	0%	
behandelings-										
/begeleidingsplan										

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 10 Redenen waarom bedrijfsartsen contact zoeken

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93			
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	
Vaak om:										
Informatie te geven	37%	36%	-1%	36%	39%	3%	40%	27%	-13%	*
over de werksituatie										
informatie te vragen										
over de aard van	41%	37%	-4%	41%	37%	-4%	42%	37%	-5%	
de klachten										
Te vragen naar be-										
perkingen voor	19%	18%	-1%	19%	20%	1%	18%	11%	-7%	
werkhervatting										
informatie te vragen										
over de inhoud	25%	24%	0%	24%	24%	0%	26%	25%	-1%	
van de behandeling										
te overleggen over										
gezamenlijk	69%	66%	-2%	68%	66%	-2%	72%	66%	-6%	
behandelings-										
/begeleidingsplan										

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 11 Oordelen van huisartsen over contacten

	Totaal N=575			LHV/NVAB-regio's N=378			ZON-regio's N=197			
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	
Algemeen oordeel redelijk of goed	84%	87%	3%	* 83%	85%	2%	84%	88%	4%	*
Oordeel over sfeer goed of zeer goed	73%	78%	5%	72%	75%	3%	75%	82%	7%	
Oordeel over informatiegehalte goed of zeer goed	61%	68%	7%	* 62%	67%	5%	59%	68%	9%	*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 12 Oordelen van bedrijfsartsen over contacten

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93			
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	
Algemeen oordeel redelijk of goed	82%	89%	7%	*** 81%	88%	7%	*** 83%	93%	10%	
Oordeel over sfeer goed of zeer goed	75%	84%	9%	*** 74%	82%	8%	** 77%	89%	12%	*
Oordeel over informatiegehalte goed of zeer goed	63%	68%	5%	* 65%	69%	4%	60%	67%	7%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 13 Oordelen van huisartsen over samenwerking

	Totaal N=575			LHV/NVAB-regio's N=378			ZON-regio's N=197		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
Beter samenwerking is nodig	82%	79%	-3%	82%	78%	-4%	83%	81%	-2%
Samenwerking is zeer belangrijk omdat:									
het leidt tot betere afstemming van de begeleiding	67%	66%	-1%	67%	65%	-2%	* 68%	70%	2%
Het verbetert de controle op het verzuim	18%	20%	1%	* 18%	20%	2%	18%	18%	1%
Het gaat de medicalisering van de klachten van de patiënt tegen	66%	67%	1%	63%	67%	4%	73%	68%	-5%
Het dringt het ziekteverzuim terug	37%	40%	3%	36%	39%	3%	38%	40%	2%
Het voorkomt dat de patiënt tegenstrijdige adviezen krijgt	83%	84%	1%	80%	82%	2%	89%	89%	0%
Het voorkomt het onderling uitspelen door de patiënt	66%	62%	-4%	64%	62%	2%	69%	62%	-6%
Het levert kwalitatief beter werk op (integraal patiëntbeeld)	62%	61%	-1%	61%	59%	-2%	63%	65%	2%
Het vergroot de kans op spoedige reïntegratie	73%	71%	-1%	73%	70%	-3%	72%	74%	2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 14 Oordelen van bedrijfsartsen over samenwerking

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93		
	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil
Beter samenwerking is nodig	87%	83%	-4%	89%	82%	-7%	85%	86%	1%
Samenwerking is zeer belangrijk omdat:									
het leidt tot betere afstemming van de begeleiding	79%	76%	-3%	79%	74%	-4%	80%	82%	2%
Het verbetert de controle op het verzuim	5%	5%	1%	6%	7%	1%	1%	0%	-1%
Het gaat de medicalisering van de klachten van de patiënt tegen	78%	80%	2%	78%	82%	4%	75%	74%	-1%
Het dringt het ziekteverzuim terug	36%	36%	-1%	36%	36%	0%	34%	32%	-2%
Het voorkomt dat de patiënt tegenstrijdige adviezen krijgt	84%	85%	1%	83%	85%	2%	89%	86%	-3%
Het voorkomt het onderling uitspelen door de patiënt	62%	62%	0%	61%	63%	2%	63%	60%	-3%
Het levert kwalitatief beter werk op (integraal patiëntbeeld)	76%	67%	0%	74%	77%	3%	77%	74%	-3%
Het vergroot de kans op spoedige reïntegratie	83%	81%	-2%	83%	82%	-1%	82%	76%	-6%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 15 Knelpunten in bereikbaarheid volgens huisartsen

	Totaal N=575			LHV/NVAB-regio's N=378			ZON-regio's N=197		
	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil
Gebeurt altijd of vaak en is een knelpunt:									
Naam andere arts niet bekend	66%	70%	4%	64%	72%	12%	69%	65%	-4%
Telefoonnummer bedrijfsarts niet te vinden	61%	64%	3%	62%	64%	2%	42%	50%	8%
Ik bel, maar de andere arts is niet aanwezig	39%	45%	5%	38%	42%	4%	42%	50%	8%
Ondanks mijn verzoek belt de andere arts niet terug	13%	22%	8%	*** 13%	22%	9%	** 15%	22%	7%
De andere arts belt terug, maar ik ben niet aanwezig	12%	16%	4%	* 10%	14%	4%	15%	18%	3%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ 

Tabel 16 Knelpunten in bereikbaarheid volgens bedrijfsartsen

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93		
	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil
Gebeurt altijd of vaak en is een knelpunt:									
Naam andere arts niet bekend	4%	4%	0%	4%	4%	0%	5%	4%	-1%
Ik bel, maar de andere arts wil niet gestoord worden	45%	41%	-4%	28%	27%	-1%	29%	32%	-3%
Ik bel, maar de andere arts is niet aanwezig	28%	29%	0%	44%	42%	-2%	46%	36%	-10%
Ondanks mijn verzoek belt de andere arts niet terug	14%	14%	0%	15%	15%	0%	11%	10%	-1%
De andere arts belt terug, maar ik ben niet aanwezig	20%	21%	1%	19%	19%	0%	22%	27%	5%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 17 Overige knelpunten volgens huisartsen

	Totaal N=575				LHV/NVAB-regio's N=378				ZON-regio's N=197			
	M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil	
Belangrijk knelpunt:												
Onduidelijk waarvoor de informatie gebruikt wordt	57%	45%	-12%	***	56%	44%	-12%	***	58%	47%	-11%	
Bedrijfsartsen tonen weinig interesse in de patiënt en hebben alleen oog voor snelle werkhervatting	25%	19%	-7%	**	23%	18%	-5%		30%	20%	-10%	*
Onduidelijk is of de bedrijfsarts de belangen van de werknemer of voornamelijk van de werkgever behartigt	5%	40%	-15%	***	57%	38%	-19%	***	52%	44%	-9%	*
Onbekend wie de bedrijfsarts is omdat de patiënt dit zelf niet weet	61%	60%	-1%		62%	60%	-2%		58%	59%	1%	
Bedrijfsartsen wisselen vaak waardoor je zelden te maken hebt met dezelfde over een patiënt	48%	45%	-3%		49%	47%	-2%	***	46%	41%	-4%	
Je kunt niet echt open/vrijuit van gedachten wisselen omdat de bedrijfsarts jouw informatie eventueel doorgeeft aan anderen	47%	38%	-9%	***	49%	39%	-10%	***	45%	37%	-8%	
Als huisarts heb je geen beeld van wat een bedrijfsarts kan en wil doen voor een patiënt	45%	40%	-4%		43%	40%	-3%		48%	40%	-8%	

Tabel 17 Vervolg

	Totaal N=575				LHV/NVAB-regio's N=378				ZON-regio's N=197			
	M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil		M-1	M-2	Verschil	
Je kent de andere arts(en) niet persoonlijk	23%	23%	1%		24%	24%	0%		21%	22%	1%	
Huisartsen hebben te weinig kennis van de bedrijfsgezondheidszorg en de wetgeving op dit terrein				*	29%	24%	-5%		30%	23%	-6%	
Voor beide partijen ontbreken richtlijnen over hoe te handelen in situaties waarin samenwerking geïndiceerd is	41%	34%	-7%	***	42%	36%	-6%	**	39%	30%	-9%	*
Er wordt voornamelijk schriftelijk gecommuniceerd	8%	8%	-1%		9%	7%	-2%		8%	9%	1%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 18 Overige knelpunten volgens bedrijfsartsen

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93			
	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	
Belangrijk knelpunt:										
Huisarts kent de verschillen niet tussen bedrijfs- en verzekeringsarts en denkt dat info gebruikt wordt voor verzuimcontrole	46%	43%	-3%	46%	43%	-3%	46%	41%	-5%	
Huisartsen hebben geen oog voor het werk van de patiënt	37%	35%	-3%	38%	36%	-2%	35%	29%	-6%	
Huisartsen denken dat de bedrijfsarts niet de belangen van de werknemer, maar voornamelijk de belangen van de werkgever behartigt	63%	54%	-9%	*** 64%	55%	-9%	** 60%	52%	-8%	*
Huisartsen beseffen niet dat het vermijden van verzuim ook werknemersbelang is	47%	47%	0%	48%	48%	0%	45%	45%	0%	
Huisarts heeft geen helder beeld van wat ze van een bedrijfsarts mogen verwachten	59%	55%	-3%	58%	56%	-2%	61%	53%	-8%	
Je kunt niet echt open/vrijuit met elkaar van gedachten wisselen, omdat je rekening moet houden met aanklagen door de patiënt	11%	13%	2%	11%	14%	3%	12%	9%	-3%	



Tabel 18 Vervolg

	Totaal N=398			LHV/NVAB-regio's N=305			ZON-regio's N=93					
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil			
Huisartsen kijken neer op bedrijfs- artsen, ze vinden ons geen echte arts	10%	12%	2%	10%	13%	3%	10%	8%	-2%			
Je kent de andere arts(en) niet per- soonlijk	23%	23%	0%	21%	21%	0%	29%	28%	-1%			
Huisartsen hebben te weinig kennis van de bedrijfs- gezondheidszorg en de wetgeving op dit terrein	47%	42%	-4%	46%	42%	-4%	50%	43%	-7%			
Voor beide partijen ontbreken richtlij- nen over hoe te handelen in situa- ties waarin sa- menwerking geïn- diceerd is	32%	22%	-9%	***	32%	23%	-9%	***	31%	22%	-9%	***
Er wordt voorna- melijk schriftelijk gecommuniceerd	21%	14%	-7%		22%	15%	-7%		19%	10%	-9%	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 19 Bekendheid met en mate van deelname aan projecten door huisartsen gebaseerd op de tweede meting naar regiotype

	Totaal (N=575)	LHV/NVAB N=378	ZON N=197
Mate van bekendheid en deelname			**
Bekend en deelgenomen	26%	30%	19%
Niet bekend of bekend maar niet deelgenomen	74%	70%	81%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 20 Bekendheid met en mate van deelname aan projecten door bedrijfsartsen gebaseerd op de tweede meting naar regiotype

	Totaal (N=398)	LHV/NVAB N=305	ZON N=93
Mate van bekendheid en deelname			**
Bekend en deelgenomen	26%	30%	19%
Niet bekend of bekend maar niet deelgenomen	74%	70%	81%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Hieronder worden de gevonden effecten overall afgezet tegen de effecten in de beide regiotypen.

**N.B.: De effecten worden steeds benoemd in termen van de tweede meting ten opzichte van de eerste.**

**OVERALL, ZON en LHV/NVAB**

Een aantal bij alle huisartsen overall gevonden effecten zijn ook in de beide regiotypen gevonden. Het betreft:

- Het aantal contacten van huisartsen met bedrijfsartsen de afgelopen half jaar is minder
- Het aantal mondelinge/telefonische contacten van huisartsen met bedrijfsartsen de afgelopen half jaar is minder
- Volgens huisartsen nemen bedrijfsartsen vaker schriftelijk contact op
- Volgens huisartsen verstrekken bedrijfsartsen vaker schriftelijke toestemming van de patiënt bij telefonisch contact
- Huisartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat onduidelijk is welk belang de bedrijfsarts behartigt
- Huisartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat samenwerkingsrichtlijnen ontbreken
- Minder huisartsen denken dat over twee jaar het informatiegehalte van de contacten zal zijn verbeterd

Een aantal bij alle bedrijfsartsen overall gevonden effecten zijn ook in de beide regiotypen gevonden. Het betreft:

- Bedrijfsartsen oordelen in het algemeen positiever over de sfeer tijdens de contacten met huisartsen

- Bedrijfsartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat het bij huisartsen onduidelijk is wiens belangen de bedrijfsarts behartigt
- Bedrijfsartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat samenwerkingsrichtlijnen ontbreken

#### OVERALL en ZON

Een aantal bij alle huisartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden in de ZON-regio's en niet in de LHV/NVAB-regio's. Het betreft:

- Werkstakingadvies wordt door bedrijfsartsen minder vaak als taak van huisartsen gezien
- Voor telefonisch contact met de bedrijfsarts vraagt de huisarts vaker toestemming van de patiënt
- Het algemeen oordeel van huisartsen over het contact met bedrijfsartsen over patiënten is verbeterd
- Het oordeel van de huisarts over het informatiegehalte van het contact met bedrijfsartsen over patiënten is verbeterd
- Huisartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat bedrijfsartsen minder interesse hebben voor de patiënt en meer voor diens werkhervatting

Geen van de bij alle bedrijfsartsen overall gevonden effecten zijn gevonden in de ZON-regio's

#### OVERALL en LHV/NVAB

Een aantal bij alle huisartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden in de LHV/NVAB-regio's en niet in de ZON-regio's. Het betreft:

- Een werkstakingadvies wordt minder vaak gegeven door huisartsen
- Het aantal contacten van huisartsen met bedrijfsartsen de afgelopen maand is minder
- Het aantal schriftelijke contacten met bedrijfsartsen het afgelopen half jaar is minder
- De huisarts neemt vaker het initiatief voor contact met bedrijfsartsen
- De huisarts neemt vaker schriftelijk contact op met bedrijfsartsen
- Volgens de huisarts verstreken bedrijfsartsen vaker schriftelijke toestemming van de patiënt bij schriftelijk contact
- Het is vaker een knelpunt voor huisartsen dat bedrijfsartsen niet terugbellen
- Huisartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat er onduidelijkheid is over waarvoor de bedrijfsarts de informatie gebruikt
- Huisartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat ze niet open/vrijuit kunnen praten omdat de bedrijfsarts informatie doorgeeft

Minder huisartsen denken dat over twee jaar het aantal contacten zal zijn toegenomen

Een aantal bij alle bedrijfsartsen overall gevonden effecten zijn alleen gevonden in de LHV/NVAB-regio's. Het betreft:

- Bedrijfsartsen vinden het minder vaak de taak van huisartsen om een werkadvies te geven tijdens wachttijd
- Het gebeurt vaker dat bedrijfsartsen huisartsen informeren bij verwijzing naar een fysiotherapeut
- Het gebeurt vaker dat bedrijfsartsen huisartsen schriftelijk via de patiënt informeren bij verwijzing naar een psycholoog/maatschappelijk werk
- Het gebeurt vaker dat bedrijfsartsen verwijzen naar een tweedelijns arbodienstverlener zonder overleg met de huisarts
- Er vinden het afgelopen half jaar minder mondelinge/telefonische contacten plaats met huisartsen
- Bedrijfsartsen nemen vaker schriftelijk contact op met huisartsen

- Het oordeel van de bedrijfsarts over het contact met huisartsen over patiënten is verbeterd
- Bedrijfsartsen vinden vaker dat de samenwerking met huisartsen niet beter hoeft omdat die al goed is

#### ZON

Een aantal gevonden effecten zijn alleen bij huisartsen in de ZON-regio's gevonden. Het betreft:

- Huisartsen kennen minder vaak de belastende factoren in het werk van de patiënt
- Huisartsen nemen vaker contact op met de bedrijfsarts om de patiënt te verwijzen

Een aantal gevonden effecten zijn alleen bij bedrijfsartsen in de ZON-regio's gevonden. Het betreft:

- Bedrijfsartsen informeren huisartsen vaker mondeling via de patiënt bij verwijzing naar een medisch specialist
- Bedrijfsartsen informeren huisartsen minder vaak telefonisch bij verwijzing naar een fysiotherapeut
- Bedrijfsartsen informeren huisartsen minder vaak telefonisch bij verwijzing naar de psycholoog/maatschappelijk werk
- Bedrijfsartsen nemen minder vaak contact op met huisartsen om informatie te geven over de werksituatie van de patiënt
- Volgens bedrijfsartsen verstrekken huisartsen minder vaak schriftelijke toestemming van de patiënt bij schriftelijk contact

#### LHV/NVAB

Een aantal bij huisartsen gevonden effecten zijn alleen in LHV/NVAB-regio's gevonden. Het betreft:

- De huisarts neemt vaker contact op met bedrijfsartsen om te praten over beperkingen voor werkhervatting
- Huisartsen zien het als een minder belangrijk voordeel dat betere samenwerking de afstemming van de begeleiding verbetert
- Huisartsen vinden het knelpunt dat bedrijfsartsen zo vaak wisselen minder belangrijk

Een aantal bij bedrijfsartsen gevonden effecten zijn alleen in LHV/NVAB-regio's gevonden. Het betreft:

- Bedrijfsartsen verwijzen vaker naar een medisch specialist zonder overleg met de huisarts
- Bedrijfsartsen informeren huisartsen vaker bij verwijzing naar een medisch specialist
- Bedrijfsartsen verwijzen vaker naar een psycholoog/maatschappelijk werk zonder overleg met de huisarts



## 2.4 Uitvalanalyse

Tabel 1 Uitvalanalyse op kenmerken van de huisartsen (tijdens eerste meting)

	Alleen meting 1 N=318	Meting 1 en 2 N=573	Vershil
Gemiddelde leeftijd in jaren	46,9	45,7	1,2 *
Percentage man	77,3%	72,4%	4,9%
Gemiddeld jaartal van vestiging in huidige praktijk	1987	1988	1
Praktijkgrootte (aantal patiënten)	2303	2286	17

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 2 Uitvalanalyse op kenmerken van de bedrijfsartsen (tijdens eerste meting)

	Alleen meting 1 N=111	Meting 1 en 2 N=398	Vershil
Gemiddelde leeftijd in jaren	44,4	44,2	0,2 *
Percentage man	66,7%	69,1%	1,4%
Gemiddeld jaartal van in diensttreding bij huidige dienst	1994	1994	0
Gemiddeld aantal werknemers onder zorg	3374	2607	767
Gemiddeld aantal bedrijven onder zorg	54	41	13

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 3 Uitvalanalyse op effectmaten bij huisartsen

	Alleen meting 1 N=318	Meting 1 en 2 N=573	Vershil
Gemiddeld aantal contacten met bedrijfsarts in afgelopen maand	1,33	1,29	0,04
Waarvan schriftelijk	0,57	0,55	0,02
Waarvan mondeling/telefonisch	0,78	0,75	0,03
Initiatief voor contact vaak of altijd van de bedrijfsarts	75,8%	76,1%	0,3%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 4 Uitvalanalyse op effectmaten bij bedrijfsartsen

	Alleen meting 1 N=111	Meting 1 en 2 N=398	Vershil
Gemiddeld aantal contacten met huisarts in afgelopen maand	1,33	1,29	0,04
Waarvan schriftelijk	0,57	0,55	0,02
Waarvan mondeling/telefonisch	0,78	0,75	0,03
Waarvan via een briefje aan de patiënt	0,31	0,62	0,31 **
Initiatief voor contact vaak of altijd van de bedrijfsarts	93,6%	94,3%	0,7%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



## 2.5 Kenmerken van de huisartsen gebaseerd op de eerste meting

		Totaal (N=575)	LHV/ NVAB (N=378)	ZON (N=197)
Leeftijd	Jonger dan 40 jaar	21%	18%	28%
	40 jaar of ouder	79%	82%	72%
Geslacht	Man	72%	77%	64%
	Vrouw	28%	23%	36%
Huisartsregistra- tie	(Nog) niet geregistreerd/nog in opleiding	1%	0%	3%
	Sinds dit jaar (2001)	0%	0%	1%
	Sinds vorig jaar (2000)	4%	2%	8%
	Sinds 2 t/m 5 jaar	17%	17%	18%
	Sinds 6 t/m 10 jaar	15%	15%	15%
	Sinds meer dan 10 jaar	63%	66%	56%
Vestiging in deze praktijk	Sinds dit jaar (2001)	3%	2%	7%
	Sinds vorig jaar (2000)	8%	7%	11%
	Sinds 2 t/m 5 jaar	20%	19%	21%
	Sinds 6 t/m 10 jaar	17%	18%	15%
	Sinds meer dan 10 jaar	52%	54%	47%
Basis/juridische status	Zelfstandig gevestigd	45%	49%	37%
	Associa- tie/(kosten)maatschap/samenwerkings- verband	41%	39%	47%
	Dienstverband	8%	10%	3%
	HIDHA (huisarts in dienst van een huisarts)	4%	2%	8%
	HAIO	1%	0%	3%
	Waarnemer	1%	0%	2%
Percentage werkzaam	100% of meer	45%	50%	35%
	75% t/m 99%	28%	30%	25%
	50% t/m 74%	24%	18%	35%
	Minder dan 50%	3%	2%	5%
Uurbesteding (spreekuur, tel. consult en visi- tes)	40 uur of meer	44%	47%	38%
	30 t/m 39 uur	30%	31%	27%
	20 t/m 29 uur	19%	17%	24%
	10 t/m 19 uur	7%	5%	10%
	Minder dan 10 uur	0%	0%	1%
Omschrijving praktijk	Solopraktijk	39%	42%	34%
	Duopraktijk	30%	27%	35%
	Groepspraktijk	17%	15%	21%
	Gezondheidscentrum	14%	16%	10%



### Vervolg Kenmerken van de huisartsen gebaseerd op de eerste meting

		Totaal (N=575)	LHV/ NVAB (N=378)	ZON (N=197)
Situering praktijk	Platteland (dorpskern met minder dan 5.000 inw.)	23%	20%	31%
	Verstedelijkt platteland/forensengemeente (5.000-30.000 inw.)	38%	39%	36%
	Kleine of middelgrote stad (30.000-100.000 inw.)	17%	18%	16%
	Grote stad (meer dan 100.000 inw.)	21%	23%	17%
Praktijkgrootte	Minder dan 1000 patiënten	3%	1%	5%
	1000 t/m 1499 patiënten	11%	9%	16%
	1500 t/m 1999 patiënten	14%	13%	16%
	2000 t/m 2499 patiënten	26%	26%	26%
	2500 patiënten of meer	46%	51%	36%
Typering (eigen) praktijkpopulatie (meerdere antw. mogelijk)				
	Relatief veel 65-plussers	25%	25%	25%
	Relatief veel werkenden	17%	17%	17%
	Relatief veel jongeren (jonger dan 40 jaar)	21%	22%	19%
	Veel allochtonen	9%	11%	6%
	Veel kinderrijke gezinnen	18%	21%	13%
	Veel WAO-ers/werklozen	7%	6%	8%
	Gemiddelde afspiegeling van de Nederlandse bevolking	45%	43%	47%
	Anders samengesteld	4%	4%	6%

## 2.6 Kenmerken van de bedrijfsartsen gebaseerd op de eerste meting

		Totaal	LHV/ NVAB	ZON
		(N=398)	(N=302)	(N=96)
leeftijd	Jonger dan 40 jaar	28%	28%	28%
	40 jaar of ouder	72%	72%	72%
Geslacht	Man	69%	68%	75%
	Vrouw	31%	32%	25%
Type registratie	Bedrijfsarts	70%	71%	68%
	Verzekeringsarts	7%	6%	10%
	Arts voor arbeid en gezondheid	0%	0%	0%
	Bedrijfsarts en verzekeringsarts	3%	2%	6%
	Niet geregistreerd	20%	21%	16%
Registratie als geneeskundige	soc.-Niet geregistreerd	20%	21%	16%
Werkzaam als bedrijfsarts	Sinds dit jaar (2001)	2%	2%	2%
	Sinds vorig jaar (2000)	6%	6%	5%
	Sinds 2 t/m 5 jaar	29%	30%	26%
	Sinds 6 t/m 10 jaar	16%	14%	22%
	Sinds meer dan 10 jaar	27%	26%	29%
Type arbodienst	Sinds dit jaar (2001)	0%	0%	0%
	Sinds vorig jaar (2000)	2%	2%	2%
	Sinds 2 t/m 5 jaar	19%	19%	19%
	Sinds 6 t/m 10 jaar	34%	34%	33%
	Sinds meer dan 10 jaar	45%	44%	46%
Werkzaam als bedrijfsarts bij deze arbodienst	Externe landelijke arbodienst	74%	75%	69%
	Externe regionale arbodienst	8%	8%	10%
	Interne, concerngebonden arbodienst	11%	11%	11%
	Sectorale/specialistische arbodienst	1%	1%	1%
	Zelfstandig/freelance	5%	4%	7%
	Bij verschillende arbodiensten	1%	1%	0%
	Anders	1%	0%	1%
Percentage werkzaam	Minder dan 50%	2%	2%	1%
	50% t/m 74%	17%	18%	15%
	75% t/m 99%	26%	26%	27%
	100% of meer	55%	54%	57%

Vervolg Kenmerken van de bedrijfsartsen gebaseerd op de eerste meting

		Totaal (N=398)	LHV/ NVAB (N=302)	ZON (N=96)
Aantal locaties waar de bedrijfsarts werkzaam is	1	55%	55%	54%
	2	22%	21%	24%
	3	15%	15%	14%
	4	3%	3%	3%
	Meer dan 4	6%	5%	5%
Werknemers onder zorg	1 t/m 999 werknemers	6%	5%	10%
	1000 t/m 1999 werknemers	30%	30%	30%
	2000 t/m 2999 werknemers	34%	35%	31%
	3000 t/m 3999 werknemers	15%	15%	15%
	4000 werknemers of meer	14%	14%	14%
Bedrijven onder zorg	Eén bedrijf	17%	19%	9%
	2 t/m 5 bedrijven	25%	26%	22%
	6 t/m 10 bedrijven	18%	17%	20%
	11 t/m 20 bedrijven	13%	11%	18%
	21 t/m 100 bedrijven	18%	17%	18%
	Meer dan 100 bedrijven	10%	9%	13%

## 2.7 Analyse deelnemende versus niet deelnemende artsen

Hieronder worden de gevonden effecten overall afgezet tegen de effecten bij de beide typen artsen (zie paragraaf 4.4.9 van het rapport).

**N.B.: De effecten worden steeds benoemd in termen van de tweede meting ten opzichte van de eerste.**

### OVERALL, DEELNEMERS en NIET DEELNEMERS

Een aantal bij huisartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden bij deelnemende en niet deelnemende huisartsen. Het betreft:

- Het aantal contacten van huisartsen met bedrijfsartsen het afgelopen half jaar is minder geworden
- Het aantal mondelinge/telefonische contacten van huisartsen met bedrijfsartsen het afgelopen half jaar is minder geworden
- Huisartsen nemen vaker het initiatief voor contact
- Huisartsen vinden het vaker een knelpunt dat bedrijfsartsen niet terugbellen
- Huisartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat onduidelijk is waar de bedrijfsarts de informatie voor gebruikt
- Minder huisartsen denken dat over twee jaar het aantal contacten zal zijn toegenomen
- Minder huisartsen denken dat over twee jaar het informatiegehalte van de contacten zal zijn verbeterd

Een aantal bij bedrijfsartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden bij deelnemende en niet deelnemende bedrijfsartsen. Het betreft:

- Bedrijfsartsen nemen vaker schriftelijk contact op met huisartsen
- Bedrijfsartsen oordelen gunstiger over het contact met huisartsen over patiënten
- Bedrijfsartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat samenwerkingsrichtlijnen ontbreken

### OVERALL en DEELNEMERS

Een aantal bij huisartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden bij deelnemende huisartsen en niet bij niet deelnemende huisartsen. Het betreft:

- Huisartsen zien het als een belangrijker voordeel dat betere samenwerking de verzuimcontrole verbetert
- Huisartsen denken vaker dat de contacten zullen zijn afgenomen over twee jaar

Een aantal bij bedrijfsartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden bij deelnemende bedrijfsartsen en niet bij niet deelnemende bedrijfsartsen. Het betreft:

- Bedrijfsartsen informeren de huisarts vaker schriftelijk via de patiënt bij verwijzing naar de psycholoog/maatschappelijk werk
- Bedrijfsartsen hebben minder vaak mondelinge/telefonische contacten met huisartsen in het afgelopen half jaar
- Bedrijfsartsen oordelen gunstiger over het informatiegehalte van contacten met huisartsen
- Bedrijfsartsen oordelen gunstiger over de sfeer tijdens de contacten met huisartsen
- Bedrijfsartsen vinden vaker dat betere samenwerking met huisartsen niet nodig is, omdat die al goed is

### OVERALL en NIET DEELNEMERS

Een aantal bij huisartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden bij niet deelnemende huisartsen en niet bij deelnemende huisartsen. Het betreft:

- Werkstakingadvies wordt minder vaak als taak van de huisarts gezien
- Werkstakingadvies wordt minder vaak gegeven
- Het aantal contacten van huisartsen met bedrijfsartsen de afgelopen maand is minder geworden
- Het aantal mondelinge/telefonische contacten van huisartsen met bedrijfsartsen de afgelopen maand is minder geworden
- Het aantal schriftelijk contacten van huisartsen met bedrijfsartsen het afgelopen half jaar is minder geworden
- Volgens huisartsen nemen bedrijfsartsen vaker schriftelijk contact op
- Volgens huisartsen verstrekken bedrijfsartsen bij telefonisch contact vaker schriftelijke toestemming van de patiënt
- Volgens huisartsen verstrekt de bedrijfsarts bij schriftelijk contact vaker schriftelijke toestemming van de patiënt
- Huisartsen oordelen in het algemeen gunstiger over contacten met bedrijfsartsen over patiënten
- Huisartsen zien het minder vaak als knelpunt dat de bedrijfsarts terugbelt als de huisarts er niet is
- Huisartsen zien minder belang in het knelpunt dat huisartsen te weinig kennis hebben van BGZ en de betreffende wetgeving
- Huisartsen zien minder belang in het knelpunt dat bedrijfsartsen weinig interesse hebben voor de patiënt en meer voor werkhervatting
- Huisartsen zien minder belang in het knelpunt dat het onduidelijk is welke belangen de bedrijfsarts behartigt
- Huisartsen zien minder belang in het knelpunt dat samenwerkingsrichtlijnen ontbreken
- Huisartsen zien minder belang in het knelpunt dat ze niet open/vrijuit kunnen praten omdat de bedrijfsarts informatie doorgeeft

Een aantal bij bedrijfsartsen overall gevonden effecten zijn ook gevonden bij niet deelnemende bedrijfsartsen en niet bij deelnemende bedrijfsartsen. Het betreft:

- Bedrijfsartsen vinden het minder vaak de taak van de huisarts een werkadvies tijdens de wachttijd te geven
- Bedrijfsartsen informeren huisartsen minder vaak telefonisch bij verwijzing naar de medisch specialist
- Bedrijfsartsen informeren huisartsen vaker bij verwijzing naar de fysiotherapeut
- Bedrijfsartsen vinden het een minder belangrijk knelpunt dat bij huisartsen onduidelijk is wiens belangen de bedrijfsarts behartigt

#### DEELNEMERS

Een aantal effecten bij huisartsen zijn alleen gevonden bij deelnemende huisartsen. Het betreft:

- Huisartsen nemen minder vaak contact op met bedrijfsartsen om te overleggen over een gezamenlijk behandelings-/begeleidingsplan

Een aantal effecten bij bedrijfsartsen zijn alleen gevonden bij deelnemende bedrijfsartsen. Het betreft:

- Bedrijfsartsen informeren huisartsen vaker schriftelijk via de patiënt bij verwijzing naar de fysiotherapeut
- Bedrijfsartsen verwijzen vaker naar een psycholoog/maatschappelijk werker zonder overleg met de huisarts
- Het aantal contacten van bedrijfsartsen rapporteren met huisartsen het afgelopen half jaar is minder
- Bedrijfsartsen bevestigen de toestemming van de patiënt vaker schriftelijk als de bedrijfsarts schriftelijk contact opneemt met de huisarts

### NIET DEELNEMERS

Een aantal effecten bij huisartsen zijn alleen gevonden bij niet deelnemende huisartsen.

Het betreft:

- Huisartsen informeren minder vaak bij patiënten of zij zich hebben ziek gemeld vanwege de klachten
- Huisartsen zien het als een minder belangrijk voordeel dat betere samenwerking de afstemming van de begeleiding verbetert
- Huisartsen zien het als een belangrijker voordeel dat betere samenwerking tegenstrijdige adviezen voorkomt

Een aantal effecten bij bedrijfsartsen zijn alleen gevonden bij niet deelnemende bedrijfsartsen. Het betreft:

- Bedrijfsartsen informeren de huisarts vaker bij verwijzing naar de medisch specialist
- Bedrijfsartsen vragen minder vaak expliciete toestemming van de patiënt als ze schriftelijk contact opnemen met huisartsen
- Bedrijfsartsen zien er meer belang in dat betere samenwerking het uitspelen van artsen door de patiënt voorkomt



### 3 Bijlage bij hoofdstuk 6

In deze bijlage zijn de aanvullende tabellen opgenomen behorend bij hoofdstuk 6 in het rapport.

#### 3.1 Secundaire analyses

Voor de artsen die op T2 een hogere score op KBT of IBT hadden dan op T1, is nagegaan in hoeverre zij verschillen van de anderen (diegenen bij wie de KBT hetzelfde was gebleven of was gedaald) op persoonskenmerken, werkkenmerken, aantal contacten of projectkenmerken. Het resultaat was als volgt:

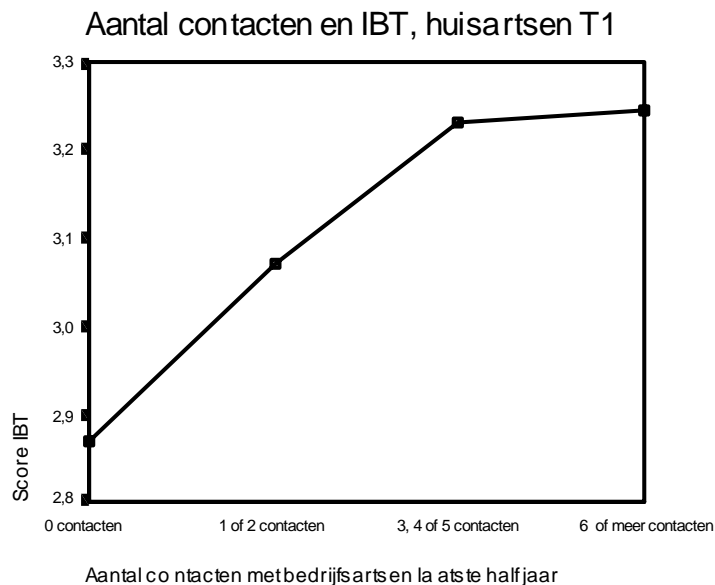
Huisartsen die op T2 een hogere score op KBT hadden dan op T1 bleken niet te verschillen van de andere huisartsen. Huisartsen die op T2 een hogere score op IBT hadden gekregen dan op T1, hadden significant meer contacten met bedrijfsartsen, werkten vaker in een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

De bedrijfsartsen die een hogere score op IBT hadden gekregen, verschilden niet van de andere bedrijfsartsen.

Voor de relatie tussen het aantal contacten en vertrouwen is een aparte analyse verricht (ANOVA), waarbij het aantal contacten is ingedeeld in vier categorieën.

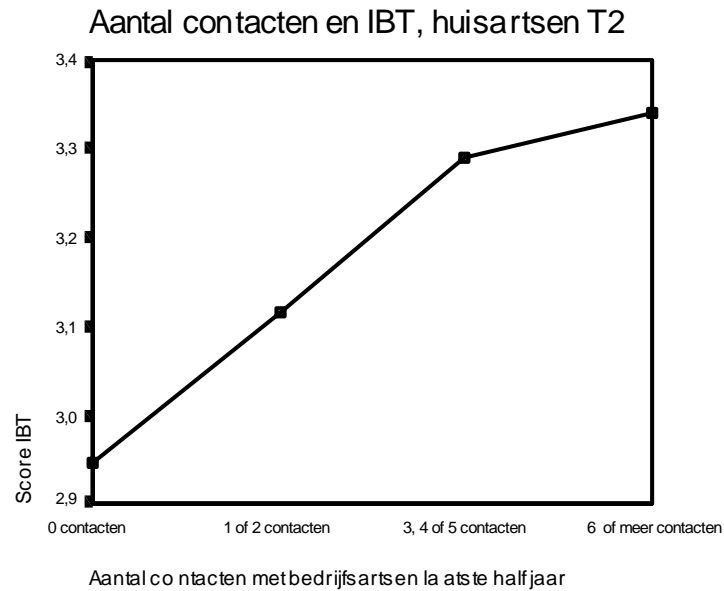
Voor huisartsen bleek er op beide tijdstippen een significant verband te zijn tussen het aantal contacten en IBT: bij meer contacten stijgt de IBT. Op T1:  $p = .003$ , op T2  $p = .000$ . De volgende grafieken geven dit verband weer:

Figuur 6.1 Aantal contacten en IBT, huisartsen voor de projecten





Figuur 6.2 Huisartsen na de projecten

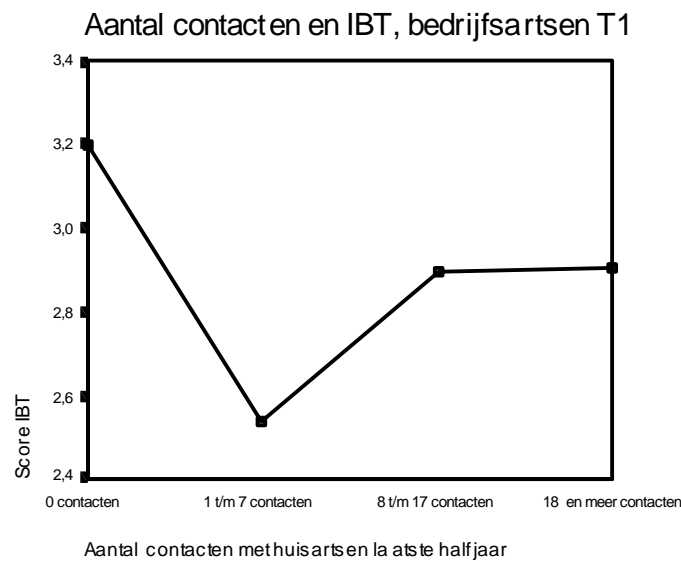


Voor bedrijfsartsen zijn dezelfde analyses verricht. Omdat zij (door het grotere aantal huisartsen) meer contacten hebben, is na de groep 0-contacten een andere indeling gemaakt dan bij de huisartsen.

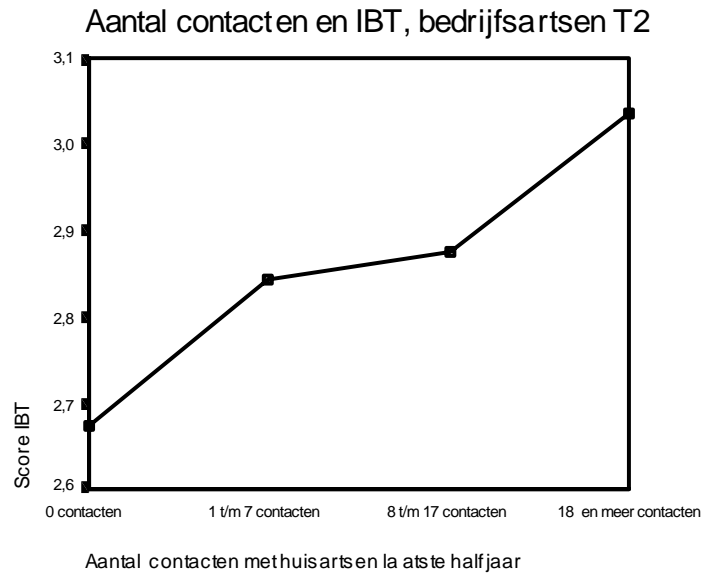
Voor bedrijfsartsen blijkt dat er op T1 en op T2 geen significant verband is tussen aantal contacten en IBT (T1:  $p = .328$ , T2:  $p = .132$ )

De grafieken staan hieronder.

Figuur 6.3. Bedrijfsartsen voor de projecten



Figuur 6.4. Bedrijfsartsen na de projecten



Tabel 6.1 Huisartsen: vergelijking regio's

Scores op T2

	Totale groep N = 575	LHV/NVAB regio's N = 376	ZONMW regio's N = 197	Verskil tussen regio's
Beroepsidentificatie (scores 1-5, hogere score is sterkere beroepsidentificatie)	4.30	4.27	4.25	P = 0,163
Relatieve positie (scores 1-5, score 3 voelt zich gelijk aan de ander, score boven de 3: voelt zich hoger in positie dan de ander)	4.30	4.27	4.25	P= 0.735
Verantwoordelijkheid (score 1-3, hogere score: meer eigen verantwoordelijkheid)	1.80	1.81	1.80	P= 0.881
Afhankelijkheid (score 1-4, hogere score meer afhankelijk)	2.53	2.50	2.59	P= 0.169
Knowledge-based trust (KBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.40	3.40	3.38	P= 0.789
Identification-based trust (IBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.20	3.20	3.19	P= 0.937

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 6.2 Bedrijfsartsen: vergelijking regio's

Scores op T2

	Totale groep N = 398	LHV/NVAB regio's N = 302	ZONMW regio's N = 96	Vershil tusen regio's
Beroepsidentificatie (scores 1-5, hogere score is sterkere beroeps-identificatie)	3.74	3.75	3.71	P = 0.760
Relatieve positie (scores 1-5, score 3 voelt zich gelijk aan de ander, score boven de 3: voelt zich hoger in positie dan de ander)	3.44	3.41	3.53	P = 0.362
Verantwoordelijkheid (score 1-3, hogere score: meer eigen verantwoordelijkheid)	2.46	2.46	2.49	P = 0.643
Afhankelijkheid (score 1-4, hogere score meer afhankelijk)	2.62	2.59	2.71	P = 0.246
Knowledge-based trust (KBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.97	3.94	4.06	P = 0.181
Identification-based trust (IBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	2.92	2.94	2.86	P = 0.378

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 6.3 Huisartsen: vergelijking deelnemende en niet deelnemende artsen

## Scores op T2

	Totale groep N = 575	Actieve artsen N = 150	Niet actieve artsen N = 425	Verskil actief/ niet actief
Beroepsidentificatie (scores 1-5, hogere score is sterkere beroepsidentificatie)	4.30	4.34	4.30	P= 0.518
Relatieve positie (scores 1-5, score 3 voelt zich gelijk aan de ander, score boven de 3: voelt zich hoger in positie dan de ander)	4.30	4.33	4.24	P= 0.197
Verantwoordelijkheid (score 1-3, hogere score: meer eigen verantwoordelijkheid)	1.80	1.76	1.82	P= 0.288
Afhankelijkheid (score 1-4, hogere score meer afhankelijk)	2.53	2.58	2.51	P= 0.334
Knowledge-based trust (KBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.40	3.38	3.39	P= 0.853
Identification-based trust (IBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.20	3.20	3.20	P= 0.998

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 6.4 Bedrijfsartsen: vergelijking deelnemende en niet deelnemende artsen

Scores op T2

	Totale groep N = 398	Actieve artsen N = 179	Niet actieve artsen N = 219	Verskil actief/ niet actief
Beroepsidentificatie (scores 1-5, hogere score is sterkere beroepsidentificatie)	3.74	3.75	3.73	P= 0.798
Relatieve positie (scores 1-5, score 3 voelt zich gelijk aan de ander, score boven de 3: voelt zich hoger in positie dan de ander)	3.44	3.43	3.45	P= 0.869
Verantwoordelijkheid (score 1-3, hogere score: meer eigen verantwoordelijkheid)	2.46	2.48	2.45	P= 0.520
Afhankelijkheid (score 1-4, hogere score meer afhankelijk)	2.62	2.60	2.63	P= 0.709
Knowledge-based trust (KBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	3.97	3.97	3.97	P= 0.970
Identification-based trust (IBT) (score 1-5, hogere score meer vertrouwen)	2.92	2.96	2.89	P= 0.375

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

## **4 Tabellenbijlage bij hoofdstuk 7**

In deze bijlage zijn de aanvullende tabellen opgenomen behorend bij hoofdstuk 7 in het rapport. In deze tabellen wordt naast het totaal nu ook steeds aangegeven in hoeverre zich binnen het type regio veranderingen hebben voorgedaan tussen de eerste en de tweede meting.

De nummering volgt de nummering van de tabellen in het hoofdstuk.

Dus tabel 7.B4 betreft de aanvullende tabel bij tabel 7.4 in paragraaf 7.4.2 van hoofdstuk 7, tabel 7.B5 betreft de aanvullende tabel bij tabel 7.5, etc.

#### 4.1 Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.2

##### Bij de huisartsen:

Tabel 7.B4

De probleemverheldering (PI-1):

Voert de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad uit?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

De probleemverheldering	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=379	M-2 N=340	Vershil	M-1 N=271	M-2 N=272	Vershil	M-1 N=108	M-2 N=68	Vershil
Bij de patiënt niet conform de leidraad uitgevoerd	47%	44%	-3%	42%	42%	0%	59%	51%	-8%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
• de huisarts weet niet wat de functie/ het beroep van de patiënt is	12%	11%	-1%	12%	10%	-2%	13%	12%	-1%
• weet niet of de klachten door het werk veroorzaakt/versterkt worden	3%	2%	-1%	2%	1%	-1%	4%	3%	-1%
• weet niet of de patiënt onder begeleiding is van een BA	21%	20%	-1%	20%	19%	-1%	23%	22%	-1%
• weet dat wel, maar de inhoud van de begeleiding en advies van de BA is niet met de patiënt besproken	15%	15%	0%	11%	14%	+3%	25%	19%	-6%
• weet niet of er belemmeringen zijn voor terugkeer naar het werk	5%	4%	-1%	4%	4%	0%	6%	4%	-2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Bij de bedrijfsartsen:

Tabel 7.B5

De probleemverheldering en -beoordeling (PI-1):

Voert de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad uit?

*(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)**De N geeft steeds het aantal patiënten weer.*

De probleemverheldering en-beoordeling	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=730	M-2 N=781	Vershil	M-1 N=492	M-2 N=531	Vershil	M-1 N=238	M-2 N=250	Vershil
Bij de patiënt niet conform de leidraad uitgevoerd	32%	22%	-10% ***	33%	21%	-12% ***	29%	24%	-5%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
• de BA weet niet wat de functie/ het beroep van de patiënt is	<½%	<½%	0%	1%	<½%	-½%	0%	1%	+1%
• weet dat wel, maar de taken/ omstandigheden in het werk van de patiënt zijn de BA niet bekend	2%	2%	0%	2%	2%	0%	1%	1%	0%
• de BA weet wel dat patiënt zich heeft ziek gemeld, maar niet voor welke taken en/of hoeveel uren	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	+1%
• het verzuimverleden van de patiënt is de BA niet bekend	9%	7%	-2%	10%	7%	-3%	6%	6%	0%
• de BA weet niet of de klachten door het werk worden veroorzaakt	1%	1%	0%	2%	1%	-1%	0%	0%	0%
• weet dat wel, maar heeft niet met de patiënt besproken hoe die door het werk veroorzaakt of versterkt worden	1%	1%	0%	2%	1%	-1%	1%	3%	+2%
• de BA weet niet of de klachten van patiënt ook gevolgen hebben voor het functioneren in het werk	<½%	1%	+1%	<½%	2%	+2% *	<½%	0%	<½%
• weet dat wel, maar heeft de beperkingen en mogelijkheden niet met de patiënt besproken	4%	1%	-3% ***	4%	1%	-3% ***	3%	2%	-1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



Tabel 7.B5  
(vervolg)

De probleemverheldering en -beoordeling (PI-1):  
Voert de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad uit?  
(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)  
De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

De probleemverheldering en- beoordeling	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=730	M-2 N=781	Verschil	M-1 N=492	M-2 N=531	Verschil	M-1 N=238	M-2 N=250	Verschil
Bij de patiënt niet conform de leidraad uitgevoerd	32%	22%	-10% ***	33%	21%	-12% ***	29%	24%	-5%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
• de BA weet niet of de patiënt onder begeleiding is van de HA	6%	5%	-1%	5%	6%	+1%	8%	2%	-6% ***
• weet dat wel, maar de inhoud van de begeleiding en advies van de HA is niet met de patiënt besproken	12%	11%	-1%	13%	10%	-3%	11%	13%	+2%
• de BA weet niet of er belemmeringen zijn voor terugkeer naar het werk	2%	1%	-1%	2%	1%	-1%	2%	<½%	-2%
• weet dat wel, maar heeft deze belemmeringen niet met de patiënt besproken	2%	1%	-1%	2%	1%	-1%	1%	<½%	½%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4.2 Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.3

##### Bij de huisartsen:

Tabel 7.B6

Uitwisselen van informatie of naar de bedrijfsarts verwijzen (PI-2):  
Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

Uitwisselen van informatie of verwijzen (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
	N=63	N=71		N=52	N=57		N=11	N=14	
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld	75%	56%	-19% *	75%	56%	-19% *	73%	57%	-16%
<i>Vanwege:</i>									
de HA heeft hij (nog) onvoldoende kennis van het gebied van arbeid en gezondheid van de patiënt adequaat te behandelen									
• maar de HA is niet van plan om met de BA contact op te nemen	67%	52%	-15%	71%	51%	-20%	46%	57%	+11%
• de HA heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet met als doel om de patiënt te verwijzen of om informatie uit te wisselen met de BA	8%	4%	-4%	4%	5%	+1%	27%	0%	-27%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Bij de bedrijfsartsen:

Tabel 7.B7

Uitwisselen van informatie of naar de huisarts verwijzen (PI-2):  
Doet de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Uitwisselen van informatie of verwijzen (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
	N=185	N=117		N=112	N=76		N=73	N=41	
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld	62%	55%	-7%	53%	47%	-6%	77%	68%	-9%
<i>Vanwege:</i>									
Volgens de BA heeft hij (nog) onvoldoende informatie op het gebied van diagnostiek en behandeling om de patiënt adequaat te begeleiden:									
• maar de BA is niet van plan om met de HA contact op te nemen	53%	51%	-2%	39%	43%	+4%	74%	63%	-11%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet met als doel om de patiënt te verwijzen of om informatie uit te wisselen met de HA	9%	4%	-5%	14%	4%	-10%	3%	5%	+2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### 4.3 Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.4

#### Bij de huisartsen:

Tabel 7.B8

Afstemmen met de bedrijfsarts van inzicht over de patiënt (PI-3):

Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Afstemmen van inzicht (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=266	M-2 N=226	Vershil	M-1 N=190	M-2 N=182	Vershil	M-1 N=76	M-2 N=44	Vershil
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld	76%	70%	-6%	76%	69%	-7%	76%	73%	-3%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
A. De huisarts vindt dat de gezondheidsproblemen van de patiënt de aandacht van de bedrijfsarts vereisen:									
• maar de HA is niet van plan om met de BA contact op te nemen	62%	54%	-8%	62%	53%	-9%	64%	59%	-5%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	2%	3%	+1%	2%	3%	+1%	3%	2%	-1%
B. Volgens de huisarts zijn er belemmeringen voor een spoedige terugkeer naar het werk:									
• maar de HA is niet van plan om met de BA contact op te nemen	48%	41%	-7%	47%	42%	-5%	49%	36%	-13%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	2%	3%	+1%	2%	3%	+1%	3%	2%	-1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.B8  
(vervolg)

Afstemmen met de bedrijfsarts van inzicht over de patiënt (PI-3):

Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

*(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)**De N geeft steeds het aantal patiënten weer.*

Afstemmen van inzicht (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=266	M-2 N=226	Vershil	M-1 N=190	M-2 N=182	Vershil	M-1 N=76	M-2 N=44	Vershil
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld	76%	70%	-6%	76%	69%	-7%	76%	73%	-3%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
C. Volgens de huisarts is er een interventie in het werk van patiënt nodig:									
• maar de HA is niet van plan om met de BA contact op te nemen	38%	34%	-4%	39%	36%	-3%	36%	23%	-13%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	1%	2%	+1%	1%	2%	+1%	1%	2%	+1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Bij de bedrijfsartsen:

Tabel 7.B9

Afstemmen met de huisarts van inzicht over de patiënt (PI-3):

Doet de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

*(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)**De N geeft steeds het aantal patiënten weer.*

Afstemmen van inzicht (voorzover geïndiceerd)t	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=552	M-2 N=559	Verschil	M-1 N=377	M-2 N=387	Verschil	M-1 N=175	M-2 N=172	Verschil
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld	73%	77%	+4%	71%	74%	+3%	77%	83%	+6%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
A. De BA vindt dat de gezondheidsproblemen van de patiënt de aandacht van de HA vereisen:			**			**			
• maar de BA is niet van plan om met de HA contact op te nemen	53%	60%	+7% ←	49%	56%	+7% ←	63%	70%	+7%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	6%	2%	-4% ←	8%	2%	-6% ←	3%	2%	-1%
B. Volgens de BA is er een andere of aanvullende behandeling en/of verwijzing nodig in de curatieve dan wel arbozorg:			*			*			
• maar de BA is niet van plan om met de HA contact op te nemen	37%	38%	+1%	36%	39%	+3%	39%	34%	-5%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemmen van inzicht (of om de patiënt te verwijzen)	4%	1%	-3% ←	5%	1%	-4% ←	1%	1%	0%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ 

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

#### 4.4 Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.5

##### Bij de huisartsen:

Tabel 7.B10

Afstemmen met de bedrijfsarts van het advies aan de patiënt (PI-4):

Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Afstemmen van het advies (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=156	M-2 N=124	Vershil	M-1 N=111	M-2 N=104	Vershil	M-1 N=45	M-2 N=20	Vershil
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld.	70%	62%	-8%	70%	63%	-7%	69%	60%	-9%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
A. De HA wil een advies aan de patiënt geven dat tegenstrijdig is aan dat van de BA:									*
• maar de HA is niet van plan om met de BA contact op te nemen	6%	2%	-4%	6%	2%	-4%	4%	5%	+1%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	0%	2%	+2%	0%	3%	+3%	0%	15%	+15% ←
B. De HA wil een advies aan de patiënt geven bij een werkgerelateerd probleem:									*
• maar de HA is niet van plan om met de BA contact op te nemen	47%	44%	-3%	43%	44%	+1%	56%	40%	-16%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	½%	4%	+4½% ←	1%	4%	+3% ←	0%	5%	+5%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

Tabel 7.B10  
(vervolg)

Afstemmen met de bedrijfsarts van het advies aan de patiënt (PI-4):  
Doet de huisarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Afstemmen van het advies (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=156	M-2 N=124	Vershil	M-1 N=111	M-2 N=104	Vershil	M-1 N=45	M-2 N=20	Vershil
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld.	70%	62%	-8%	70%	63%	-7%	69%	60%	-9%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
C. De HA wil een advies aan de patiënt geven dat een spoedige terugkeer naar het werk kan belemmeren:									
• maar de HA is niet van plan om met de BA contact op te nemen	28%	27%	-1%	30%	29%	-1%	22%	15%	-7%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	1%	2%	+1%	1%	3%	+2%	2%	0%	-2%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.



Bij de bedrijfsartsen:

Tabel 7.B11

Afstemmen met de huisarts van het advies aan de patiënt (PI-4):  
Doet de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Afstemmen van het advies (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=269	M-2 N=258	Verschil	M-1 N=175	M-2 N=177	Verschil	M-1 N=94	M-2 N=81	Verschil
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld.	71%	73%	+2%	68%	71%	+3%	76%	79%	+3%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
A. De BA wil een advies aan de patiënt geven dat tegenstrijdig is aan dat van de HA:									
• maar de BA is niet van plan om met de HA contact op te nemen	3%	3%	0%	3%	3%	0%	3%	3%	0%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	2%	0%	-2%	2%	0%	-2%	3%	1%	-2%
B. De BA wil zelf aan de patiënt een behandelingsadvies geven:									
• maar de BA is niet van plan om met de HA contact op te nemen	63%	70%	+7%	59%	68%	+9%	71%	77%	+6%
• heeft dat wel gedaan/is dat van plan, maar niet voor afstemming van inzicht of advies	6%	2%	-4% ←	8%	2%	-6% ←	3%	2%	-1%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

Tabel 7.B11  
(vervolg)

Afstemmen met de huisarts van het advies aan de patiënt (PI-4):  
Doet de bedrijfsarts dit bij zijn patiënten conform de leidraad?

(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Afstemmen van het advies (voorzover geïnciceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=269	M-2 N=258	Verschil	M-1 N=175	M-2 N=177	Verschil	M-1 N=94	M-2 N=81	Verschil
Bij de patiënt niet conform de leidraad gehandeld.	71%	73%	+2%	68%	71%	+3%	76%	79%	+3%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
C. De BA wil een advies aan de patiënt geven dat de behandeling van de HA kan belemmeren:									
• maar de BA is niet van plan om met de HA contact op te ne- men	3%	1%	-2%	3%	1%	-2%	1%	0%	-1%
• heeft dat wel ge- daan/is dat van plan, maar niet voor af- stemming van inzicht of advies	<1/2%	0%	-<1/2%	1%	0%	-1%	0%	0%	0%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

#### 4.5 Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.6

##### Bij de huisartsen:

Tabel 7.B12

Informed consent voor contact met de bedrijfsarts (PI-5):

Volgt de huisarts bij zijn patiënten hierbij de KNMG-gedragscode?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Informed consent (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=70	M-2 N=76	Vershil	M-1 N=49	M-2 N=63	Vershil	M-1 N=21	M-2 N=13	Vershil
Bij de patiënt is niet conform de KNMG-code gehandeld.	64%	63%	-1%	61%	60%	-1%	71%	77%	+6%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
De HA heeft of zal met de BA contact opnemen:									
A. maar de HA heeft niet het doel van het contact met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	3%	5%	+2%	0%	5%	+5%	9%	8%	-1%
B. het doel was/zal onder meer zijn informatie uitwisselen:									
• maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	4%	7%	+3%	0%	6%	+6%	14%	8%	-6%
C. het doel was/zal onder meer zijn afstemmen van inzicht/advies:									
• maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	57%	50%	-7%	53%	51%	-2%	67%	46%	-21%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.B12  
(vervolg)Informed consent voor contact met de bedrijfsarts (PI-5):  
Volgt de huisarts bij zijn patiënten hierbij de KNMG-gedragscode?*(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)**De N geeft steeds het aantal patiënten weer.*

Informed consent (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=70	M-2 N=76	Vershil	M-1 N=49	M-2 N=63	Vershil	M-1 N=21	M-2 N=13	Vershil
Bij de patiënt is niet conform de KNMG-code gehandeld.	64%	63%	-1%	61%	60%	-1%	71%	77%	+6%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
De HA heeft of zal met de BA contact opnemen:									
D. de HA had/heeft nog eigen bevindingen voor de BA:									
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	4%	4%	0%	2%	5%	+3%	9%	0%	-9%
E. de HA had/heeft nog eigen vragen voor de BA:									
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	11%	9%	-2%	12%	5%	-7%	9%	31%	+22%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Bij de bedrijfsartsen:

Tabel 7.B13

Informed consent voor contact met de huisarts (PI-5):

Volgt de bedrijfsarts bij zijn patiënten hierbij de KNMG-gedragcode?

*(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)**De N geeft steeds het aantal patiënten weer.*

Informed consent (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=200	M-2 N=150	Verschil	M-1 N=153	M-2 N=113	Verschil	M-1 N=47	M-2 N=37	Verschil
Bij de patiënt is niet conform de KNMG-code gehandeld.	49%	37%	-12% *	47%	37%	-10%	57%	35%	-22% *
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
De bedrijfsarts heeft of zal met de huisarts contact opnemen:									
A. maar de bedrijfsarts heeft niet het doel van het contact met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	13%	0%	-13% ***	14%	0%	-14% ***	6%	0%	-6%
B. het doel was/zal onder meer zijn informatie uitwisselen, • maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	2%	0%	-2%	3%	0%	-3%	2%	0%	-2%
C. het doel was/zal onder meer zijn afstemmen van inzicht/advies, • maar de patiënt heeft daar geen toestemming voor gegeven	31%	31%	0%	25%	31%	+6%	51%	30%	-21% *

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.B13  
(vervolg)Informed consent voor contact met de huisarts (PI-5):  
Volgt de bedrijfsarts bij zijn patiënten hierbij de KNMG-gedragscode?*(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)**De N geeft steeds het aantal patiënten weer.*

Informed consent (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=200	M-2 N=150	Vershil	M-1 N=153	M-2 N=113	Vershil	M-1 N=47	M-2 N=37	Vershil
Bij de patiënt is niet conform de KNMG-code gehandeld.	49%	37%	-12% *	47%	37%	-10%	57%	35%	-22% *
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
De bedrijfsarts heeft of zal met de huisarts contact opnemen:									
D. de bedrijfsarts had/heeft nog eigen bevindingen voor de HA,									
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	14%	3%	-11% ***	17%	3%	-14% ***	6%	5%	-1%
E. de bedrijfsarts had/heeft nog eigen vragen voor de HA,									
• maar heeft die niet met de patiënt besproken (en is ook niet van plan dit nog te doen)	16%	5%	-11% **	20%	6%	-14% **	6%	3%	-3%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4.6 Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.7

##### Bij de huisartsen:

Tabel 7.B14

Het resultaat van het contact met de bedrijfsarts (PI-6):  
Komt dit overeen met leidraad?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Resultaat van het contact (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=19	M-2 N=28	Vershil	M-1 N=13	M-2 N=23	Vershil	M-1 N=6	M-1 N=5	Vershil
Bij de patiënt is niet het resultaat bereikt conform de leidraad	47%	43%	-4%	46%	39%	-7%	50%	60%	+10%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
Er is over de patiënt contact geweest tussen de HA en BA:									
A. het doel was onder meer info uitwisselen:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• maar na het contact heeft de HA nog steeds onvoldoende info voor een adequate behandeling</li> </ul>	16%	18%	+2%	0%	13%	+13%	50%	40%	-10%
B. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• maar over hun advies over de behandeling zijn de HA en BA het niet eens geworden</li> </ul>	32%	21%	-11%	38%	22%	-16%	17%	20%	+3%
C. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• maar over hun advies over de reïntegratie zijn de HA en BA het niet eens geworden</li> </ul>	26%	36%	+10%	31%	35%	+4%	17%	40%	+23%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.B14  
(vervolg)

Het resultaat van het contact met de bedrijfsarts (PI-6):  
Komt dit overeen met leidraad?

(De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Resultaat van het contact (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=19	M-2 N=28	Verschil	M-1 N=13	M-2 N=23	Verschil	M-1 N=6	M-1 N=5	Verschil
Bij de patiënt is niet het resultaat bereikt conform de leidraad	47%	43%	-4%	46%	39%	-7%	50%	60%	+10%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i> Er is over de patiënt contact geweest tussen de HA en BA: D. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies: <ul style="list-style-type: none"> <li>• maar over elkaars taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling en reïntegratie zijn de HA en de BA het niet eens geworden</li> </ul>	16%	18%	+2%	23%	13%	-10%	0%	40%	+40%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



Tabel 7.B15 Voorzover er over een patiënt contact is geweest met de bedrijfsarts:  
 Hoe beoordeelt de huisarts dit contact zelf?  
 (De gegevens van 58 huisartsen: 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's)  
 De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil	M-1	M-2	Vershil
Over deze patiënt is reeds contact geweest met de BA	N=19	N=28		N=13	N=23		N=6	N=5	
<b>Was het contact volgens de HA in het belang van deze patiënt?</b>									
. ja	95%	82%	-13%	92%	83%	-9%	100%	80%	-20%
. nee	5%	18%	+13%	8%	17%	+9%	0%	20%	+20%
. HA geeft aan: weet niet	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Is de HA zelf tevreden over het contact?</b>									
. ja	79%	68%	-11%	77%	61%	-16%	83%	100%	+17%
. nee	21%	29%	+8%	23%	35%	+12%	17%	0%	-17%
. HA geeft aan: weet niet	0%	3%	+3%	0%	4%	+4%	0%	0%	0%
<b>Heeft het contact het beleid van de HA voor deze patiënt veranderd?</b>									
. ja	21%	29%	+8%	23%	26%	+3%	17%	40%	+23%
. nee	68%	68%	0%	62%	74%	+12%	83%	40%	-43%
. HA geeft aan: weet niet	11%	3%	-8%	15%	0%	-15%	0%	20%	+20%
<b>Heeft het contact de HA zelf wat opgeleverd in de vorm van tijdsbesparing?</b>									
. ja	22%	36%	+14%	25%	39%	+14%	17%	20%	+3%
. nee	61%	50%	-11%	50%	48%	-2%	83%	60%	-23%
. HA geeft aan: weet niet	17%	14%	-3%	25%	13%	-12%	0%	20%	+20%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Bij de bedrijfsartsen:

Tabel 7.B16

Het resultaat van het contact met de huisarts (PI-6):  
Komt dit overeen met leidraad?

(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Resultaat van het contact (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=94	M-2 N=69	Verschil	M-1 N=78	M-2 N=57	Verschil	M-1 N=16	M-2 N=12	Verschil
Bij de patiënt is niet het resultaat bereikt conform de leidraad.	36%	25%	-11%	36%	25%	-11%	37%	25%	-12%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i>									
Er is over de patiënt contact geweest tussen de BA en de HA:									
A. het doel was onder meer info uitwisselen:									
• maar na het contact heeft de BA nog steeds onvoldoende info voor een adequate begeleiding	21%	16%	-5%	22%	16%	-6%	19%	17%	-2%
B. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:									
• maar over hun advies over de behandeling zijn de BA en HA het niet eens geworden	13%	4%	-9%	10%	3%	-7%	25%	8%	-17%
C. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies:									
• maar over hun advies over de reïntegratie zijn de BA en de HA het niet eens geworden	14%	9%	-5%	13%	9%	-4%	19%	8%	-11%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.B16 Het resultaat van het contact met de huisarts (PI-6):  
(vervolg) Komt dit overeen met leidraad?

(De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)  
De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

Resultaat van het contact (voorzover geïndiceerd)	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=94	M-2 N=69	Verschil	M-1 N=78	M-2 N=57	Verschil	M-1 N=16	M-2 N=12	Verschil
Bij de patiënt is niet het resultaat bereikt conform de leidraad.	36%	25%	-11%	36%	25%	-11%	37%	25%	-12%
<i>Vanwege één of meer van de volgende onderdelen:</i> Er is over de patiënt contact geweest tussen de BA en de HA: D. het doel was onder meer afstemmen van inzicht/advies: <ul style="list-style-type: none"> <li>• maar over elkaars taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling en reïntegratie zijn de BA en de HA het niet eens geworden</li> </ul>	6%	4%	-2%	4%	3%	-1%	19%	8%	-11%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.B17 Voorzover er over een patiënt contact is geweest met de huisarts:  
 Hoe beoordeelt de bedrijfsarts dit contact zelf?  
 (De gegevens van 83 bedrijfsartsen: 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's)  
 De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil	M-1	M-2	Verschil
Over deze patiënt is reeds contact geweest met de HA	N=94	N=69		N=78	N=57		N=16	N=12	
<b>Was het contact volgens de BA in het belang van deze patiënt?</b>									
. ja	99%	96%	-3%	98%	96%	-2%	100%	92%	-8%
. nee	1%	4%	+3%	2%	4%	+2%	0%	8%	+8%
. BA geeft aan: weet niet	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Is de BA zelf tevreden over het contact?</b>									
. ja	91%	93%	+2%	93%	91%	-2%	80%	100%	+20%
. nee	8%	6%	-2%	5%	7%	+2%	20%	0%	-20%
. BA geeft aan: weet niet	1%	1%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	0%
<b>Heeft het contact het beleid van de BA voor deze patiënt veranderd?</b>									
. ja	19%	13%	-6%	20%	14%	-6%	13%	8%	-5%
. nee	79%	83%	+4%	80%	82%	+2%	73%	83%	+10%
. BA geeft aan: weet niet	2%	4%	+2%	0%	4%	+4%	13%	8%	-5%
<b>Heeft het contact de BA zelf wat opgeleverd in de vorm van tijdsbesparing?</b>									
. ja	30%	30%	0%	30%	32%	+2%	33%	25%	-8%
. nee	61%	70%	-9%	62%	68%	+6%	53%	75%	+23%
. BA geeft aan: weet niet	9%	0%	+9%	8%	0%	-8%	13%	0%	-13%

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorie het verschil significant is.

#### 4.7 Aanvullende tabellen bij paragraaf 7.4.8

##### Bij de huisartsen:

Tabel 7.B18

Overzicht van de eindscores op de 6 Performance Indicatoren (PI's)

(Aan de hand van de gegevens van 58 huisartsen - 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

Performance Indicator (PI)	Bij hoeveel % van de patiënten is bij meting 2 op dit punt méér (+) of minder (-) conform de richtlijnen gehandeld?								
	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
PI-1 (probleemverheldering)	+	3%	n.s.	0%	n.s.	+	8%	n.s.	
PI-2 (informatie uitwisselen)	+	19%	s.*	+	19%	s.*	+	16%	n.s.
PI-3 (afstemmen van inzicht)	+	6%	n.s.	+	7%	n.s.	+	3%	n.s.
PI-4 (afstemmen van advies)	+	8%	n.s.	+	7%	n.s.	+	9%	n.s.
PI-5 (informed consent)	+	1%	n.s.	+	1%	n.s.	-	6%	n.s.
PI-6 (resultaat van het contact)	+	4%	n.s.	+	7%	n.s.	-	10%	n.s.

'n.s.' wil zeggen dat het verschil niet significant is ( $p > .05$ )

's' wil zeggen dat het verschil significant is (\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ )

Tabel 7.B19

Totaalscore van de huisartsen op de 6 Performance Indicatoren (PI's) per patiënt

(Aan de hand van de gegevens van 58 huisartsen - 44 in de LHV/NVAB-regio's, 14 in de ZON-regio's over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

De N geeft steeds het aantal patiënten weer.

	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=379	M-2 N=340	Vershil	M-1 N=271	M-2 N=272	Vershil	M-1 N=108	M-2 N=68	Vershil
Aantal keren dat door de HA bij een patiënt is afge- weken van de richtlijnen:									
. 0 keer	18%	23%	+5%	18%	22%	+4%	17%	27%	+10%
. 1 keer	30%	31%	+1%	32%	34%	+2%	24%	16%	-8%
. 2 keer	34%	30%	-4%	33%	27%	-6%	38%	41%	+3%
. 3 keer	15%	15%	0%	14%	15%	+1%	19%	16%	-3%
. 4 keer	3%	1%	-2%	3%	2%	-1%	2%	0%	-2%
. 5 keer	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
. bij alle 6 PI's	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
. gem. score per patiënt	1.6	1.4	-0.2	1.5	1.4	-0.1	1.7	1.5	-0.2
. standaarddeviatie (SD)	1.04	1.05		1.04	1.05		1.03	1.06	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel 7.B20 Gemiddelde score van de arts bij zijn patiënten: bij hoeveel huisartsen is die bij de tweede meting verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven?

	Totaal aantal HA-en N=56 *	LHV/NVAB-regio's aantal HA-en N=43	ZON-regio's aantal HA-en N=13
De gemiddelde score van de arts (wat betreft 'afgeweken van de richtlijnen) is bij de 2e meting t.o.v. de 1e meting:			
. verbeterd (minstens 1 keer minder vaak afgeweken)	9%	7%	15%
. verslechterd (minstens 1 keer vaker afgeweken)	7%	7%	8%
. gelijk gebleven (het verschil is minder dan 1 keer)	84%	86%	77%

\* 2 huisartsen zijn hierbij niet in beschouwing genomen omdat hun interview bij de eerste of bij de tweede meting uiteindelijk geen geïncludeerde patiënt opleverde (en dus ook geen score die als referentiepunt kon dienen).

#### Bij de bedrijfsartsen:

Tabel 7.B21 Overzicht van de eindscores op de 6 Performance Indicatoren (PI's)  
(Aan de hand van de gegevens van 83 bedrijfsartsen - 57 in de LHV/NVAB-regio's,  
26 in de ZON-regio's - over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

Performance Indicator (PI)	Bij hoeveel % van de patiënten is bij meting 2 op dit punt méér (+) of minder (-) conform de richtlijnen gehandeld?		
	Totaal	LHV/NVAB-regio's	ZON-regio's
PI-1 (probleemverheldering)	+ 10% s ***	+ 12% s ***	+ 5% n.s.
PI-2 (informatie uitwisselen)	+ 7% n.s.	+ 6% n.s.	+ 9% n.s.
PI-3 (afstemmen van inzicht)	- 4% n.s.	- 3% n.s.	- 6% n.s.
PI-4 (afstemmen van advies)	- 2% n.s.	- 3% n.s.	- 3% n.s.
PI-5 (informed consent)	+ 12% s *	+ 10% n.s.	+ 22% s *
PI-6 (resultaat van het contact)	+ 11% n.s.	+ 11% n.s.	+ 12% n.s.

'n.s.' wil zeggen dat het verschil niet significant is ( $p > .05$ )

's' wil zeggen dat het verschil significant is (\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ )

Tabel 7.B22 Totaalscore van de bedrijfsartsen op de 6 Performance Indicatoren (PI's) per patiënt  
(Aan de hand van de gegevens van 83 bedrijfsartsen - 57 in de LHV/NVAB-regio's, 26 in de ZON-regio's - over hun begeleiding van hun patiënten bij meting 1 en bij meting 2)

	Totaal			LHV/NVAB-regio's			ZON-regio's		
	M-1 N=730	M-2 N=781	Vershil	M-1 N=492	M-2 N=531	Vershil	M-1 N=238	M-2 N=250	Vershil
Aantal keren dat door de BA bij een patiënt is afgeweken van de richtlijnen:			***			***			**
. 0 keer	16%	24%	+8% ←	16%	25%	+9% ←	15%	22%	+7% ←
. 1 keer	40%	41%	+1%	40%	41%	+1%	39%	40%	+1%
. 2 keer	28%	27%	-1%	29%	26%	-3%	28%	29%	+1%
. 3 keer	14%	8%	-6% ←	13%	7%	-6% ←	15%	8%	-7% ←
. 4 keer	2%	<½%	-2% ←	2%	<½%	-2% ←	3%	<½%	-2% ←
. 5 keer	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
. bij alle 6 PI's	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
. gem. score per patiënt	1.5	1.2	-0.3 ***	1.4	1.2	-0.2 ***	1.5	1.2	-0.3 **
. standaarddeviatie (SD)	.98	.90		.96	.90		1.02	.90	

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

het pijltje (←) geeft aan waar de 'adjusted standardized residuals' aangeeft in welke categorieën het verschil significant is.

Tabel 7.B23 Gemiddelde score van de arts bij zijn patiënten: bij hoeveel bedrijfsartsen is die bij de tweede meting verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven?

	Totaal aantal BA-en N=83	LHV/NVAB-regio's aantal BA-en N=57	ZON-regio's aantal BA-en N=26
De gemiddelde score van de arts (wat betreft 'afgeweken van de richtlijnen') is bij de 2e meting t.o.v. de 1e meting:			
. verbeterd (minstens 1 keer minder vaak afgeweken)	10%	9%	12%
. verslechterd (minstens 1 keer vaker afgeweken)	1%	2%	0%
. gelijk gebleven (het verschil is minder dan 1 keer)	89%	89%	88%

## 5 Tabellenbijlage bij hoofdstuk 8

In deze bijlage zijn de aanvullende tabellen opgenomen behorend bij hoofdstuk 8 in het rapport.

Tabel bijlage 8.1: Tevredenheidscijfer ( gemiddelde  $\pm$  standaarddeviatie) naar andere kenmerken dan voor- of na-meting.

Afkomst	Afkomstig Huisarts N =395	Afkomstig Be- drijfsarts N= 809	
Tevredenheidscijfer (M $\pm$ SD)	8,3 $\pm$ 1,4	7,4 $\pm$ 1,8	0,9 ***
Leeftijd	Leeftijd <40 jr N=440	Leeftijd > 40 jr N=722	
Tevredenheidscijfer (M $\pm$ SD)	7,6 $\pm$ 1,8	7,9 $\pm$ 1,7	-0,3 ***
Geslacht	Man N=578	Vrouw N=616	
Tevredenheidscijfer (M $\pm$ SD)	7,6 $\pm$ 1,7	7,8 $\pm$ 1,8	-0,2 n.s
Regio categorie	NVAB-LHV N=816	ZON N=301	
Tevredenheidscijfer (M $\pm$ SD)	7,8 $\pm$ 1,8	7,7 $\pm$ 1,7	0,1 n.s

Tabel bijlage 8.2: Verdeling van tevredenheidsvariabelen naar regio

Schalen	NVAB-LHV N=643	ZON N=561	Verschil
Serieus genomen voelen	4,18 $\pm$ 0,8	4,14 $\pm$ 0,8	n.s.
Vertrouwen	3,94 $\pm$ 0,8	3,93 $\pm$ 0,8	n.s.
Toegang en comfort	4,11 $\pm$ 0,6	4,13 $\pm$ 0,6	n.s.
<i>Alleen voor bedrijfsarts patiënten (n=809)</i>			
Positieve attitude Arbo	3,66 $\pm$ 0,8	3,62 $\pm$ 0,8	n.s.
Verwachtingen	3,79 $\pm$ 0,7	3,80 $\pm$ 0,7	n.s.
<i>Alleen voor samenwerkingspatiënten (n=122)</i>			
Samenwerking	2,96 $\pm$ 0,7	2,62 $\pm$ 0,9	n.s.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



Tabel bijlage 8.3: Verdeling van tevredenheidsvariabelen naar leeftijd

Schalen	<40 jr N=441	>40 jr N=720	Vershil
Serius genomen voelen	4,07±0,9	4,23±0,8	***
Vertrouwen	3,90±0,8	3,97±0,8	n.s.
Toegang en comfort	4,06±0,6	4,15±0,6	*
<i>Alleen voor bedrijfsarts patiënten (n=809)</i>			
Positieve attitude Arbo	3,50±0,8	3,73±0,8	***
Verwachtingen	3,65±0,7	3,88±0,7	***
<i>Alleen voor samenwerkingspatiënten (n=122)</i>			
Samenwerking	2,75±0,8	2,95±0,8	n.s.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ 

Tabel bijlage 8.4: Verdeling van tevredenheidsvariabelen naar geslacht

Schalen	Man N=578	Vrouw N=616	Vershil
Serius genomen voelen	4,13±0,8	4,18±0,8	n.s.
Vertrouwen	3,88±0,8	3,98±0,8	*
Toegang en comfort	4,08±0,6	4,16±0,6	n.s.
<i>Alleen voor bedrijfsarts patiënten (n=809)</i>			
Positieve attitude Arbo	3,65±0,8	3,62±0,8	n.s.
Verwachtingen	3,80±0,7	3,77±0,7	n.s.
<i>Alleen voor samenwerkingspatiënten (n=122)</i>			
Samenwerking	2,90±0,8	2,87±0,8	n.s.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ 

Tabel bijlage 8.5: Verdeling van tevredenheidsvariabelen naar type arts

Schalen	Huisarts N=395	Bedrijfsarts N=809	Vershil
Serius genomen voelen	4,45±0,6	4,01±0,9	***
Vertrouwen	4,20±0,7	3,80±0,8	***
Toegang en comfort	4,30±0,5	4,02±0,6	***
<i>Alleen voor bedrijfsarts patiënten (n=809)</i>			
Positieve attitude Arbo			
Verwachtingen			
<i>Alleen voor samenwerkingspatiënten (n=122)</i>			
Samenwerking	2,85±0,9	2,90±0,8	n.s.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Tabel bijlage 8.6 Tevredenheidscijfer en aantallen patiënten per regio

	Tevredenheids- cijfer (M±SD) ***	Voormeting aan- tal patiënten (n)	Nameting aantal patiën- ten (n)	p
Zeeland	7,5±2,0	33	38	
Haarlem	8,0±1,4	89	110	
Twente	7,9±1,7	22	28	
Zwolle	8,0±1,5	70	72	
Rijnland	7,4±1,9	41	41	
ZO Brabant	7,7±2,0	144	134	
Nijmegen	7,7±1,8	48	46	
Groningen	7,2±1,9	50	45	
Groningen Beatrixoord	8,2±0,8	8	3	
Drenthe	8,0±1,5	56	47	
Onbekend	7,4±1,8	88	0	***

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$