

## De verzuimbegeleiding bij rugklachten of psychische klachten en het oordeel van de patiënt

J.R. Anema · R.J. van Amstel

**Samenvatting** In dit artikel worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar de kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding van werknemers met rug- of psychische klachten.<sup>1</sup> Hierover zijn in 2002 in totaal 34 bedrijfsartsen geïnterviewd en de betrokken patiënten schriftelijk ondervraagd. Uit dit onderzoek komt het volgende naar voren:

1. Bijna de helft van de werknemers die door de bedrijfsarts worden begeleid zijn werknemers met rug- of psychische klachten. Zij zijn bijna allemaal ook gelijktijdig onder behandeling van de curatieve sector.
2. Bij een derde van deze patiënten is er sprake van arbo-curatief contact. Bij bijna 3 op de 10 echter niet hoewel dat volgens de NVAB-LHV-Leidraad wel geïndiceerd was.
3. Bedrijfsartsen wijken bij hun begeleiding eveneens nog vrij vaak af van de NVAB-richtlijnen.
4. De patiënten oordelen desalniettemin positief over de begeleiding van de bedrijfsarts.
5. Hun oordeel luidt echter wel positiever als de bedrijfsarts een adequate probleemoriëntatie verricht, hierin de informatie van de curatieve behandeling betreft en bij de interventies richting de patiënt eveneens volgens de richtlijnen handelt.

**Keywords** begeleiding · bedrijfsarts · patiënt · kwaliteit · rugklachten · psychische klachten · arbocuratief

### Inleiding

Psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat (waaronder rugklachten) kunnen langdurig ziekteverzuim veroorzaken en vertegenwoordigden anno 2001 samen bijna tweederde van de WAO-instroom.<sup>2</sup>

Door de beroepsvereniging van de bedrijfsartsen, de NVAB, zijn in 1999 en 2000 richtlijnen uitgebracht om de kwaliteit van het handelen van de bedrijfsartsen bij deze klachten te verbeteren.<sup>3, 4</sup> Tevens is er begin 2002 een Leidraad uitgebracht om de curatieve en bedrijfsgeneeskundige begeleiding van werknemers beter op elkaar af te stemmen.<sup>5</sup> Sindsdien is er echter nog geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de sociaal-medische begeleiding (SMB) bij werknemers met deze klachten. Niet onder de bedrijfsartsen en ook niet onder de werknemers. Met dit onderzoek is getracht hierin meer inzicht in te krijgen aan de hand van de volgende vragen:

1. Hoe vaak heeft een bedrijfsarts op zijn spreekuur te maken met werknemers met rug- of psychische klachten?
2. Bij hoeveel van deze werknemers is er sprake van contact tussen de bedrijfsarts en de curatieve sector?
3. In hoeverre worden werknemers met rugof psychische klachten door de bedrijfsarts begeleid volgens de NVAB-richtlijnen?
4. Hoe tevreden zijn de betrokken patiënten over hun begeleiding door de bedrijfsarts?
5. Is er – afgezet tegen de richtlijnen – een relatie tussen de begeleiding door de bedrijfsarts enerzijds en de tevredenheid van de patiënt over deze begeleiding anderzijds?

J.R. Anema (✉)

Personalia J.R. Anema is bedrijfsarts, senior-onderzoeker en R. J. van Amstel is onderzoeker bij TNO Arbeid te Hoofddorp. Correspondentieadres J.R. Anema, TNO Arbeid, Postbus 718, 2130 AS Hoofddorp. E-mail: [h.anema@arbeid.tno.nl](mailto:h.anema@arbeid.tno.nl)

1. In de praktijk wijken bedrijfsartsen bij hun begeleiding nog vrij vaak af van de NVAB-richtlijnen rugklachten en psychische klachten.
2. Van samenwerking met de curatieve behandelaar is eveneens nog te weinig sprake, wanneer dit volgens de LHV-NVAB-Leidraad wel geïndiceerd is.
3. De patiënten oordelen positief over de begeleiding van de bedrijfsarts. Dit neemt toe als de bedrijfsarts volgens de richtlijnen handelt bij de probleemdiagnose, het betrekken van curatieve informatie daarbij en bij de patiëntgerichte interventies.
4. Verdere implementatie van de genoemde NVAB-richtlijnen en de LHV-NVAB-Leidraad is nodig ter verbetering van de begeleiding.

## Methode

Voor het onderzoek werden in de periode september tot medio november 2002 de bedrijfsartsen van de NVAB-kring 'Amsterdam en omgeving' aangeschreven. Via een antwoordformulier konden zij kenbaar maken of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Voor de bedrijfsarts hield deelname aan het onderzoek in een interview van één uur waarin (in chronologische volgorde) patiënten werden doorgenomen die de afgelopen maand hun spreekuur hadden bezocht. Hierbij werd de bedrijfsarts alleen verder doorgevraagd over de inhoud van de begeleiding van de patiënt wanneer deze aan de volgende inclusiecriteria voldeed:

1. De klachten van de patiënt betreffen vooral rugklachten of vooral psychische klachten.
2. De leeftijd van de patiënt ligt tussen de 16 en 65 jaar.
3. Betrokkene beheerst de Nederlandse taal.

Na afloop van het interview werd de bedrijfsarts gevraagd naar deze geïnccludeerde patiënten een vragenlijst te sturen met vragen over de door de patiënt ervaren begeleiding. De patiënten konden deze vragenlijst rechtstreeks en anoniem retourneren naar TNO Arbeid. Hierdoor werd ervoor gezorgd dat hun anonimiteit niet alleen naar de onderzoekers toe gewaarborgd was, maar eveneens naar hun bedrijfsarts.

## Analyses

De interviewgegevens van de bedrijfsartsen

Om na te gaan of bedrijfsartsen hun patiënten volgens de huidige richtlijnen begeleiden is door TNO Arbeid een

gestructureerd interviewinstrument ontwikkeld. De begeleiding van de bedrijfsarts wordt hierbij beoordeeld via 10 zogenoemde performance-indicatoren (PI's) die zijn afgeleid van de NVAB-richtlijnen bij lage-rugklachten, respectievelijk bij psychische klachten en van de NVAB-LHV-Leidraad voor samenwerking bij arbeidsverzuim.<sup>3-5</sup> Bij de constructie van deze performance-indicatoren is tevens zoveel mogelijk aangesloten bij reeds bestaande performance-indicatoren.<sup>6-8</sup>

De gehanteerde performance-indicatoren zijn opgebouwd uit verschillende criteria in de vorm van 'alsdan' beweringen. Bijvoorbeeld, als de bedrijfsarts aan de patiënt een advies wil geven dat tegenstrijdig is aan het advies van de curatieve behandelaar, dan moet de bedrijfsarts hierover contact opnemen met deze behandelaar.

Wanneer bij een patiënt niet was voldaan aan de criteria voor een indicator, dan werd de begeleiding bij deze patiënt beoordeeld als 'op dit punt niet conform de richtlijn' en kreeg de score 1. Was aan alle criteria voor een performance-indicator voldaan, dan kreeg men de score 0 (op dit punt gehandeld conform de richtlijn). De scores zijn vastgesteld via een software programma met vaste criteria om interbeoordelaars-variabiliteit uit te sluiten.

Voor iedere performance-indicator is vervolgens berekend bij hoeveel patiënten de bedrijfsarts niet had gehandeld conform de richtlijn. Daarnaast is per patiënt een totaalscore berekend van alle performance-indicatoren samen. Deze totaalscore is daarna gedichotomiseerd. Hierbij werd de gemiddelde score (deze kwam uit op 2,1) als omslagpunt aangehouden en de begeleiding als 'niet conform de richtlijn' beschouwd wanneer de bedrijfsarts bij een patiënt op drie of meer performance-indicatoren de score 1 had gekregen.

De vragenlijstgegevens van de patiënten

De patiëntenvragenlijst was al in eerdere onderzoeken uitgetest.<sup>9</sup> Deze gaven onder meer aanwijzingen voor het reduceren van een deel van de gegevens tot de volgende schalen:

1. Het gevoel serieus genomen te worden door de bedrijfsarts.
2. Een positieve attitude ten aanzien van de arbodienst en de bedrijfsarts.
3. Vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts.
4. Tevredenheid over het bezoek aan de bedrijfsarts alles bij elkaar genomen.

Een overzicht van de vragen die deze schalen meten, wordt in tabel 4 gepresenteerd. Op deze vragen kon

**Tabel 4** Gemiddelde scores van de patiënten/respondenten op de schalen

	Totaal aantal geïnccludeerde werknemers	Werknemer met:		
		rugklachten	psychische klachten	verschil*
	<i>n</i> = 130	<i>n</i> = 31	<i>n</i> = 99	
Het gevoel serieus genomen te worden door de bedrijfsarts. (alfa 0,93)	4,0 SD 0,91	3,8	4,0	0,2
1. De bedrijfsarts begreep goed wat mijn gezondheidsproblemen en/of mijn problemen op het werk zijn.	4,0 SD 1,10	3,8	4,0	0,2
2. De bedrijfsarts behandelde me op een prettige manier.	4,2 SD 0,93	4,1	4,2	0,1
3. De bedrijfsarts wist waar hij/zij het over had tijdens het gesprek.	4,0 SD 0,98	3,8	4,0	0,2
4. De bedrijfsarts gaf me goed advies over mijn gezondheid.	3,7 SD 1,15	3,5	3,7	0,2
5. De bedrijfsarts leek deskundig.	4,0 SD 0,92	3,9	4,0	0,1
Een positieve attitude ten aanzien van de arbodienst en de bedrijfsarts. (alfa 0,86)	,6 SD 0,87	3,4	3,7	0,3
1. Als ik door mijn werk gezondheidsklachten zou krijgen, dan zou ik een afspraak maken met de bedrijfsarts.	3,8 SD 1,00	3,3	4,0	* 0,7
2. Een collega met gezondheidsproblemen door het werk, zou ik aanraden naar de bedrijfsarts te gaan.	3,8 SD 1,02	3,3	4,0	* 0,7
3. Als mijn baas me gek zou maken met werk zou ik de bedrijfsarts vragen om me te helpen.	3,4 SD 1,20	3,5	3,4	0,1
4. Als ik door rugpijn niet in staat zou zijn om te werken zou ik de bedrijfsarts om hulp vragen.	3,4 SD 1,13	3,5	3,4	0,1
5. Als ik vanwege psychische problemen niet zou kunnen werken zou ik de bedrijfsarts om hulp vragen.	3,7 SD 1,04	3,3	3,8	0,5
Vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. (alfa 0,70)	4,0 SD 0,71	4,2	4,0	0,2
1. Ik kon er bij dit bezoek op rekenen dat de bedrijfsarts mijn klachten vertrouwelijk zou behandelen.	4,1 SD 0,80	4,0	4,1	0,1
2. Ik was op mijn hoede tijdens het gesprek met de bedrijfsarts. (NB. scores zijn omgepooled.)	3,9 SD 0,92	4,3	3,8	0,5
3. Tijdens dit bezoek was ik bang dat de bedrijfsarts mijn klachten, zonder mijn toestemming, aan de werkgever zou doorvertellen. (NB. scores zijn omgepooled.)	4,0 SD 0,97	4,3	4,0	0,3
Tevredenheid over het bezoek aan de bedrijfsarts alles bij elkaar genomen. (alfa 0,90)	3,8 SD 0,98	3,8	3,8	0,0
1. Alles bij elkaar ben ik tevreden over het bezoek aan de bedrijfsarts.	3,9 SD 1,03	4,1	3,9	0,2
2. Alles bij elkaar genomen, was het bezoek aan de bedrijfsarts nuttig.	3,9 SD 0,99	3,7	3,9	0,2
3. Alles bij elkaar genomen, voldeed dit bezoek aan de bedrijfsarts aan mijn verwachtingen.	3,6 SD 1,17	3,6	3,6	0,0

\*Het verschil tussen beide groepen is significant (*t*-toets voor onafhankelijke groepen, \**p* < 0,05, \*\**p* < 0,01, \*\*\**p* < 0,001),

#### Toelichting:

De scores lopen van 1 = 'helemaal niet mee eens' tot 5 = 'helemaal mee eens'. Wanneer achter een item staat dat de scores zijn omgepooled (1 wordt 5, 2 wordt 4, etc.) dan wil dit zeggen dat ook bij deze items een hoge score als positief mag worden opgevat (bijvoorbeeld: ik was *niet* op mijn hoede, ik was *niet* bang). Een gemiddelde van 1,0 wil zeggen dat alle patiënten dit helemaal *niét* vinden en 5,0 wil zeggen dat alle patiënten dit juist helemaal *wél* vinden. De schaalscore is de som van de scores op de items die onder de schaal staan vermeld, gedeeld door het aantal items (en gebaseerd op de scores van de respondenten die op minstens 75% van deze items een antwoord hebben gegeven).

steeds geantwoord worden met 'helemaal niet mee eens', 'niet mee eens', 'weet niet', 'mee eens' of 'helemaal mee eens'. De scores op deze schalen lopen derhalve van 1 (= patiënt is het met deze uitspraak helemaal niet eens) tot 5 (= patiënt is het hiermee helemaal eens).

## Resultaten

### De interviews met de bedrijfsartsen

Uit de eerste serie aanmeldingen kon reeds het beoogde aantal van tussen de 30 à 35 bedrijfsartsen worden benaderd voor een interview. In totaal is bij 34 bedrijfsartsen een interview afgenomen. Gemiddeld genomen werden in deze interviews 7 à 8 patiënten doorgenomen. Bijna de helft van

**Tabel 1** Achtergrondkenmerken van de 130 geïncludeerde patiënten/werknemers aan de hand van de gegevens die de bedrijfsarts (BA) hierover heeft verstrekt

	Totaal aantal geïncludeerde werknemers	Werknemer met:	
	<i>n</i> = 130	rugklachten <i>n</i> = 31	psychische klachten <i>n</i> = 99
Leeftijd			
1 jonger dan 40 jaar	41%	40%	41%
2 40 jaar of ouder	59%	60%	59%
Geslacht			
1 man	52%	65%	48%
2 vrouw	48%	35%	52%

deze patiënten bleek een patiënt met vooral rugklachten (12%) of een patiënt met vooral psychische klachten (37%).

In totaal konden 130 patiënten worden geïncludeerd voor het onderzoek: 31 patiënten met rugklachten en 99 patiënten met psychische klachten. Al deze patiënten bleken zich vanwege deze klachten te hebben ziek gemeld. Tabel 1 geeft nog een paar andere achtergrondgegevens van deze patiënten. Tabel 2 geeft vervolgens een beeld hoeveel van deze patiënten ook behandeld werden door de curatieve sector en bij hoeveel er sprake is geweest van arbocuratief contact.

Tabel 2 laat zien dat de meeste patiënten (83%) niet alleen begeleid werden door de bedrijfsarts maar ook al behandeld werden door de curatieve sector (bij de werknemers met rugklachten was hiervan echter wel vaker sprake dan bij de patiënten met psychische klachten). Tabel 2 geeft verder aan dat bij 33% van de patiënten er tevens sprake was geweest van één of meer (schriftelijke of mondelinge) contacten tussen de bedrijfsarts en de

**Tabel 2** Wel of niet al onder curatieve behandeling en wel of niet sprake van arbocuratief contact

	Totaal aantal geïncludeerde werknemers	Werknemer met:		
	<i>n</i> = 130	rugklachten <i>n</i> = 31	psychische klachten <i>n</i> = 99	verschil*
Is/was volgens de BA curatieve aandacht nodig?				
1 ja	81%	77%	82%	5%
2 nee	18%	19%	18%	1%
3 weet niet of niet besproken	1%	3%	0%	3%
Is/was de werknemer al onder curatieve behandeling?				
1 ja	83%	→ 97%	79%	* 18%
2 nee	17%	3%	→ 21%	* 18%
Indien ook onder curatieve behandeling:	( <i>n</i> = 108)	( <i>n</i> = 30)	( <i>n</i> = 78)	
Heeft de BA de inhoud van deze behandeling met de werknemer besproken?				
1 ja	79%	87%	76%	11%
2 nee	21%	13%	24%	11%
Rol van deze behandeling op werkhervatting volgens de BA?				
1 deze bevordert de werkhervatting	54%	53%	54%	1%
2 heeft geen effect op werkhervatting	20%	27%	18%	9%
3 deze belemmert de werkhervatting	12%	10%	13%	3%
4 weet niet of niet besproken	14%	10%	15%	5%
Is er contact met de curatieve sector?	( <i>n</i> = 130)	( <i>n</i> = 31)	( <i>n</i> = 99)	
1 ja, contact mee opgenomen of reeds gehad	33%	35%	32%	3%
2 nee, maar de BA is dit nog wel van plan	16%	13%	17%	4%
3 nee, geen contact en de BA is dit ook niet van plan	51%	52%	51%	1%
Heeft de BA de werknemer verwezen naar een (andere) hulpverlener in de curatieve of arbozorg?				
1 ja	42%	39%	42%	3%

\* Het verschil tussen beide groepen is significant (Chi-kwadraat toets, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ ), het pijltje geeft aan waarvan bij welke groep vaker sprake is.

curatieve sector over deze patiënt. Tussen beide groepen kwam hierbij geen significant verschil naar voren. Ook bleek er geen verschil tussen beide groepen in het percentage waarin de bedrijfsartsen patiënten hadden doorverwezen naar een (andere) hulpverlener in de curatieve of arbozorg.

Aan de hand van de performance-indicatoren is vervolgens nagegaan in hoeverre de bedrijfsartsen bij de begeleiding van deze patiënten de NVAB-richtlijnen en de Leidraad voor samenwerking met de curatieve sector daadwerkelijk hebben gevolgd (zie tabel 3 en figuur 1). Daaruit blijkt dat, gemiddeld genomen, de betrokken bedrijfsartsen bij deze patiënten bij twee ( $M = 2,1$ ;  $SD \pm 1,4$ ) van de tien onderscheiden onderdelen deze richtlijnen niet of niet geheel hebben gevolgd. De score op de zogenoemde 'PI-totaal' geeft aan dat bij een op de drie patiënten dit gemiddelde hoger lag: bij hen had de bedrijfsarts bij drie of meer onderdelen niet aan de richtlijnen voldaan.

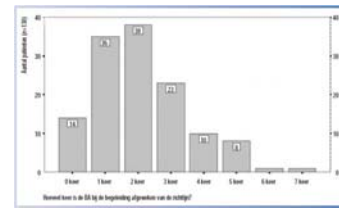
Tabel 3 laat verder zien dat er grote verschillen naar voren komen wat betreft de performanscores bij psychische klachten en bij rugklachten. Zo is bij de patiënten met rugklachten bij bijna de helft (48%) door de bedrijfsarts de probleemoriëntatie – de PI-1 – niet geheel volgens de richtlijn uitgevoerd en/of zijn door de bedrijfsarts niet de juiste interventies naar de patiënt toe – PI-6 – verricht (bij 45%). Bij de patiënten met psychische klachten is door de bedrijfsartsen met name niet op tijd met de begeleiding van de patiënt begonnen (bij 40%) en/of is er geen diagnose gesteld of (volgens de richtlijn) niet de juiste diagnose (bij 38%). Tabel 3 laat tevens nog zien dat zich tussen beide groepen ook nog een ander belangrijk verschil voordoet: Voorzover er over de patiënt contact is geweest tussen de bedrijfsarts en de curatieve behandelaar, dan heeft dit contact volgens de bedrijfsarts vaker bij de patiënten met rugklachten niet het beoogde doel opgeleverd.

#### De enquête onder de patiënten

Van de 130 geïncludeerde patiënten stuurden 64 (49%) de vragenlijst ingevuld retour.

De Non-responsanalyse leverde geen verschillen op met de responders wat betreft leeftijd, aard van de klachten, of er arbocuratief contact had plaatsgevonden en of men het werk inmiddels had hervat.

Van de 64 patiënten/respondenten werden 11 door de bedrijfsarts begeleid vanwege rugklachten en 53 vanwege psychische klachten. Tabel 4 geeft een overzicht van de scores van deze patiënten op de eerdergenoemde schalen. Hieruit blijkt dat de patiënten, gemiddeld genomen, niet alleen redelijk tevreden waren over hun bezoek aan de bedrijfsarts ( $M = 3,8$ ,  $SD \pm 0,98$ ) maar ook het gevoel hadden dat zij door de bedrijfsarts serieus genomen waren ( $M = 4,0$ ,  $SD \pm 0,91$ ) alsmede vertrouwen hadden in diens onafhankelijkheid ( $M = 4,0$ ,  $SD \pm 0,71$ ). De scores op de



**figuur 1** Figuur 1 Scores van de bedrijfsartsen op de 10 performance-indicatoren per patiënt.

schaal 'positieve attitude ten aanzien van de arbodienst en de bedrijfsarts' vallen iets lager uit ( $M = 3,6$ ,  $SD \pm 0,87$ ).

Bij geen van deze schaalscores komen significante verschillen naar voren tussen beide groepen. Voorzichtigheid is hierbij echter wel geboden aangezien de groep patiënten met rugklachten die hiervoor in beschouwing kon worden genomen, slechts 11 respondenten bevat.

**Toelichting:** De scores van de bedrijfsartsen konden lopen van 0 = 'geen enkele keer bij deze patiënt van de richtlijn afgeweken' tot 10 = 'bij deze patiënt is bij alle 10 onderscheiden performance-indicatoren van de richtlijn afgeweken'. In dit onderzoek kwam de maximale score op 7 uit (bij 1 patiënt): bij de begeleiding van deze patiënt was er door de bedrijfsarts bij 7 van de 10 onderscheiden onderdelen van de richtlijn afgeweken. Bij 14 patiënten was de bedrijfsarts 0 keer hiervan afgeweken: bij de begeleiding van deze patiënten was dus aan alle 10 performance-indicatoren voldaan.

Tot slot is nog nagegaan in hoeverre er een relatie is tussen de begeleiding van de bedrijfsarts en de tevredenheid van de patiënt hierover (zie tabel 5). Met behulp van multiële lineaire regressieanalyse is hiervoor bekeken welke onderdelen van de begeleiding van de bedrijfsarts, dus welke performance-indicatoren aan de hand waarvan deze onderdelen zijn beoordeeld, hierop van invloed blijken. Uit deze analyse blijkt, na correctie van geslacht, leeftijd en de aard van de klachten van de patiënt, dat:

1. de patiënten meer het gevoel hebben dat zij serieus worden genomen wanneer de bedrijfsarts bij de diagnose/de probleemoriëntatie de richtlijnen volgt.
2. het vertrouwen van de patiënt in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts hoger is wanneer deze bij hen een adequate evaluatie van de curatieve behandeling verricht en bij de interventies richting de patiënt eveneens volgens de richtlijnen handelt.

#### Beschouwing

De kwaliteit van arbeidsgerichte zorg bij werknemers met rug- of psychische klachten is tot nu toe zelden onderzocht vanuit het perspectief van de arts én van de

**Tabel 3** Scores van de bedrijfsartsen op de performance-indicatoren (PI's)

		Totaal aantal geïnccludeerde werknemers	Werknemer met:		
			rugklachten	psychische klachten	verschil*
<i>De BA is bij de begeleiding afgeweken van de richtlijn, want:</i>		<i>n = 130</i>	<i>n = 31</i>	<i>n = 99</i>	
PI-1	bij de anamnese heeft de BA onvoldoende symptomen uitgevraagd.	33%	→ 48%	28%	* 20%
PI-2	de BA heeft de diagnose gemist en/of geen eerstelijnsdiagnose gesteld.	29%	0%	→ 38%	*** 38%
PI-3	de BA is niet nagegaan of er sprake is van een curatieve behandeling dan wel gewenst is, of dat de huidige curatieve behandeling de terugkeer naar het werk belemmert.	23%	19%	24%	5%
PI-4	de BA is niet nagegaan of het werk of de werk-omgeving oorzaak is van de klachten. (NB. alléén bij psychische klachten beoordeeld).	<i>alléén bij psychische klachten</i>		8%	n.v.t.
PI-5	de BA heeft geen of geen volledige diagnose gesteld van de beperkingen en gevolgen voor het uitvoeren van het werk/werkhervatting.	25%	29%	23%	6%
PI-6	de BA heeft niet de juiste rol qua begeleiding ingenomen of niet de juiste persoonsinterventies verricht.	18%	→ 45%	10%	*** 35%
PI-7	waar nodig, heeft de BA geen of niet de juiste interventies richting het werk verricht	4%	3%	4%	1%
PI-8	waar nodig, heeft de BA niet verwezen naar – of is niet van plan tot overleg met – de curatieve sector.	29%	35%	27%	8%
PI-9	de begeleiding door de BA is niet op tijd gestart.	35%	16%	→ 40%	* 24%
PI-10	voorzover er contact is geweest tussen de BA en de curatieve sector heeft het resultaat van dit contact niet het beoogde doel opgeleverd.	8%	→ 16%	5%	* 9%
PI totaal	het aantal keren dat door de BA bij deze case de richtlijn niet is gevolgd, ligt hoger dan wat de BA's gemiddeld per case scoorden.	33%	35%	32%	3%
gemiddelde score per patiënt		2,1	2,1	2,1	0
standaarddeviatie (SD)		1,4	1,26	1,49	

\*Het verschil tussen beide groepen is significant (Chi-kwadraat toets en bij de vergelijking van de gemiddelde score de t-toets voor onafhankelijke groepen, \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ ), het pijltje geeft aan waarvan bij welke groep vaker sprake is.

#### Leesvoorbeeld:

Bij de 130 werknemers/patiënten die in dit onderzoek in beschouwing zijn genomen, hebben de BA's, gelet op de richtlijnen, bij 33% onvoldoende symptomen uitgevraagd bij de anamnese. Bij de patiënten met rugklachten is dit bij 48% het geval geweest, bij de patiënten met psychische klachten is hiervan bij 28% sprake geweest. Het verschil tussen beide groepen is in dit geval significant. (Dat wil zeggen, bij de patiënten met rugklachten hebben de BA's bij de anamnese minder vaak conform de richtlijn gehandeld dan bij de patiënten met psychische klachten.)

patiënt.<sup>10</sup> De resultaten van dit onderzoek werpen hier meer licht op en kunnen als basis dienen om de kwaliteit van deze zorg te verbeteren.

#### Mate van arbocuratieve zorg/afstemming bij rug- en psychische klachten

Dit onderzoek laat zien dat bijna de helft van de spreekuurcontacten van de geïnterviewde bedrijfsartsen de begeleiding betreft van verzuimende patiënten met rug- of psychische klachten. Ruim 8 op de 10 van deze patiënten is tevens onder begeleiding van de curatieve sector.

Als onderdeel van de begeleiding vindt bij eenderde van de patiënten ook arbocuratief contact plaats. Anderzijds bleek bij bijna 3 op de 10 patiënten waarbij dat volgens de richtlijnen wel nodig zou zijn, de bedrijfsarts niet van plan was om over betrokkene overleg te plegen met de curatieve sector.

Uit de literatuur is bekend dat de curatieve zorg volgens bedrijfsartsen nog onvoldoende gericht is op arbeid en preventie van langdurig verzuim.<sup>11</sup> In dit onderzoek oordelen de bedrijfsartsen echter opvallend positief over de curatieve zorg: bij ruim de helft van de patiënten speelt de behandeling volgens de bedrijfsarts een bevorderende rol bij de werkhervatting en bij slechts een klein deel

**Tabel 5** Resultaten van de multivariate analyse (lineaire regressie) tussen de onderscheiden performance-indicatoren (PI) van de bedrijfsarts (BA) alsmede leeftijd, geslacht en aard van de klachten van de patiënt om bij de 64 patiënten de tevredenheid van de patiënt over de BA te verklaren, het gevoel van de patiënt serieus genomen te worden door de BA, het vertrouwen van de patiënt in de BA en de houding van de patiënt ten aanzien van de arbodienst en de BA

	Tevredenheid over het bezoek aan de BA	Het gevoel serieus genomen te worden door de BA	Het vertrouwen in de BA	De houding t.a.v. de arbodienst en de BA
	bèta	bèta	bèta	bèta
PI-1 de anamnese	0,02	-0,01	0,18	0,30
PI-2 de diagnose	-0,24	<b>-0,34</b>	-0,11	0,15
PI-3 evaluatie curatieve behandeling	-0,25	-0,18	<b>-0,30</b>	-0,07
PI-5 evaluatie belemmeringen voor werkhervatting	-0,17	-0,21	-0,15	0,04
PI-6 interventies richting de patiënt	-0,15	-0,18	<b>-0,32</b>	-0,09
PI-7 interventies richting het werk	-0,05	0,03	-0,01	0,10
PI-8 interventies richting de curatieve sector	-0,04	-0,05	-0,05	-0,01
PI-9 start van de begeleiding	0,07	0,16	0,11	-0,20
PI-10 resultaat arbocuratief contact	0,16	0,10	0,11	0,12
geslacht van de patiënt	0,05	0,02	0,12	0,16
leeftijd van de patiënt	0,12	0,12	0,07	0,25
aard van de klachten van de patiënt	0,03	0,11	-0,19	0,14

Bèta indien vetgedrukt wil zeggen: statistisch significant ( $p < 0,05$ ). De scores bij de PI's lopen van 0 (= conform de richtlijn gehandeld) tot 1 (= niet conform de richtlijn gehandeld). De scores bij de afhankelijke variabelen lopen van 1 = laag tot 5 = hoog.

**Toelichting:**

De bèta geeft een indicatie van de betekenis van de variabele als verklaring van de variantie van de afhankelijke variabele (bovenstaand: 'de mate van de tevredenheid van de patiënt over het bezoek aan de BA', 'het gevoel van de patiënt al dan niet serieus genomen te worden door de BA', 'de mate van vertrouwen van de patiënt in de BA' en 'een al dan niet positieve houding van de patiënt ten aanzien van de arbodienst en de BA').

De sterkte van de samenhang wordt hierbij uitgedrukt ná statistische correctie voor de andere variabelen die in beschouwing zijn genomen waarbij we, om te bepalen of de samenhang sterk genoeg is om er betekenis aan te hechten, de volgende vuistregel aanhouden (gebaseerd op Cohen, 1977, p. 79):<sup>17</sup>

Ligt de waarde van 'bèta' tussen de 0,10 en 0,20, dan kan de samenhang met de afhankelijke variabele als klein worden beschouwd, ligt die tussen de 0,20 en 0,40 dan kan de samenhang als middelmatig worden gezien, en bedraagt de 'bèta' méér dan 0,40, dan kan de samenhang als sterk worden beschouwd.

(12%) speelt de curatieve sector volgens de bedrijfsarts een belemmerende rol. Deze bevindingen staan in schril contrast met de resultaten van een cohortonderzoek bij werknemers met drie maanden verzuim door rugklachten.<sup>12</sup> Hierin speelde volgens de bedrijfsartsen de curatieve sector bij (minimaal) 42% van de patiënten een belemmerende rol bij de werkhervatting. Een eerste verklaring voor dit verschil kan zijn dat de bedrijfsarts beter

zicht krijgt op de curatieve rol bij de SMB. Het feit dat in bijna 80% van de gevallen de inhoud van de curatieve begeleiding met de patiënt besproken wordt, ondersteunt deze verklaring. Een tweede verklaring is dat de beeldvorming van bedrijfsartsen over de curatieve sector inmiddels verbeterd is. Deze verklaring wordt ondersteund door het feit dat het aantal arbocuratieve contacten duidelijk hoger is dan in het bovengenoemd

cohortonderzoek (33% in dit onderzoek tegenover 19% in het cohortonderzoek), en dat de bedrijfsartsen in bijna alle gevallen tevreden zijn over dit contact. Een derde verklaring kan zijn dat de zorg in de curatieve sector al daadwerkelijk meer gericht is op de arbeid. Voorzichtigheid is echter geboden om beide onderzoeken te vergelijken omdat in het cohortonderzoek alleen langdurig verzuimers in beschouwing zijn genomen en alleen verzuimers met rugklachten.

#### Kwaliteit van de begeleiding door de bedrijfsarts in relatie tot de richtlijnen

Dit onderzoek geeft aan dat, gemiddeld genomen, bij eenderde van de werknemers de bedrijfsartsen in belangrijke mate afwijken van de richtlijnen.

Bij psychische klachten hebben bedrijfsartsen vooral moeite met het stellen van een adequate eerstelijnsdiagnose: het gaat er dan vaak om dat een (mogelijke) depressie of angststoornis gemist is. Bij rugklachten vraagt de bedrijfsarts voor een adequate probleemoriëntatie vaak onvoldoende symptomen uit of laat het geïndiceerde lichamelijke onderzoek achterwege. Ook worden, bij zowel werknemers met psychische klachten als met rugklachten, vaak niet systematisch alle mogelijke belemmeringen voor werkhervatting in de verschillende systemen uitgevraagd: werk-, privé- en zorgsysteem. Ten slotte beoordeelt de bedrijfsarts in zijn probleemoriëntatie vaak nog onvoldoende wat het effect is van de curatieve behandeling op de werkhervatting. Een verklaring voor deze nog inadequate probleemoriëntatie kan zijn dat de richtlijnen op dit punt wellicht onvoldoende concreet en/of eenduidig zijn.

Verder blijken de interventies vaak nog te weinig gebaseerd op de bevindingen uit de probleemoriëntatie. Zo wordt er bijvoorbeeld door de bedrijfsartsen nog onvoldoende voorlichting gegeven bij specifieke lage-rugklachten. Bij psychische klachten beginnen zij vaak te laat met hun begeleiding: dat wil zeggen, niet – zoals de richtlijn in dit geval voorschrijft – binnen 2 weken na de ziekmelding. Verder wordt er, zowel bij werknemers met psychische klachten als met rugklachten, onvoldoende contact opgenomen met de behandelaar bij patiënten waarbij dit juist nodig is: als de bedrijfsarts zelf een behandeladvies geeft of als hij de curatieve behandeling belemmerend acht voor de werkhervatting. Dit laatste bevestigt de bevindingen van eerder onderzoek naar de begeleiding bij rugklachten of psychische klachten.<sup>6, 7, 13</sup> Een verklaring hiervoor kan zijn dat de bedrijfsarts het niet zijn taak acht, of het moeilijk vindt, om met curatieve collega's over de effecten van hun behandeling op de werkhervatting te spreken.<sup>12</sup>

De bedrijfsartsen wijken in het algemeen bij de probleemoriëntatie veel vaker van de NVAB-richtlijnen af dan bij het verrichten van persoons- en werkgerichte interventies. Deze resultaten bevestigen de bevindingen in eerder onderzoek naar de begeleiding bij psychische klachten.<sup>7, 13</sup> De hiervoor gegeven verklaring lijkt aanneemelijk: het verrichten van interventies geeft de arts een gevoel van controle om 'iets te doen' en geeft directe feedback, veel meer dan bij goede diagnostiek.<sup>13</sup>

#### Oordeel van de patiënt over de begeleiding

Dit onderzoek laat zien dat de patiënten over het algemeen veel vertrouwen hebben in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Ook zijn de patiënten in het algemeen tevreden over de geboden begeleiding en voelen zij zich serieus genomen door hun bedrijfsarts. Deze resultaten zijn in overeenstemming met recent ander onderzoek.<sup>9</sup> Mede gezien de setting waarin de bedrijfsarts werkt ten opzichte van die van andere artsen in de gezondheidszorg, mag dit als een goede score worden beschouwd: er is voor de patiënt wat betreft zijn bedrijfsarts immers geen sprake van een vrije artskeuze en de patiënt gaat in de regel niet op eigen initiatief naar de bedrijfsarts maar wordt uitgenodigd voor het spreekuur.

#### Relatie tussen het oordeel van de patiënt en het handelen van de bedrijfsarts

Bij dit onderzoek komt naar voren dat de patiënten zich meer serieus genomen voelden wanneer de bedrijfsarts bij de probleemoriëntatie conform de richtlijnen had gehandeld. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat het vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts hoger is als de bedrijfsarts de curatieve behandeling betreft bij de probleemoriëntatie.

In vorig onderzoek werd geen relatie gevonden tussen de begeleiding en de patiënttevredenheid.<sup>6, 14</sup> Hierin werd alleen gekeken naar de relatie tussen de totale performanscore van de bedrijfsarts en de overall tevredenheid van de patiënt. Naar ons oordeel is het beter relaties te leggen tussen verschillende aspecten van patiënttevredenheid en de verschillende performance-indicatoren voor de begeleiding. Patiënttevredenheid in het algemeen blijkt immers niet gemakkelijk te beïnvloeden.<sup>15, 16</sup> Een verklaring hiervoor kan zijn dat overall tevredenheid meer afhankelijk is van algemene opvattingen over (bedrijfs)- artsen. Subschalen zoals 'vertrouwen in de arts' en 'zich serieus genomen voelen' zijn mogelijk meer responsief om subtiele verschillen in de begeleiding te meten. Bij dit alles is echter voorzichtigheid geboden omdat het in dit onderzoek gaat om relatief kleine patiëntenaantallen. Verder onderzoek naar wat volgens



patiënten vooral van belang is om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zal derhalve nodig zijn.

*Belangenconflicten: geen gemeld*

*Dit artikel is geschreven in het kader van het TNO doel-financieringsprogramma 'Arbeid en Gezondheid' dat uitgevoerd wordt in samenwerking met het Ministerie van VWS.*

## Literatuur

- Anema JR, Amstel RJ van. Begeleiding van werknemers met rug- en psychische klachten vanuit zowel het perspectief van de patiënt als de bedrijfsarts. Hoofddorp: TNO Arbeid, november 2003.
- Arbopalans 2002: arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), 2002.
- NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met lage-rugklachten. NVAB-richtlijn, april 1999.
- NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. NVAB-richtlijn, 2000.
- 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.
- Weide WE van der, Verbeek JH, Dijk FJ van. Relation between indicators for quality of occupational rehabilitation of employees with low back pain. *Occup Environ Med*. 1999; 56 (7): 488-493.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003; 60 Suppl 1: i21-i25.
- Anema JR, Buijs PC, Amstel RJ van, et al. Effective management of work-related health problems in primary care. Development of guidelines and evaluation of a quality assessment instrument. Accepted 2004.
- Verbeek JH, Boer AG de, Weide WE van der, et al. Patient satisfaction with occupational health services, development of a questionnaire. Submitted 2003.
- Verbeek J, Dijk F van, Rasanen K, et al. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occup Environ Med* 2001; 58: 272-278.
- Buijs PC. Arbocuratieve samenwerking: van verleden tot heden (1, 2, 3, + epiloog samen met AN Weel) *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde* 2001; 9: resp. 133-138; 177-182; 206-211; 253-254.
- Anema JR, Giezen AM van der, Buijs PC, et al. 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; 59(11): 729-733.
- Hulshof CTJ, Broersen JPJ, Haan SF de. PARAG project PKA. Samenwerkingsrichtlijn eerstelijns handelen bij psychische klachten en arbeid. Evaluatie van fase 2 een praktijktest. Rapport SKB, 2002.
- Bosma YR, Verbeek JHAM, Weide WE van der, et al. Satisfactie van werknemers en bedrijfsartsen met het verzuimconsult. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde* 1996; 5: 42-48.
- 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: 822-829.
- Vingerhoets E, Wensing M, Grol R. Feedback of patients? evaluations of general practice care: a randomised trial. *Qual Health Care* 2001; 10: 224-228.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press, 1977.