



TNO Arbeid
Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

10286

De juiste verwijzing: evaluatieonderzoek verwijsfunctie bedrijfsarts

Tussenrapportage: Stand van zaken

Met
medewerking
van:

Prismant
G. Schuring
R.H.C. Bakker

MarketConcern
K.C.F. Lim
D. Willems

Datum	13 september 2004
Auteurs	R. Steenbeek (TNO Arbeid) R.B. Kool (Prismant) E. Visser (MarketConcern) D.J. van Putten (TNO Arbeid)

Inhoudsopgave

1	<u>Achtergrond, doel en opzet van het onderzoek</u>	5
1.1	<u>Achtergrond van het onderzoek</u>	5
1.2	<u>Doel van het onderzoek</u>	5
1.3	<u>Opzet van het onderzoek</u>	5
1.4	<u>De tussenrapportage</u>	6
1.5	<u>Organisatie</u>	6
1.6	<u>Leeswijzer</u>	7
2	<u>De invoering van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen: samenvatting stand van zaken</u>	9
2.1	<u>De mening van besluitvormers, arbodiensten en koepels</u>	9
2.2	<u>De mening van professionals</u>	10
2.3	<u>De overige deelprojecten</u>	10
2.4	<u>Conclusies en aanbevelingen</u>	11
3	<u>Deelproject 5: Kwalitatief onderzoek onder besluitvormers, arbodiensten en koepels</u>	15
3.1	<u>Inleiding</u>	15
3.2	<u>De arbodiensten</u>	15
3.3	<u>De zorgverzekeraars</u>	16
3.4	<u>Inkomensverzekeraars</u>	17
3.5	<u>Interventiebedrijven</u>	17
3.6	<u>Brancheloketten en koepelorganisaties</u>	17
4	<u>Deelproject 3: De mening van professionals</u>	19
4.1	<u>Inleiding</u>	19
4.2	<u>Eerste kwartaal</u>	19
4.3	<u>Tweede kwartaal</u>	19
5	<u>Deelproject 2: Het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening</u>	21
5.1	<u>Het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening (LMA)</u>	21
5.2	<u>De meldingen</u>	21
5.3	<u>De negatieve meldingen</u>	23
6	<u>Deelproject 6: De omvang van het aantal verwijzingen</u>	25
6.1	<u>Inleiding</u>	25
6.2	<u>Methodologie</u>	25
6.2.1	<u>Verschuivingen verwijspatroon</u>	25
1.	<u>de Landelijke Ambulante ZorgRegistratie (LAZR)</u>	25
2.	<u>de Landelijk informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ)</u>	25
3.	<u>het Zorg Informatie Systeem (Zorgis)</u>	25
4.	<u>het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)</u>	26
6.2.2	<u>Bepaling kostenverschuiving gerelateerd aan de verwijzing</u>	26
6.2.3	<u>Koppeling van gegevensbestanden aan CBS-bestanden</u>	27
6.3	<u>Resultaten</u>	27
6.3.1	<u>Analyse LAZR</u>	28
6.3.2	<u>Analyse LiPZ</u>	29
6.3.3	<u>Analyse Zorgis</u>	30
6.4	<u>Evaluatie</u>	31
6.5	<u>Conclusie</u>	31

<u>A</u>	<u>De begeleidingscommissie</u>	33
<u>B</u>	<u>Lijst met geïnterviewden deelproject 5</u>	35
<u>C</u>	<u>Persoonskenmerken van de melders van het LMA</u>	38
<u>D</u>	<u>Opmerkingen van werknemers ten aanzien van de bedrijfsarts</u>	40
<u>E</u>	<u>Toelichting koppelingsprocedure deelproject 6</u>	44
<u>F</u>	<u>Andere gegevens van de bronbestanden deelproject 6</u>	48
<u>G</u>	<u>Controle aan de hand van de LINH</u>	50

1 Achtergrond, doel en opzet van het onderzoek

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Per 1 januari 2004 hebben bedrijfsartsen een formele verwijsbevoegdheid gekregen. Dat wil zeggen dat de kosten van behandelingen als gevolg van een verwijzing door de bedrijfsarts vergoed worden door de verzekeraar. Het gaat daarbij om behandelingen die krachtens de Zfw en AWBZ vergoed worden. Deze verwijsfunctie is landelijk ingevoerd.

Voor de onderbouwing, vormgeving en ondersteuning van het totale project ‘verwijsfunctie bedrijfsarts’ hebben de ministeries van VWS en SZW een projectgroep gevormd en een klankbordgroep geïnstalleerd waarin belanghebbenden uit het veld zitting hebben.

Als onderdeel van het totale invoeringstraject heeft de staatssecretaris van het ministerie van VWS het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) verzocht een monitor- en evaluatieonderzoek uit te zetten waarin de ontwikkeling van de verwijsfunctie gedurende het eerste jaar na invoering wordt gevolgd.

Het CVZ heeft op basis van een openbare aanbestedingsprocedure TNO Arbeid, Prisma en MarketConcern opdracht gegeven dit monitor- en evaluatieonderzoek uit te voeren. CVZ fungeert als opdrachtgever van dit onderzoek.

1.2 Doel van het onderzoek

Met de verwijsfunctie bedrijfsarts worden twee doelen nagestreefd die in elkaars verlengde liggen:

1. Het verbeteren van de arbocuratieve samenwerking door:
 - 1.1 een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en behandelaars in het curatieve circuit;
 - 1.2 meer aandacht voor de factor arbeid bij de behandeling van patiënten.
2. Vermindering van de WAO instroom en het ziekteverzuim.

Op basis van een voorstudie en op grond van gesprekken met belanghebbenden in het veld heeft het CVZ een groot aantal vraagstellingen voor het onderzoek benoemd. Deze vragen hebben betrekking op de randvoorwaarden waarbinnen de verwijsfunctie wordt vormgegeven, de wijze waarop de verwijzing wordt uitgevoerd en de effecten die optreden als gevolg van de verwijzing.

1.3 Opzet van het onderzoek

Om het proces en de effecten van de invoering van de verwijsfunctie bedrijfsarts zo goed mogelijk te volgen en evalueren is gekozen voor een ‘bottom up’ en ‘top down’ benadering die vormt krijgt in verschillende deelprojecten.

Het is van groot belang om zo goed mogelijk inzicht te krijgen in wat zich afspeelt op het microniveau van de individuele patiëntenzorg. Dáár zullen de veranderingen die beoogd worden met de invoering van de verwijsfunctie merkbaar moeten zijn en uiteindelijk ook op macroniveau meetbaar. Op dat niveau zullen ook de belemmerende en bevorderende factoren voor een succesvolle invoering van de verwijsfunctie relatief snel gesignaleerd kunnen worden.

Wat op het niveau van de individuele patiëntenzorg gebeurt, wordt beïnvloed door verschillende ontwikkelingen:

1. De afspraken die zorgverzekeraars en arbodiensten/bedrijfsartsen maken (onderling en binnen hun organisaties) over de wijze waarop de verwijfsfunctie wordt ingebed. Deze afspraken zullen van groot belang zijn voor het feitelijke verwijfsgedrag van bedrijfsartsen.
2. De attitude van de bedrijfsartsen zelf ten opzichte van verwijzen naar Zfw/AWBZ verzekerde zorg. Daarvoor zullen ook het standpunt resp. de aanbevolen gedragscodes van de eigen beroepsorganisatie van belang zijn (nascholing, protocollen, richtlijnen).
3. De reacties van alle overige partijen die te maken krijgen met het feitelijk verwijzen door de bedrijfsarts naar Zfw/AWBZ verzekerde zorg: specialisten, huisartsen, dienstverleners in de tweedelijns arbozorg, patiënten/werknemers en werkgevers. Afhankelijk van de reacties van deze partijen wordt de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts meer of minder gestimuleerd.

De ‘bottum up’ en ‘top down’ benadering is uitgewerkt door middel van zes deelprojecten waarin verschillende partijen, op verschillende niveaus betrokken zijn. Voor alle deelprojecten geldt dat nagegaan wordt wat bevorderende en belemmerende factoren zijn voor de verwijfsfunctie en welke verbeteringen mogelijk zijn met het oog op de definitieve besluitvorming over de verwijfsfunctie. De zes deelprojecten omvatten alle een nulmeting voor de invoering van de verwijfsfunctie en een eindmeting ca. één jaar na de invoering (zie CVZ 467/101 Rapportage nulmeting verwijfsfunctie bedrijfsarts).

1.4 De tussenrapportage

In mei 2004 zijn de resultaten van de nulmeting gepubliceerd (CVZ 467/101 Rapportage nulmeting: De juiste verwijfsfunctie: evaluatieonderzoek verwijfsfunctie bedrijfsarts). Voor enkele van de deelprojecten was het mogelijk om een tussenmeting uit te voeren om de eerste reacties uit het veld in kaart te brengen. Deze tussenmeting heeft met name tot doel vast te stellen of bijsturing van het ingezette beleid/onderzoeksplan gewenst is. Het eindrapport verschijnt zomer 2005 en bevat informatie die het mogelijk maakt in de tweede helft van 2005 te komen tot besluitvorming over het te voeren beleid.

1.5 Organisatie

Het monitor- en evaluatieproject kent een projectteam waarin elk van de instituten vertegenwoordigd is. De algemene projectleiding ligt in handen van TNO Arbeid. Er is periodiek overleg over de voortgang met CVZ.

Verder is een begeleidingscommissie ingesteld waarin naast de opdrachtgever en opdrachtnemers ook belanghebbenden uit het praktijkveld zitting hebben. De samenstelling, taken en verantwoordelijkheden van deze begeleidingscommissie worden toegevoegd in bijlage A.

1.6 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 vindt u de samenvatting van de eerste reacties uit het veld. In hoofdstuk 3 staan de resultaten van de tussenmeting van deelproject 5: de mening van besluitvormers, arbodiensten en koepels. In hoofdstuk 4 vindt u de mening van professionals uit deelproject 3. In hoofdstuk 5 volgt dan een samenvatting van de resultaten van het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening (LMA) over de eerste 6 maanden van 2004. In hoofdstuk 6 volgt de rapportage van de nulmeting van deelproject 6: de omvang van het aantal verwijzingen. In hoofdstuk 7 tenslotte geven we aan welke extra activiteiten zijn ondernomen.

2 De invoering van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen: samenvatting stand van zaken

2.1 De mening van besluitvormers, arbodiensten en koepels

De contactpersonen voor dit onderzoek zijn ten behoeve van de tussenrapportage opnieuw benaderd met het verzoek aan te geven in welke mate de knelpunten die zij bij de nulmeting signaleerden, opgelost zijn.

Een algemeen beeld dat naar voren komt, is dat het management de verwijsfunctie nog geen hoge prioriteit geeft vanwege de hectiek waarin de arbo- en zorgverzekeringsmarkt zich thans bevindt.

Ten opzichte van de nulmeting zijn er vooral op procedureel vlak positieve ontwikkelingen te signaleren. De grote zorgverzekeraars hebben met vrijwel alle landelijke arbodiensten contracten afgesloten en via deze diensten met de daarbinnen werkzame geregistreerde bedrijfsartsen. Hetzelfde geldt voor een deel van de zelfstandig opererende bedrijfsartsen. Ook constateert men een toenadering van arbodiensten en zorgverzekeraars op het vlak van kennisontwikkeling rond de verwijsfunctie (gezamenlijke studiedagen, regionale experimenten).

Zorgverzekeraars hebben echter nauwelijks of geen zicht op de verwijzer: huisarts of bedrijfsarts. Ditzelfde geldt voor de kosten die verwijzingen door bedrijfsartsen met zich mee brengen. Men gaat er vanuit dat de arbodienst/bedrijfsarts de eigen kosten verrekent met de werkgever.

De indruk die men heeft is echter dat het aantal rechtstreekse verwijzingen naar medisch specialisten betrekkelijk gering is. De discussie over opname van private tweedelijns arbozorg in reguliere pakketten speelt nog steeds, omdat verwijzingen van de bedrijfsarts met name daar op gericht zijn.

In de ogen van de zorgverzekeraars is er (nog) geen aanleiding te veronderstellen dat de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen leidt tot medicalisering van het verzuim respectievelijk een kostenverhoging door meer medische consumptie.

Doordat er in de beginfase nog veel onbekendheid was onder werkgevers en werknemers met de verwijsfunctie voor de bedrijfsarts, was de vraagkant van de markt ook nauwelijks een stimulator voor een snelle implementatie.

De zorgverzekeraars spreken over een geleidelijke uitrol van de verwijsfunctie.

De landelijke arbodiensten hebben de afgelopen maanden acties ondernomen om invulling te geven aan deze nieuwe vorm van dienstverlening. Deze acties zaten echter vooral in het informeren en equiperen van de bij hen werkzame geregistreerde bedrijfsartsen (verwijsrichtlijnen, Vektis registratienummer, procedures voor verwijzingen die via niet-geregistreerde bedrijfsartsen geïnitieerd worden).

Het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars is echter nog lang niet afgerond. Dit geldt overigens niet voor bedrijfsartsen van de grote arbodiensten. Ook het administreren van de verwijsfunctie is nog maar beperkt van de grond gekomen.

Tot een feitelijke toepassing van de verwijsfunctie is het nog maar beperkt gekomen.

De meest actieve arbodienst op dit terrein schat in dat circa 20% van haar bedrijfsartsen van deze nieuwe functie gebruik maakt. Opvallend daarbij is dat de verwijzingen veelal via de huisarts lopen en slechts sporadisch rechtstreeks naar bijvoorbeeld medisch specialisten. Dit geldt in het bijzonder voor regio's waar de samenwerking tus-

sen huisarts en bedrijfsarts goed tot stand is gekomen en overleg plaatsvindt over arbeidsrelevante aandoeningen van gezamenlijke patiënten.

Van een aantal knelpunten is niet gebleken dat ze in de praktijk ook daadwerkelijk ontstaan, zoals medicalisering, meer zorgconsumptie en shopgedrag van werknemers. De kosten van de verwijfsactiviteiten worden waar mogelijk op de werkgever verhaald en dit kan op den duur tot een knelpunt gaan leiden, als de werkgever het gevoel krijgt daarmee dubbel te betalen.

De overige partijen (inkomensverzekeraars, interventiebedrijven, brancheloketten, koepelorganisaties) zien niet of nauwelijks effecten van de verwijfsfunctie.

Concluderend geeft deze tussenmeting aan dat er bij de meest direct betrokken partijen sprake is van een geleidelijke uitrol van activiteiten die samenhangen met de verwijfsfunctie voor de bedrijfsarts. Daarbij wordt vooral gekeken naar procedurele en logistiek zaken. De omvang van het aantal verwijfszaken door bedrijfsartsen naar de tweedelijns reguliere zorg is zeer beperkt. De buitenreguliere tweedelijns arbozorg blijft het voornaamste verwijfskanaal voor de bedrijfsarts.

Opvallend is dat arbodiensten signaleren dat in regio's waar de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts goed is, verwijfszaken veelal via de huisarts gaan.

Een saillant punt tenslotte is nog de constatering dat er nergens initiatieven plaatsvinden om de bedrijfsarts aan te laten sluiten op ICT-structuren in de zorg. Dit zal op termijn een knelpunt worden.

Op grond van de tussenmeting bij de besluitvormers, arbodiensten en koepels mag, één jaar na de invoering van de verwijfsfunctie, nauwelijks een effect worden verwacht op het aantal rechtstreekse verwijfszaken door bedrijfsartsen naar de tweedelijns reguliere zorg.

2.2 De mening van professionals

Deze tussenrapportage geeft een weerspiegeling van stemmen uit het veld. In dit geval zijn het de percepties van de projectleiders van Medwerk. Zij percipiëren nog weinig veranderingen met betrekking tot de verwijfsfunctie en arbocuratieve samenwerking. Het is wennen voor iedereen. Arbodiensten worstelen nog veel met interne zaken. Niet alle bedrijfsartsen willen het en ook veel specialisten zijn niet enthousiast. Een projectleider signaleert zelfs een vijandige houding. De nulmeting gaf nog een neutrale houding van de specialisten aan. Huisartsen blijven argwanend en weinig genegen tot samenwerking. Paramedici lijken, net als geconstateerd bij de nulmeting, nog het meest positief. De aanbeveling op basis van de nulrapportage om veel, positieve, publiciteit te besteden aan deze verandering, lijkt nu de helft van het introductiejaar voorbij is zonder duidelijke aanwijzingen van veranderingen, nog sterker van kracht dan in het voorjaar.

2.3 De overige deelprojecten

Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening

In de periode van 1 januari 2004 tot 1 juli 2004 zijn bij het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening 71 meldingen binnengekomen waarover ook gegevens over de verwijfszaken door de bedrijfsarts beschikbaar zijn. De resultaten wijzen niet op het voorkomen van structurele knelpunten bij de implementatie van de verwijfsfunctie.

Verschuivingen in verwijspatronen

In het deelproject dat zich richt op de vraag of er verschuivingen in het verwijspatroon van professionals optreden, is vastgelegd in welke mate werknemers verwezen worden de tweedelijns reguliere zorg, de paramedisch zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het betreft hier gegevens die betrekking hebben op de periode vlak voor de invoering van de verwijsfunctie. Bij de eindmeting zal eenzelfde procedure worden gevolgd, zodat vastgesteld kan worden of, en zo ja in welke mate, er verschuivingen zijn opgetreden in deze verwijspatronen.

2.4 Conclusies en aanbevelingen

We kunnen concluderen dat er sinds de invoering van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen positieve ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. Deze hebben echter vooral betrekking op procedurele en logistieke zaken. Vooral grote arbodiensten en grote verzekeraars hebben hier voortgang geboekt. Wat betreft het aansluiten op ICT-structuren in de zorg zijn echter nergens initiatieven te bespeuren om ook bedrijfsartsen daarop aan te laten sluiten.

Een daadwerkelijk gebruik van de verwijsfunctie (rechtstreeks verwijzen door bedrijfsartsen naar de tweedelijns reguliere zorg) komt nog nauwelijks van de grond. Een opvallend resultaat van deze tussenmeting is dat arbodiensten de indruk hebben dat in regio's waar de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts goed is, verwijzingen meestal via de huisarts verlopen. Bij de eindmeting zullen we nagaan of deze indruk kwantitatief is te onderbouwen.

Dit betekent ook dat de angst bij sommigen dat de bedrijfsartsen veel zouden verwijzen en zelfs de huisarts wegdrücken, ruim een half jaar na de invoering van de formele verwijsfunctie, ongegrond is. Van de zijde van verzekeraars wordt verwacht dat het nog twee tot drie jaar zal duren voordat de partijen op deze markt op elkaar zijn ingespeeld.

Het heeft er alle schijn van dat 2004 een aanloopjaar zal worden ('uitrol van de verwijsfunctie'). Dit is niet geheel onverwacht. Bij de opzet van het onderzoek heeft het monitoren en de evaluatie van het proces van invoering het zwaarste accent gekregen. Een tweede doel van het onderzoek is meten van de effecten van de invoering van de verwijsfunctie. Gezien de uitkomsten van deze tussenmeting blijft het vooralsnog onzeker of er in het laatste kwartaal van dit jaar voldoende gebruik wordt gemaakt van de ingevoerde verwijsfunctie om kwantitatief effecten te meten in veranderingen in verwijspatronen naar de verzekerde zorg.

Hieronder formuleren we aanbevelingen die er op gericht zijn de implementatie van de verwijsfunctie bedrijfsarts te bevorderen. Hierbij maken we ook gebruik van waardevolle opmerkingen en suggesties afkomstig van een bijeenkomst van de begeleidingscommissie op 7 september 2004.

Uit de nulrapportage bleek dat de volgende vier punten toen het belangrijkste werden geacht:

1. Verbeteren relatie bedrijfsarts – huisarts;
2. Verbeteren communicatie over de verwijsfunctie;
3. Monitoren onafhankelijkheid bedrijfsarts;
4. Waarborgen kwaliteit verwijzing door geregistreerde bedrijfsarts.

We zetten de aanbevelingen uit de nulmeting naast de huidige stand van zaken en bekijken wat er in de tussentijd is gebeurd.

Het verbeteren van de relatie bedrijfsarts – huisarts

De beroepsverenigingen blijven actief op dit gebied. De LHV, het NHG en de NVAB hebben (sinds 1997) gezamenlijk bestuurlijk overleg waarin de samenwerking wordt besproken. Er is het afgelopen half jaar op dit bestuurlijk niveau een voorstel gedaan voor een nieuw convenant (het huidige dateert uit 1997) met als doel een verdere verbetering van de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen te realiseren.

In de eerstelijns zorg worden sinds kort voorstellen ontwikkeld om te komen tot het instellen van regionale ondersteuningsstructuren. De ondersteuningstructuur voor huisartsen (DHV-en) is opgeheven na een herverdeling van overheids- en verzekeringsgelden. De middelen die eerder ten behoeve van de DHV's werden ingezet gaan nu naar een bredere doelgroep met een specifiekere doelstelling. De opzet van deze nieuwe regionale ondersteuningsstructuur is ruim en richt zich in principe op alle disciplines in de eerste lijn. Er wordt niet van tevoren vastgelegd welke partijen deel gaan nemen aan de regionale structuur. Bedrijfsartsen zijn nauwelijks betrokken bij de opzet van deze nieuwe eerstelijns-structuren. Bedrijfsartsen en de NVAB-Kringen zullen zich zelf moeten melden en zorgen dat arbeid op de kaart wordt gezet. De LHV, het NHG en de NVAB hebben een project in voorbereiding om zowel huisartsen als bedrijfsartsen te ondersteunen bij het inbrengen van arbocuratieve samenwerking in het praktijkplan van deze regionale ondersteuningsstructuren. Het project wordt binnenkort ter subsidiëring aangeboden.

De begeleidingscommissie is van mening dat het verbeteren van de relatie tussen bedrijfsartsen en huisartsen vooral op regionaal niveau moet gebeuren. Het is belangrijk dat partijen elkaar kennen. In de regio is meer mogelijk dan op landelijk niveau.

Het verbeteren van communicatie over de verwijsfunctie

Op het gebied van communicatie is veel in gang gezet. CVZ heeft een communicatieplan gemaakt. Hierbij hebben alle partijen aan tafel gezeten. Verder hebben zij een nieuwsbrief voorbereid. Deze komt eind oktober uit en wordt aan alle huis-, bedrijfs- en verzekeringsartsen en fysio- en bewegingstherapeuten gestuurd. De nieuwsbrief bevat onder meer de doelstelling van de invoering van de verwijsfunctie, de stand van zaken, frequently asked questions, knelpunten en feiten over regelingen en financiën. Tevens wordt een centraal e-mail adres vermeld.

De NVAB heeft een leidraad verwijzen gemaakt (voorheen richtsnoer). Deze wordt 12 oktober gepresenteerd. Informatie richting huisartsen en specialisten blijft nog achter. Met name een goede communicatie richting specialisten lijkt gewenst. De KNMG neemt actie richting Orde, maar de orde heeft bijna geen financiële middelen meer om aandacht/tijd te besteden de factor arbeid. Soms verwijst de bedrijfsarts wel, maar dan ondervindt hij/zij onbekendheid met de mogelijkheid bij specialisten of instanties waar specialisten werken.

Om aan de curatieve sector, maar ook aan werkgevers en werknemers te verduidelijken wat de rol van de bedrijfsarts is en welke werkzaamheden hij/zij verricht, is de NVAB gestart met een campagne, getiteld: "Gezond aan het werk? Je bedrijfsarts weet raad." In deze campagne wordt ook de onafhankelijke positie van de bedrijfsarts toegelicht. Het lijkt echter wenselijk om de werknemer verder te informeren. De NVAB denkt er over om een brief/folder te ontwikkelen met dit doel, eventueel in samenwerking met andere partijen. Er bestaat al wel een algemene informatiefolder over de rol van de bedrijfsarts, gratis te bestellen en bedoeld voor alle wachtkamers van huis- en bedrijfsartsen.

In de begeleidingscommissie is opgemerkt dat een werknemer ook afhankelijk is van de structuur waarin hij of zij is ingebed. Familie, vrienden en burens hebben veel invloed. Deze inbeddingsstructuur moet ook veranderen om een snelle terugkeer naar

werk 'gewoon' te maken. Men moet wennen aan het idee dat werkhervatting bij kan dragen aan herstel. Dit kan misschien via een publiekscampagne. De KNMG laat op dit moment een dergelijke campagne ontwikkelen over psychische klachten en arbeid.

Monitoren onafhankelijkheid bedrijfsarts

Dit blijft een punt van aandacht. De NVAB is een ophelderingcampagne gestart richting de leden en organiseert trainingen.

Waarborgen kwaliteit

Het richtsnoer verwijzen is inmiddels op grond van een praktijkproef omgezet in een "Leidraad verwijzen door de bedrijfsarts". Daarin is ook een standaard verwijfsbrief opgenomen. Gebruik van de leidraad waarborgt de kwaliteit van de verwijzing. De leidraad wordt 12 oktober 2004 officieel gepresenteerd.

Het standpunt dat alleen geregistreerde bedrijfsartsen mogen verwijzen blijft staan. Deze werkwijze geldt overigens ook voor andere artsen (in opleiding) zoals huisartsen.

Contracten

Bij de nulmeting werd het afsluiten van contracten als knelpunt geconstateerd. De meeste grote arbodiensten hebben inmiddels contracten met (grote) zorgverzekeraars afgesloten. Een knelpunt dat steeds meer naar boven komt is de diversiteit aan contracten. Dit betekent dat er verschillen optreden in zorg die onder het contract valt (al of niet inperking contract tot specifieke aandoeningen of specifieke zorgverleners). Het betekent dat verschillende werknemers voor verschillende 'pakketten' zorg verzekerd zijn. Dit is ook de consequentie van marktwerking, zorgverzekeraars proberen zich juist te onderscheiden van elkaar. Uniformiteit in het 'verzekerde pakket' mag dan niet verwacht worden. De diversiteit in de contracten vormt ook een knelpunt voor de professional in de praktijk. De bedrijfsarts moet nu eerst naar de verzekering van de werknemer vragen, uitzoeken of deze zorgverzekeraar aanvullend onderzoek en behandeling als gevolg van deze verwijzingen vergoedt, en vervolgens inhoudelijk bekijken welke specifieke verwijzingen wel en niet worden vergoed. Dit kost erg veel tijd en zoekwerk. Dit stimuleert verwijzingen naar de tweedelijns zorg niet.

Financiering verwijfsconsult

De vergoeding van het verwijfsconsult wordt nu gezien als een extra mogelijkheid tot handelen binnen de bestaande contracten. Dit wordt in het veld ervaren als een knelpunt. Zorgverzekeraars Nederland staat positief tegenover een vergoeding voor het verwijfsconsult. Dit wordt echter onmogelijk gemaakt door de Ziekenfondswet.

Tot slot

Alles overziend vallen de volgende twee meer algemene punten op.

Het zijn de bedrijfsartsen zelf die vooral actief een positie als 'verwijzer' moeten verwerven (al of niet via arbodiensten). In het veld van de gezondheidszorg en verzekeraars wordt een afwachtende houding aangenomen. Dit geldt ook voor de aansluiting op regionale initiatieven in de eerste lijn en de aansluiting op ICT initiatieven in de gezondheidszorg.

De marktwerking leidt –afgaande op reacties in het veld- tot verschillen in verzekerde zorg voor werknemers. Deze verschillen komen tot uiting in de omvang en aard van de verzekerde zorg. Bedrijfsartsen ervaren het als lastig. Op het moment dat zij iemand willen verwijzen, moet eerst vastgesteld worden of de zorg waarvoor verwezen wordt (aandoening, zorgverlener) contractueel wel gedekt wordt door de verzekeraar.

3 Deelproject 5: Kwalitatief onderzoek onder besluitvormers, arbodiensten en koepels

3.1 Inleiding

Het doel van deelproject 5 is inzicht te verkrijgen in de wijze waarop beleidsmakers van de belangrijkste marktpartijen (arbodiensten, zorg- en inkomensverzekeraars, re-integratiebedrijven, brancheorganisaties en beroepsorganisaties) in gaan spelen op de verwijfsfunctie: de zogenaamde ‘top-down’-benadering. Hiervoor werden ten behoeve van de nulmeting bij 35 organisaties besluitvormers benaderd. Al deze personen kunnen geacht worden de belangrijkste besluitvormers te zijn ten aanzien van de wijze waarop de verwijfsfunctie in de praktijk vormgegeven wordt. Dit geldt niet alleen binnen hun eigen organisatie, maar ook voor de positie (= marktvolume) die hun organisatie vertegenwoordigt. De bereidheid om informatie te geven was groot en alle partijen hebben aangegeven ook een volgende keer deel te willen nemen aan een interviewronde.

Alle 34 van de 35 beleidsmakers (NICTIZ uitgezonderd) zijn daartoe op 14 juli schriftelijk benaderd met een vragenlijst met de knelpunten die door hen specifiek in de nulmeting werden gesignaleerd. Tevens kregen zij bij de vragenlijst het verslag van de deelprojecten 4 en 5 meegestuurd, zodat ze de eerder door hen geformuleerde standpunten konden nalezen en konden zien hoe de markt op de verwijfsfunctie had gereageerd. Enkele respondenten waren inmiddels vertrokken en in die gevallen werd hun opvolger benaderd en geïnformeerd over de achtergrond van het onderzoek. Alle 34 beleidsmakers hebben gereageerd (zie bijlage B voor een lijst van de geïnterviewden).

In eerst instantie werden de beleidsmakers gevraagd op alle knelpunten schriftelijk te reageren met de vraagstelling of:

- Het knelpunt nog bestaat;
- Er door de respondent aan wordt gewerkt;
- Er verbetering wordt geconstateerd;
- Het knelpunt is opgelost.

Tevens werd hen een toelichting gevraagd. Met 14 respondenten is daarnaast telefonisch of persoonlijk contact geweest. De response vond plaats tussen medio juli en medio augustus 2004.

3.2 De arbodiensten

De tussentijdse evaluatie van de verwijfsfunctie onder beleidsmakers binnen de arbo-markt, geeft het beeld dat deze weliswaar aandacht krijgt, maar geen topprioriteit is. Gevolg is dat de rechtstreekse verwijzing, dat wil zeggen naar andere zorgaanbieders dan de huisarts nog nauwelijks voorkomt. Een enkele arbodienst die wel een actief beleid voert op dit terrein, schat in dat maximaal 20% van de geregistreerde bedrijfsartsen van deze nieuwe mogelijkheden gebruik maakt.

Opvallend daarbij is dat de verwijzingen veelal via de huisarts lopen en slechts sporadisch rechtstreeks naar bijvoorbeeld medisch specialisten. Dit geldt in het bijzonder voor regio's waar de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts goed tot stand is

gekomen en overleg plaatsvindt over arbeidsrelevante aandoeningen van gezamenlijke patiënten.

Alle landelijke arbodiensten hebben inmiddels wel het nodige gedaan om hun bedrijfsarts te informeren over de procedurele kant van de verwijfsfunctie. Zij werken aan deskundigheidsbevordering op dit terrein.

De richtlijnen van de NVAB worden alom gehanteerd en de Vektis registratienummers zijn toegekend. Van een knelpunt op het terrein van medicalisering is geen sprake: de arbodiensten stimuleren dat niet en de bedrijfsartsen zelf doen dat ook niet.

De kosten van de verwijzing worden op dit moment op de werkgever verhaald, voor zover dit binnen de reguliere verrekening van het consult van de bedrijfsarts mogelijk is. Met de zorgverzekeraars zijn daar geen afspraken over gemaakt, omdat de huidige regeling dat verhindert.

Omdat alleen geregistreerde bedrijfsartsen mogen verwijzen hebben arbodiensten per vestiging interne procedures ontwikkeld die erin voorzien, dat niet-geregistreerde bedrijfsartsen hen in voorkomende gevallen inschakelen.

Van het shoppen van werknemers maken de arbodiensten geen melding.

Het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars is nog niet afgerond en is voor de bedrijfsartsen nogal eens een reden om niet te verwijzen. Dit traject is ook voor de arbodiensten een knelpunt, omdat van de kant van de zorgverzekeraars de medewerking niet optimaal is: dit geldt overigens niet voor de grote zorgverzekeraars.

De administratieve registratie door arbodiensten is nog niet gestart, of nog te beperkt van omvang om hier voor dit onderzoek informatie uit te halen en levert dus nog geen mogelijkheden op om tot goede rapportages te komen

3.3 De zorgverzekeraars

De grote zorgverzekeraars hebben inmiddels met vrijwel alle landelijke arbodiensten contracten afgesloten en via deze organisaties met de daarbinnen werkzame geregistreerde bedrijfsartsen. Hetzelfde geldt voor een deel van de zelfstandig opererende bedrijfsartsen, voor zover die zich zelf gemeld hebben.

De zorgverzekeraars hebben op dit moment geen, of nauwelijks zicht op wie er verwijst: huisarts of bedrijfsarts. Zij hebben de indruk dat het aantal rechtstreekse verwijzingen echter betrekkelijk gering is. Hierdoor is het ook niet mogelijk zicht te krijgen op de administratieve gevolgen van de verwijfsfunctie en de kosten die dat met zich meebrengt. Tot nu toe gaan de zorgverzekeraars er overigens vanuit dat de arbodienst/bedrijfsarts de eigen kosten verrekent met de werkgever.

Het aansluiten van de bedrijfsarts op de regionale zorginfrastructuur (ICT) is nog nergens een issue. Bij de ontwikkeling van uitwisselbare EPD's denkt men op dit moment dus nog niet aan de bedrijfsarts. De mogelijkheid bestaat daarmee dat patiëntendossiers onvolledig worden. Hier en daar zoeken arbodiensten (met name de landelijke) de samenwerking met zorgverzekeraars om meer kennis te vergaren ten behoeve van de verwijfsfunctie. Zo is er een aantal themadagen georganiseerd door individuele arbodiensten waar zorgverzekeraars een bijdrage aan geleverd hebben. Zorgverzekeraars hebben de indruk dat van dure verwijzingen geen sprake is. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts zien de verzekeraars nog niet structureel verbeteren, hooguit regionaal. De discussie over het opnemen van private tweedelijns arbozorg in reguliere pakketten van verzekeraars speelt nog steeds, omdat een deel van de verwijzingen van de bedrijfsartsen juist daar op gericht is.

Op het terrein van communicatie tussen huisarts, bedrijfsarts, werkgever en verzekeraar zijn geen vorderingen gemaakt. De reden is dat er nog veel te weinig informatie beschikbaar is en het aantal verwijzingen gering is. Enkele verzekeraars gaan op dat

terrein met individuele arbodiensten regionale experimenten opzetten in het najaar 2004.

Zorgverzekeraars zien de beperkte invoertijd niet als een groot probleem, omdat de invoer geleidelijk plaats vindt. De definitie van ‘arbeidsrelevant’ wordt nog niet echt gevoerd. Het is dus de vraag of deze wel een knelpunt gaat worden. Hetzelfde geldt voor medicalisering van het arbeidsverzuim. Tot nu toe is er in de ogen van de zorgverzekeraars nog geen aanleiding om te veronderstellen dat de verwijfsfunctie leidt tot een kostenverhoging door meer medische consumptie.

3.4 Inkomensverzekeraars

Evenals bij de nulmeting, zijn de inkomensverzekeraars veel kritischer dan de andere partijen over de verwijfsfunctie. Zij zien niet tot nauwelijks effecten, met die uitzondering dat zij de indruk hebben dat de werkgevers beter op de hoogte zijn dan tijdens de nulmeting, dat de bedrijfsarts over een verwijfsfunctie beschikt. Kortom, de knelpunten die men eerder signaleerde bestaan nog steeds.

3.5 Interventiebedrijven

Deze staan wat verder van het proces af om nu al een oordeel te hebben over de mate waarin knelpunten worden opgelost. Ook zij constateren dat de verwijfsfunctie nog maar mondjesmaat tot stand komt. Ze hebben de indruk dat de doorlooptijd van interventies korter wordt, doordat de bedrijfsarts effectiever wordt in de begeleiding van het reïntegratieproces.

3.6 Brancheloketten en koepelorganisaties

Deze groep is unaniem van mening dat er nog geen effecten zichtbaar zijn en de knelpunten als zodanig door hen genoemd nog allen bestaan.

4 Deelproject 3: De mening van professionals

4.1 Inleiding

Het doel van dit deelproject is om op mesoniveau een meer algemeen representatief beeld te krijgen hoe professionals uit de arbo- en curatieve hoek aankijken tegen de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen. Dat gebeurt via het voorleggen van een vragenlijst aan hen en verschillende interviews met arbocuratieve professionals. De nulmeting heeft in 2003 plaatsgevonden. Hierover is reeds eerder gerapporteerd. Eind van dit jaar vind de effectmeting plaats. Momenteel wordt de vragenlijst gemaakt en het logistieke proces voorbereid.

Deze tussenrapportage geeft een weerspiegeling van stemmen uit het veld. In dit geval zijn het de percepties van de projectleiders van Medwerk. Dit is een landelijk dekkend netwerk ter bevordering van de arbocuratieve samenwerking en deskundigheid. In het kader van de evaluatie van Medwerk ontvangt Prismant ieder kwartaal een logboek van de vijftien regionale projectleiders met een beknopte beschrijving van de ontwikkelingen ten aanzien van arbocuratieve samenwerking. Dit logboek bespreekt Prismant met de projectleider. Bij de besprekingen van het eerste en het tweede kwartaal 2004 is ook de vraag aan de orde gekomen wat de desbetreffende projectleider merkt van de introductie van de verwijsfunctie van de bedrijfsarts. Doordat de meeste van deze projectleiders midden in de arbocuratieve wereld staan, is de verwachting dat zij een redelijke inschatting kunnen geven van het verloop van de ontwikkelingen.

4.2 Eerste kwartaal

In de meeste regio's is de conclusie begin april duidelijk: er is weinig te merken van de introductie van de verwijsfunctie van de bedrijfsarts. De projectleiders spreken weliswaar vaak in positieve bewoordingen over de mogelijkheid, maar allen merken op dat in de praktijk een deel van de bedrijfsartsen al verwezen met name naar het private circuit, dat ze dat nog steeds doen en dat er verder weinig is veranderd. Bedrijfsartsen hebben vaak goede ervaringen met de private sector: het gaat snel, efficiënt en de rapportage is goed. Er is dus minder behoefte aan verwijzen naar het reguliere circuit. Werkgevers bemoeien zich nog weinig met het proces en maken zich dus nog geen zorgen over de hogere kosten van een private behandeling.

Bedrijfsartsen en andere professionals komen weinig in beweging. Een enkele projectleider merkt wel op dat met name paramedici in contact willen komen met bedrijfsartsen. Medwerk zou daar een belangrijke rol in kunnen vervullen omdat zij landelijk, en in sommige regio's ook lokaal, een sociale kaart heeft ontwikkeld.

Duidelijk wordt tevens dat de huisartsen nog steeds bezwaren maken met het argument dat bedrijfsartsen zich teveel op hun competentieterrein begeven.

4.3 Tweede kwartaal

In de zomer geven de projectleiders nog steeds aan dat bedrijfsartsen, wanneer ze verwijzen, binnen het eigen vaak private netwerk verwijzen en dat ze huns inziens nauwelijks verwijzen naar het reguliere circuit. De bedrijfsartsen staan er nog steeds on-

wennig tegenover. De indruk blijft bestaan dat nogal wat bedrijfsartsen niet op de verwijfsfunctie zaten te wachten.

Bij medisch specialisten is ook weinig te merken. De regio's organiseren bijvoorbeeld regelmatig gezamenlijk symposia, maar de factor arbeid is nog weinig doorgedrongen. Er doen zelfs verhalen de ronde van verbaasde tot onaardige specialisten die onwillig zijn om met bedrijfsartsen te communiceren na een verwijfsing en bovendien na overleg dit declareren bij de bedrijfsarts die hier weer niet mee uit de voeten kan.

Ook lijken de arbodiensten nog steeds af te wachten; de indruk bestaat dat verschillende regionale arbodiensten nog geen contracten hebben afgesloten met verzekeraars over verwijfsen waardoor formele verwijfsingen weinig opleveren. Landelijke arbodiensten hebben dat inmiddels wel geregeld zoals in het vorige hoofdstuk geconstateerd. De arbowereld is nog te veel intern aan het worstelen hoe de verwijfsfunctie zo goed mogelijk op te pakken.

5 Deelproject 2: Het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening

5.1 Het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening (LMA)

Om in het kader van de monitorfunctie tijdig mogelijke knelpunten in de verwijsfunctie bedrijfsarts op te sporen is met medewerking van het Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV&W) een set vragen opgenomen in de monitor Landelijk Meldpunt arbodienstverlening (LMA). Deze monitor is per 1 januari 2004 gestart en omvat zowel een internetsite als een telefonische helpdesk. De set vragen over de verwijsfunctie wordt standaard afgenomen bij alle meldingen.

Nadrukkelijk wijzen wij er op dat dit uiteraard een selectie van meldingen is en geen representatief beeld schetst hoe werknemers arbodienstverlening en de verwijsfunctie ervaren. De meldingen via het Landelijk Meldpunt kunnen echter wel een belangrijke signaalfunctie vervullen in het opsporen van veel voorkomende (structurele) knelpunten bij de implementatie.

In deze tussenrapportage brengen wij de meldingen van de eerste zes maanden van 2004 in beeld. We concentreren ons daarbij op de meldingen door werknemers die zijn verwezen. Net als eerder bleek bij de nulrapportage verschillen de resultaten tussen de meldingen via internet en de meldingen via de telefonische helpdesk. Daarom rapporteren wij deze waar mogelijk apart.

5.2 De meldingen

Deze tussenrapportage heeft betrekking op 71 meldingen, 23 via de helpdesk en 48 via internet. In totaal kwamen er 137 meldingen via internet binnen. De 48 meldingen via internet die betrekking hebben op een verwijzing vormen 35% van het totaal aan internet meldingen. Het totaal aantal meldingen via de helpdesk is momenteel nog niet bekend. Gezien het grote aantal verwijzingen door bedrijfsartsen (met name naar de arbozorg), valt de omvang van de meldingen alleszins mee.

De persoonskenmerken van de melders zijn samengevat in bijlage C. De melders via internet hebben gemiddeld vaker (77% van de gevallen) te maken met psychische gezondheidsproblemen dan melders via de helpdesk (56%). Zij lijken ook vaker man, wat ouder en lager opgeleid, maar deze verschillen zijn statistisch niet aan te tonen, vooral vanwege het kleine aantal melders.

De antwoorden van de melders die door de bedrijfsarts zijn verwezen naar een andere hulpverlener staan samengevat in tabel 5-1. Het grootste deel van de verwijzingen is naar maatschappelijk werk en/of psycholoog (56%) en fysiotherapie (13%). De verwijzingen naar een medisch specialist (10%) kunnen wijzen op het gebruik van de verwijsfunctie door bedrijfsartsen. Bij de eindmeting in 2005 zal blijken of dit percentage verandert.

Opvallend is dat in slechts 6% van de verwijzingen schriftelijk om toestemming van de werknemer is gevraagd. In de meeste gevallen gaf de werknemer mondeling toestemming. De werknemer was het meestal eens met de keuze van de persoon naar wie is verwezen.

Een tweede resultaat dat opvalt is dat als er adviezen zijn van zowel de bedrijfsarts als een andere behandelaar, deze in 48% van de gevallen tegenstrijdig zijn. In 48% van de gevallen wordt het advies van de andere behandelaar opgevolgd, in 32% van de gevallen het advies van de bedrijfsarts en in 20% geen van beide.

Een laatste opvallend resultaat is dat een groot deel van de werknemers van mening is dat de verwijzing niet heeft bijgedragen aan een verbetering van de gezondheidsklachten (42%) en de terugkeer naar (aangepast) werk niet heeft bevorderd (39%).

We hebben ook gekeken of de klachten met een ander soort hulpverlener te maken hebben in de loop van de eerste zes maanden. Bijvoorbeeld een verschuiving van huisarts naar specialist. Het aantal meldingen is echter te laag om hier een uitspraak over te kunnen doen.

We benadrukken nogmaals dat bovengenoemde percentages voornamelijk werknemers betreffen die een klacht hadden over de gang van zaken (zie ook volgende paragraaf).

Tabel 5-1 Gegevens van verwezen werknemers

Vraag	Helpdesk-registratie	Internet-enquête	Totaal
Heeft de bedrijfsarts u ooit verwezen naar een andere arts behandelaar?			
Ja (%)	23	35	
Totaal (aantal meldingen)	onbekend	137	
Naar wie heeft de bedrijfsarts u verwezen?			
naar huisarts (%)	0	13	8
naar een medisch specialist (%)	9	10	10
naar maatschappelijk werker/psycholoog (%)	57	56	56
naar fysio-/oefentherapie (%)	26	6	13
Anders (%)	9	15	13
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	23	48	71
Waarom bezocht u het spreekuur van de bedrijfsarts?			
Eigen initiatief (%)	17	25	22
Op uitnodiging van bedrijfsarts of op advies van werkgever (%)	83	75	78
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	23	40	63
Vond de verwijzing met uw instemming plaats?			
Ja, mondeling (%)	86	83	84
Ja, schriftelijk (%)	5	8	6
Nee, zonder mijn instemming (%)	9	10	10
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	22	40	62

Vraag	Helpdesk- registratie	Internet- enquête	Totaal
Hoe kwam de keuze van diegene naar wie u werd verwezen tot stand?			
Ik mocht zelf kiezen (%)	9	25	19
Ik was het eens met de keuze van bedrijfsarts (%)	82	55	65
Ik wilde liever andere arts (%)	0	13	8
Ik wilde geen verwijzing (%)	9	8	8
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	22	40	62
Komt het advies van de bedrijfsarts overeen met advies huisarts/specialist/behandelaar?			
Ja (%)	45	55	52
Nee, de adviezen zijn tegenstrijdig (%)	41	33	35
Niet van toepassing (%)	14	13	13
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	22	40	62
Welk advies heeft u opgevolgd?			
Dat van de (huis)arts/behandelaar (%)	50	46	48
Dat van de bedrijfsarts (%)	17	46	32
Geen van beide (%)	33	8	20
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	12	13	25
Heeft de verwijzing bijgedragen aan een verbetering van uw gezondheidsklachten?			
Ja (%)	32	25	27
Nee (%)	36	45	42
Weet ik nog niet (%)	32	30	31
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	22	40	62
Bevordert de verwijzing de terugkeer naar (aangepast) werk?			
Ja (%)	27	23	24
Nee (%)	36	40	39
Weet ik niet (%)	32	30	31
Niet van toepassing (o.a. niet ziek gemeld) (%)	5	8	6
Totaal	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	22	40	62

5.3 De negatieve meldingen

Waar bestaan de meldingen uit? Van de 71 meldingen is van 27 bekend dat het een gunstige of ongunstige beoordeling betreft. De overige meldingen betreffen vragen of zijn neutraal geformuleerd. Van deze 27 meldingen waren er 4 positief over de bedrijfsarts, waarvan één wel negatief over BMW. De overige 23 betreffen klachten. Van deze 23 klachten gaat het grootste deel (39%) over het ontbreken van onafhanke-

lijkheid van de bedrijfsarts. Werknemers melden dat de bedrijfsarts vooral handelt in het belang van de werkgever en soms zelfs door de werkgever onder druk wordt gezet. Vijf klachten (22%) gaan over gebrek aan afstemming tussen de bedrijfsarts en de hulpverlener naar wie is verwezen, of tussen de nieuwe en vorige bedrijfsarts. Gebrek aan afstemming leidt tot tegenstrijdige adviezen voor de werknemer.

Vier klachten (17%) betreffen onheuse bejegening door de bedrijfsarts. De bedrijfsarts neemt de klachten van de werknemer niet serieus.

Tenslotte zijn er nog combinaties van klachten (zie tabel 6-3). Details over de klachten in de vorm van geselecteerde tekst staan in bijlage D.

Tabel 5-2 Soort klacht

Soort klacht	Aantal	%
Onafhankelijkheid	9	39
Afstemming	5	22
Bejegening	4	17
Onafhankelijkheid en afstemming	3	13
Onafhankelijkheid en bejegening	1	4
Afstemming en bejegening	1	4
Totaal	28	100

6 Deelproject 6: De omvang van het aantal verwijzingen

6.1 Inleiding

Het doel van deelproject zes is om te onderzoeken welke effecten de introductie van de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts op macroniveau heeft. Deze tussenrapportage geeft de bereikte resultaten weer van de nulmeting in juni 2004. Hierbij hebben wij de gegevens over het laatste kwartaal van 2003 gebruikt. Allereerst besteden we aandacht aan de methodologische achtergrond. Daarna belichten wij de koppelingsprocedure van het onderzoek. Vervolgens beschrijven we de resultaten van de nulmeting. Tot slot wordt de nulmeting kort geëvalueerd.

6.2 Methodologie

Deze analyse heeft twee verschillende doelen:

1. het vaststellen van mogelijke verschuivingen in het verwijfspatroon van professionals en
2. het bepalen van verschuivingen van de kosten gerelateerd aan eventuele verschuivingen in verwijzingen.

Bij deze nulmeting is het vastleggen van het proces van verzamelen, koppelen en analyseren van de verschillende informatiebronnen aan de orde. We stellen de omvang vast van het aantal verwijzingen naar de verschillende zorgaanbieders. Verwijzingen door de bedrijfsarts worden nog niet geregistreerd. Daarom kunnen we deze niet bepalen, ondanks het feit dat uit de nulmeting van de andere deelprojecten bleek dat bedrijfsartsen wel al verwijzen. Bij de effectmeting bepalen we wel de verwijzingen door de bedrijfsarts omdat deze mogelijkheid inmiddels is opgenomen in de registraties.

6.2.1 *Verschuivingen verwijfspatroon*

Om deze verschuivingen aan te tonen hebben we de volgende gegevensbestanden gebruikt:

1. *de Landelijke Ambulante ZorgRegistratie (LAZR)*
Hiervan gebruiken we het bestand dat alle eerste polikliniekbezoeken registreert in bijna alle Nederlandse ziekenhuizen. We kunnen hierin zien welke verwijzer naar welk poliklinisch specialisme verwijst. Belangrijk is dat het veld 'verwijzer' in de LAZR optioneel is en slechts in een deel van de gevallen is ingevuld. Daardoor gebruiken wij feitelijk een steekproef uit het totale LAZR-bestand.
2. *de Landelijk informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ)*
De LiPZ is een steekproef van 34 fysiotherapiepraktijken, 20 praktijken van oefentherapeuten Mensendieck en 21 praktijken oefentherapeuten Caesar op een totaal van 4590 praktijken. De beheerder, het NIVEL, beoordeelt de representativiteit op praktijkniveau als goed. De LiPZ bevat gegevens over de verwijzer, de datum van verwijzing en de reden van verwijzing. Tevens registreert de LiPZ gegevens over het behandeltraject.
3. *het Zorg Informatie Systeem (Zorgis)*
Aan deze registratie neemt ongeveer 75% van de GGZ-instellingen deel. In tegenstelling tot de eerste twee registraties bevat het Zorgis geen gegevens met betrekking tot de verzekeringsvorm. Het is daardoor niet mogelijk een selectie op ziekenfondsverzekerden uit te voeren.

4. *het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)*

Ook bij het LINH is er sprake van een steekproef van 80 geselecteerde huisartsenpraktijken. Het is een permanente registratie van routinegegevens uit de huisartspraktijk. De patiëntenpopulatie van de aan het LINH deelnemende praktijken is een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking voor wat betreft leeftijd, geslacht en zorgverzekering. Het LINH legt alle nieuwe verwijzingen van de huisarts vast naar de medisch specialist, fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, eerstelijns psycholoog en Ggz. Deze gegevens gebruiken wij om de analyses van de eerdergenoemde bestanden te toetsen. Idealiter zou dit dezelfde informatie op moeten leveren als de analyse van de gegevensbestanden van zorgverleners waarnaar verwezen wordt. Wanneer dat niet het geval is, is dit een aanleiding voor nadere analyse en relativering van uitspraken over veranderingen in het verwijfspatroon van bedrijfsartsen. Met name in 2005, wanneer mogelijk verschuivingen in verwijzingen worden gemeten, zal dit een belangrijke rol spelen.

Samenvattend kunnen we met bovengenoemde registraties bij de nulmeting meten hoeveel er door welke professional is verwezen naar de medisch specialisten (bron LAZR), naar de fysiotherapeuten (bron LiPZ) en naar Ggz-instellingen (bron Zorgis). Ter controle analyseren wij de verwijzingen van de huisarts (bron LINH).

6.2.2 *Bepaling kostenverschuiving gerelateerd aan de verwijzing*

Dit onderdeel van het project is pas in 2005 aan de orde wanneer gegevens over de mogelijke verschuivingen in het verwijfspatroon beschikbaar komen. In deze rapportage gaan we in op de methode om verschuivingen in kosten te meten om de analyses van volgend jaar zo voldoende te kunnen voorbereiden.

In het algemeen is er sprake van na-ijlen van de behandeling ten opzichte van de verwijzing. Omdat er sprake is van een korte analyseperiode, die samenvalt met de voorgenomen meetperioden, zal een belangrijk deel van de verwijzingen niet tot een afgeronde behandeling leiden. Het bepalen van de kosten zal daarom niet kunnen worden uitgevoerd door de kosten van de feitelijk verwezen patiënten te bepalen. In plaats daarvan bepalen wij de kosten die bij bepaalde verwijzingen kunnen worden verwacht. Bij dergelijke voorspellingen speelt de mate van betrouwbaarheid een belangrijke rol. Daarom gebruiken wij voor dit doel gegevens over een langere, aaneengesloten periode.

Deze kosten worden in de LiPZ en Zorgis voldoende geregistreerd:

- In de LiPZ kunnen we informatie over de verwijzingen combineren met de CTG-tarieven om zo de kosten vast te stellen van de behandeltrajecten op clientniveau.
- Het Zorgis legt het behandeltraject vast in termen van bekostigingsparameters die het CTG hanteert. Met de bijbehorende tarieven zijn ook hier de kosten van het behandeltraject te bepalen. De tijd die verstrijkt tussen verwijzing en einde van de behandeling in de GGZ is echter aanzienlijk. We gaan derhalve hier uit van voorspelling van kosten bij verwijzingen. Voor het voorspellend model zijn de volgende gegevens beschikbaar: verwijzer, aanmeldingsklacht en psychiatrische begindiagnose. Van de GGZ is echter bekend dat een psychiatrische begindiagnose geen goede voorspeller is van het op de diagnose volgende behandeltraject

- Helaas bevat de LAZR onvoldoende informatie om rechtstreeks de kosten van behandelingen, volgend op een verwijzing, te kunnen bepalen. Daarom wordt voor dit doel tevens gebruik gemaakt van het verzekerden en schade bestand van Vektis.

Het Verzekerden - en schade bestand van Vektis

In dit bestand zijn alle kosten die in één kalenderjaar zijn gemaakt per patiënt terug te vinden. Deze kosten zijn uitgesplitst over een aantal categorieën zorgverleners. De kosten behelzen het gehele kalenderjaar. Het is daardoor mogelijk dat deze kosten verschillende poliklinische behandeltrajecten of klinische opnames behelzen. Het is dan niet aan te geven welke kosten uit welke verwijzing voortvloeien. Om de kosten behorende bij een bepaald type verwijzing te kunnen vaststellen, selecteren wij alleen die patiënten die in één kalenderjaar precies één keer zijn verwezen en bovendien géén klinische opname hebben gehad. Het Vektis-bestand komt met ruim één jaar vertraging beschikbaar. Daarom voeren wij de analyses in 2005 met gegevens over het jaar 2003. Voor het voorspellend model is het wenselijk onderscheid te kunnen maken naar specialisme waarnaar is verwezen. Binnen het Vektis-bestand is dit gegeven niet voorhanden. Er is derhalve tevens een koppeling noodzakelijk tussen het Vektisbestand en de LAZR-gegevens, uiteraard wel over dezelfde periode.

6.2.3 *Koppeling van gegevensbestanden aan CBS-bestanden*

Aangezien we geïnteresseerd zijn in de verwijzingen van de bedrijfsarts, zijn alleen de veranderingen in verwijspatroon van *werknemers* relevant. De databestanden bevatten geen gegevens omtrent werknemerschap. Om toch een selectie op basis van werknemerschap te kunnen maken is koppeling met het Verzekerde Personen en Dienstverbanden (VPD)-bestand van het CBS mogelijk. De koppeling wordt gelegd via gegevens uit de gemeentelijke basisadministratie (GBA).

Het CBS hanteert een stringente procedure voor het koppelen van bestanden om de privacy voldoende te beschermen. Tevens is in het kader van deze procedure aan de respectievelijke beheersorganen van de registraties toestemming gevraagd om de voorgenomen koppeling te mogen uitvoeren. Deze toestemming is voor alle bestanden verkregen, met uitzondering van het Zorgis. De eigenaar van de gegevens, GGZ Nederland, heeft geen toestemming gegeven om de gegevens te koppelen aan de bestanden van het CBS. Selectie van de werknemers is daardoor niet-mogelijk. We selecteren wel op leeftijd, te weten de categorie 15-65 jaar. In deze groep zitten echter ook niet-werknemers.

6.3 **Resultaten**

Onderstaande tabel geeft het selectieproces weer en de omvang van het uiteindelijke bestand waarmee wij de analyses hebben uitgevoerd.

Tabel 6-1 Gegevensbestanden eerste selectie

Registratie	Selectiedatum	aantal records na koppeling	Waarvan ZFW en 15-65 jaar	% oorspronkelijk bestand	Waarvan werknemer	% oorspronkelijk bestand
LAZR	1e poli-bezoek	1.472.567	398.148	27,0%	206.310	14,0%
LiPZ	verwijzing	3.310	2.335	70,5%	1.524	46,0%
Zorgis	aanmelding	57.041	43.725	76,7%		
LINH	verwijzing	24.362	10.762	44,2%	6.367	26,1%

NB: Bij Zorgis is alleen op leeftijd geselecteerd. Verzekeringwijze is niet geregistreerd.

Essentieel bij de verdere analyse is dat het gegeven 'verwijzer' bekend is. Selectie op een bruikbare invulling van dit gegeven levert een verdere reductie op zoals weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 6-2 Records waarin verwijzer bekend is

registratie	totaal aantal records	aantal bruikbare records	% oorspronkelijke bestand
LAZR	206.310	37.267	2,5%
LiPZ	1.524	1.523	46,0%
Zorgis	43.725	38.110	

6.3.1 Analyse LAZR

De verwijzers bestaan uit andere specialisten, huisartsen en overig (tabel 6-3). Huisartsen verwijzen de meeste werknemers naar een specialist. Bij de eindmeting zal de categorie bedrijfsarts zijn toegevoegd. Deze valt nu nog onder 'overig'.

Tabel 6-3 Verwijzers LAZR

Verwijzer	N	%
specialist	1683	4,5
huisarts	35564	95,4
overig	20	0,1
totaal	37267	100,0

In de LAZR zijn de verwijzingen te specificeren naar specialisme waarnaar is verwezen. We hebben dit gedaan voor alle verwijzingen die door de huisarts zijn gedaan. Voor verwijzingen van specialist naar specialist is dit minder relevant.

Tabel 6-4 Specialismen waarnaar is verwezen door huisarts

Specialisme	aantal	%
Inwendige geneeskunde	2648	7,4
Cardiologie	1500	4,2
Longgeneeskunde	758	2,1
Reumatologie	519	1,5
Gastro-enterologie	620	1,7
Anesthesiologie	235	0,7
Heelkunde	6589	18,5
Urologie	1281	3,6
Orthopedie	2974	8,4
Neurochirurgie	317	0,9
Plastische chirurgie	1186	3,3
Gynaecologie	3972	11,2
Kindergeneeskunde	34	0,1
Neurologie	2557	7,2
Dermatologie	2439	6,9
Keel- neus- oorheelkunde	2716	7,6
Oogheelkunde	2994	8,4
Revalidatie	235	0,7
mondziekten en kaakchirurgie	1953	5,5
Overige specialismen	37	0,1
Totaal	35564	100

6.3.2 Analyse LiPZ

Patiënten van de fysiotherapie-praktijken worden in hoofdzaak door huisartsen verwezen. In de volgende tabel zijn de aantallen verwijzingen weergegeven. Bij de eindmeting zal de categorie bedrijfsarts zijn toegevoegd. Deze valt nu nog onder 'overig'.

Tabel 6-5 Verwijzers LiPZ

	N	%
specialist	110	7,2
huisarts	1.410	92,5
overig	3	0,2
totaal	1.523	100,0

Bij de verwijzingen is de verwijfsdiagnose een belangrijk gegeven. De diagnose wordt in de LiPZ vastgelegd volgens de indeling van de ICPC-1 / 2000. In de volgende tabel hebben we de verwijfsdiagnoses in een aantal categorieën gerubriceerd.

Tabel 6-6 Overzicht verwijfsdiagnoses LiPZ

omschrijving klacht/aandoening	aanta	%
nekkachten	186	12,4
rugklachten	161	10,6
lage rugpijn zonder uitstraling	264	17,3
aandoening wervelkolom/bekken	192	12,6
Arm/hand	121	7,9
Been/voet	103	6,8
spieren/pezen/gewrichten	106	7,0

omschrijving klacht/aandoening	aantal	%
fractuur / verstuiking / ander letsel	100	6,6
bewegingsapparaat		
zenuwstelsel	52	3,4
psychische problemen	23	1,5
luchtwegen	41	2,7
overig	113	7,4
geen diagnose ingevuld	58	3,8
totaal	1523	100,0

6.3.3 *Analyse Zorgis*

De gegevens van verwijzers wijken wat af van voorgaande registraties. In de rubriek overigen zijn aanmeldingen van buiten de gezondheidszorg opgenomen, bijvoorbeeld aanmelding op eigen initiatief, door familie door hulpverleningsinstanties etc. Bij de eindmeting zal de categorie bedrijfsarts zijn toegevoegd. Deze valt nu nog onder 'overig'.

Tabel 6-7 Verwijzers Zorgis

	aantal	%
Huisarts	23983	62,9
Ggz-instelling	5864	15,4
overig gezondheidszorg	1545	4,1
Overigen	6718	17,6
Totaal	38110	100,0

Het meeste inzicht in de aard van de verwijzing geeft de aanmeldklacht. Deze is in de volgende tabel voor de gehele populatie weergegeven.

Tabel 6-8 Aanmeldklacht bij verwijzing, totaal

	aantal	%
Stemmingsklachten	5416	12,39
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten	2633	6,02
Psychotische klachten	843	1,93
Klachten met betrekking tot het lichaam	617	1,41
Gedragklachten	1331	3,04
Geheugen-/oriëntatieklachten en cognitieve klachten	172	0,39
Identiteitsklachten	270	0,62
School- en leerkrachten en concentratieklachten	122	0,28
Klachten met betrekking tot de opvoeding	646	1,48
Klachten met betrekking tot relatie partner/gezin/familie	1349	3,09
Klachten met betrekking tot werk/studie	357	0,82
Klachten met betrekking tot het leggen van contacten	149	0,34
Klachten naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis	703	1,61
Klachten met betrekking tot verslaving	1740	3,98
Geen eigen klachten; betrokken bij de hulp aan ander persoon	3325	7,60
Niet in enige categorie onder te brengen	1362	3,11
Onbekend	22690	51,89
Totaal	43725	100,00

Omdat de verwijzingen door de huisarts voor het onderzoek het meest belangrijk zijn, en de verwijzingen door de huisarts in dit geval ca 63% van alle verwijzingen vormen hebben we de aanmeldklacht ook afzonderlijk voor de verwijzingen door de huisarts weergegeven.

Tabel 6-9 Aanmeldklacht bij verwijzing door huisarts

	aantal	%
Stemmingsklachten	3839	16,01
Angst- en spanningsklachten, fobische klachten, dwangklachten	1899	7,92
Psychotische klachten	368	1,53
Klachten met betrekking tot het lichaam	413	1,72
Gedragsklachten	731	3,05
Geheugen-/oriëntatieklachten en cognitieve klachten	79	0,33
Identiteitsklachten	171	0,71
School- en leerkrachten en concentratieklachten	68	0,28
Klachten met betrekking tot de opvoeding	387	1,61
Klachten met betrekking tot relatie partner/gezin/familie	936	3,90
Klachten met betrekking tot werk/studie	181	0,75
Klachten met betrekking tot het leggen van contacten	74	0,31
Klachten naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis	477	1,99
Klachten met betrekking tot verslaving	248	1,03
Geen eigen klachten; betrokken bij de hulp aan ander persoon	1256	5,24
Niet in enige categorie onder te brengen	541	2,25
Onbekend, niet ingevuld	12315	51,35
Totaal	23983	100,00

6.4 Evaluatie

De benodigde gegevensbestanden zijn aangeleverd door Prismant (LAZR en Zorgis) en het Nivel (Linh en LiPZ). Omdat het CBS voor de koppelingen enige tijd reserveert, leveren onjuiste bestanden flink wat vertraging op. Daarom is een goede controle van de databestanden die aan het CBS worden aangeboden, noodzakelijk. Van belang is tevens dat de gekoppelde bestanden bij het CBS moeten blijven. Wanneer tijdens de analyse blijkt dat nadere bestudering van de gekoppelde bestanden nodig is, moeten we een nieuwe afspraak maken met het CBS. Door de verschillende schakels en mogelijke vertragingen die onvermijdelijk zullen optreden bij de effectmeting, is het klaar zijn van analyse en rapportage van dit deelproject op 1 mei 2005 niet mogelijk zonder kwaliteitsverlies.

6.5 Conclusie

Deze nulmeting heeft aangetoond dat met de registraties LAZR, LiPZ, Zorgis en de VPD- en GBA-bestanden van het CBS, een procedure kan worden doorlopen waarbij we zicht krijgen op het aantal verwijzingen van ziekenfondsverzekerde werknemers naar de medisch-specialisten en fysiotherapeuten. Helaas was selectie van werknemers voor de Ggz niet toegestaan. Hier hebben we de verwezen personen tussen de 15 en 65 jaar geselecteerd.

Pas wanneer volgend jaar dezelfde procedure is doorlopen met de gegevens van een jaar later, kunnen we conclusies trekken over mogelijke verschuivingen. Wanneer er verschuivingen optreden in verwijspatroon, zullen we met deze bestanden aangevuld met een bestand van Vektis ook een uitspraak kunnen doen over verschuivingen in de

kosten. Het lijkt ons tevens essentieel voldoende tijd voor deze procedures en analyses uit te trekken in april en mei 2005 om kwalitatief verantwoorde uitspraken te kunnen doen.

A De begeleidingscommissie

Leden van de begeleidingscommissie (september 2004)

Organisatie	Persoon
KNMG	Mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen
FNV	Dhr. dr. H.F. (Henk) van der Velden
Orde MS	
ZN	Dhr. A.L.J.E. (Armand) Martens
BOA	Dhr. drs. L.W.J.P (Paul) de Wit
NVAB	Dhr. E.P. (Ernst) Harderwijk
LHV	Mw. M. (Marijke) Nelissen
AWVN	Dhr. R.W.P.A.M. (Ronald) de Leij
VVV	Dhr. drs. S. (Sietze) Rozema (Nationale-Nederlanden)
KNGF	Dhr. drs. A.L.J. (Alex) Verhoeven
GGZ Nederland	Mw. drs. E.J. W. (Winkie) Zeldenrust

Vertegenwoordigers van opdrachtgever en opdrachtnemer in de begeleidingscommissie

Organisatie	Persoon
CVZ	Mw. drs. M.G. (Marjet) Veenstra-Veldhuis
CVZ	Mw. dr. F. (Floor) Rikken
TNO Arbeid	Mw. dr. R. (Romy) Steenbeek, drs. D.J. (Dick) van Putten
Prismant	Dhr. dr. R.B. (Tijn) Kool
MarketConcern	Dhr. ing. E. (Erik) Visser

Verantwoordelijkheden

Het doel van het project is het beschrijven van de huidige situatie vóór invoering van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen, het volgen van de ontwikkelingen tijdens de invoering en het in kaart brengen van veranderingen één jaar na invoering. Het projectteam is verantwoordelijk voor de producten die aan de opdrachtgever worden geleverd. Hij informeert de begeleidingscommissie over de voortgang van en ontwikkelingen tijdens het project. De begeleidingscommissie heeft een adviserende rol. Zij zal het project kritisch volgen en hierbij input, expertise en ervaring uit de praktijk leveren.

Samenvatting van de taken van de begeleidingscommissie

- Het projectteam informeren over ontwikkelingen in het veld die van invloed zijn op de invoering van de verwijsfunctie;
- Het schetsen van toekomstperspectieven van de betrokken partijen die van invloed zijn op de invoering van de verwijsfunctie;
- Het stimuleren van medewerking bij de achterban aan het onderzoek naar de invoering van de verwijsfunctie bedrijfsarts;
- Het inlichten van de eigen achterban over projectvoortgang en projectresultaten
- Het opvangen van signalen uit de achterban en deze doorgeven aan het projectteam;
- Het projectteam adviseren over mogelijke belemmerende en bevorderende factoren gedurende het onderzoek;
- Het projectteam adviseren over de grote lijnen van conceptinstrumenten;
- Het projectteam adviseren over conceptrapporten, inclusief aanbevelingen in het eindrapport die voortkomen uit het onderzoek.

B Lijst met geïnterviewden deelproject 5

Arbodiensten	
Achmea Arbo BV	Drs. C. Goudswaard
ArboDuo BV	Drs. K. Hartman
ArboNed	Drs. P. de Wit
Arbo Unie	Drs. Ing. P. Staal
Ardyn	Drs. A. Janse
Commit	Dhr. J. Bruining
KLM Arbo Services	Drs. J. van Geenhuizen
Maetis Arbo	Drs. H.J. Pleiter
Zorgverzekeraars	
AGIS	Dhr. L. Bokhout
De Friesland	Dhr. S. Tilstra
Menzis	Drs. H.J. van der Hoek
Trias	Drs. P. Hoogenberk
VGZ/IZA	Drs. M. Brorens
Zilveren Kruis	Dhr. G. Verhey
Inkomensverzekeraar	
Achmea Inkomensverzekeraars	Drs. D. Kamermans
De Amersfoortse	Mr. F.J.M. Romijn
Nationale Nederlanden	Drs. S. Rozema
Ohra BV	Drs. M. Duvivier
Reïntegratiebedrijf	
Agens BV	Dhr. B.R.C. Kars
Cenzo BV	Drs. I. Pos
De Gezonde Zaak	Dhr. G.J. van der Sangen MBA
HSK Bedrijven	Prof.dr. C.A.L. Hoogduin
Keerpunt	Mr.drs. E.S.A. Lots
Winnock	Dhr. H. Paauw
Brancheloket	
BGZ Wegvervoer	Dhr. A. Smit
BOVAG	Dhr. J. Kleiboer
Frugi Venta	Drs. L.A.M. Welschen
KVGO	Dhr. B. Hoogenboom / Dhr. H.J. Pieters
Sectorfondsen Zorg en Welzijn	Drs. T.J. Hoeve
Koepelorganisatie	
BOA	Mr. A.P.M.G. Schoenmaeckers
NVAB	Dhr. B. Sorgdrager
VNO/NCW	Mr. C.S. Frenkel
Zorgverzekeraars Nederland	Drs. A. Martens

C Persoonskenmerken van de melders van het LMA

Onderstaande tabel geeft de persoonskenmerken weer van de melders bij het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening (LMA).

Vraag	Helpdesk- registratie	Internet- enquête	Totaal
Geslacht			
Man (%)	22	42	35
Vrouw (%)	74	58	63
Onbekend (%)	4	0	1
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	23	48	71
Leeftijd			
15-25 (%)	0	2	1
26-35 (%)	13	17	15
36-45 (%)	57	35	42
46-65 (%)	22	46	38
Overig (%)	9	0	3
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	23	48	71
Opleiding			
Lager (%)	9	25	20
Middelbaar (%)	48	35	39
Hoger (%)	39	40	39
Onbekend (%)	4	0	1
Totaal (%)	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	23	48	71
Gezondheidsprobleem/arbeidshandicap			
Langdurig lichamelijk (%)	43	15	24
Kortdurend lichamelijk (%)	0	6	4
Psychisch (%)	39	15	23
Kort+ lang lichamelijk (%)	0	2	1
Langdurig lichamelijk + psychisch (%)	17	31	27
Kortdurend lichamelijk + psychisch (%)	0	31	21
Totaal	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	23	48	71

D Opmerkingen van werknemers ten aanzien van de bedrijfsarts

(On)afhankelijkheid van de bedrijfsarts

- Ik ben 5½ maand ziek thuis en ben in november weer begonnen met opbouwen. Nu was ik laatst bij de bedrijfsarts en die zegt dat ik me pas als ik precies een jaar ziek ben beter moet melden. Meld ik me eerder beter, dan zou dat nadelig zijn voor de werkgever, want dan moet die weer twee jaar loon doorbetalen. Maar misschien wil ik me al eerder geheel beter melden;
- De bemiddelaar heeft na één gesprek met de 'pester' aangegeven dat vrouw een andere school moest gaan zoeken om te werken en dat vrouw niet competent was voor haar functie, "Ik ben tot de bodem afgekraakt". De arboarts heeft al in een vroeg stadium met haar huisarts contact gehad en aangegeven dat de huisarts haar maar de WAO in moest praten. Het reïntegratieproces is dus volledig mislukt. Er is geen plan van aanpak gemaakt;
- Kan dit gewoon allemaal, ik bedoel: mensen onder druk zetten door toespelingen te maken op ontslag, druk op de ketel zetten om maar zo snel mogelijk aan het werk te gaan, mensen snel aan het werk sturen zonder een adequaat onderzoek, of eventueel gegevens opvragen bij een huisarts? (probleem artrose in onderrug, bedrijfsarts wilde niet op uitslag onderzoek wachten maar verklaarde meneer weer beter);
- Er is nauwelijks meer contact met arboarts of werkgever geweest. Betrokkene is uiteindelijk voor twee uur per dag op arbeidstherapeutische basis gereïntegreerd in een functie die beslist niet passend is. Verder heeft men betrokkene laten 'zwemmen'. De WAO-aanvraag is binnen. De arboarts heeft hierop besloten dat betrokkene direct weer fulltime in zijn eigen functie moest gaan werken. Waarschijnlijk om een sanctie te ontlopen. De arboarts heeft getracht medische gegevens van de huisarts te verkrijgen die er helemaal niet toe doen. Hij wilde alle gegevens vanaf de geboorte hebben. Huisarts heeft dit geweigerd. De arboarts heeft ook een brief gestuurd aan de werkgever, waarin hij stelde dat betrokkene niet voldoende meewerkte aan zijn reïntegratie omdat hij in eerste instantie niet wilde meewerken aan de verwijzing naar de psycholoog. Werkgever startte hierop een ontslagprocedure;
- Bedrijfsartsen worden volgens mij onder druk gezet door de werkgever. Ook de adviezen die bedrijfsartsen geven zijn niet correct. In eerste instantie had ik mij volledig ziek gemeld maar op aandringen van de bedrijfsarts ben ik halve dagen gaan werken. Huisarts was het daar niet mee eens. Ik heb dat toch gedaan, wat later resulteerde dat de arbeidsverhouding met inmiddels mijn ex-werkgever dusdanig slecht werd dat zij, toen ik mij volledig ziek meldde, hun kans zagen, daar ik al voor 50% in de WAO zat en toen 80/100% WAO direct een ontslag procedure opstartten. En dat na een arbeidsduur van bijna 21 jaar met veel overwerk en werkdruk;
- De arboarts was zo veranderlijk als het weer. Sommige momenten had hij alle begrip voor mijn situatie (burnout vastgesteld door psychologe) maar nadat werkgever met arboarts belde moest ik vervangend werk doen!

Afstemming

- De bedrijfsarts wil geen informatie inwinnen bij de internist, hoewel mevrouw hier meermaals om heeft verzocht;
- De huisarts en de psycholoog willen dat zij een tijdje rust neemt. Zij moest van de bedrijfsarts weer beginnen maar het UWV heeft dat bij second opinion afgeraden. Rust zou volgens de huisarts en psycholoog het beste zijn maar betrokkene krijgt geen rust, omdat ze steeds weer gesprekken heeft met de bedrijfsarts en de casemanager. De bedrijfsarts wil haar nu doorverwijzen naar een psychiater;
- Helaas bleek de arboarts niet te communiceren met de psycholoog naar wie hij mij verwees (werken in zelfde gebouw). Mijn opbouwschema voor werkhervatting ging veel te hard van stapel (in 3 weken weer fulltime werken na overspannenheid), advies van de begeleidend psycholoog opbouwen in 2,5 maand met ook inhoudelijke adviezen zoals niet teveel cliënten zien enzovoorts. Nogal een groot contrast! Als zieke werknemer moest ik dus voor de communicatie zorgen met veel onnodige stress die voorkomen had kunnen worden;
- De arboarts waar ik voor het eerst kwam heeft totaal niet naar me geluisterd. Ze wist niet eens waar het over ging maar vertelde mij dat ik over vier weken weer moest werken en dat ik zelf mijn werkgever moest bellen voor een afspraak tot gesprek (terwijl er een conflict speelt met mijn werkgever). Lichamelijke klachten behoorden bij de huisarts en als ik geestelijke problemen had moest ik maar naar een psychotherapeut. Ik had wat verslagen gemaakt van de situatie en brieven van mijn werkgever maar die wilde ze niet eens aanpakken. Een casemanager was te duur. Ze zei verder dat mijn werkgever en ik er wel uit zouden komen. Zij hoefde mij niet meer te zien;
- Daarnaast heb ik twee maal een telefonisch consult gehad (tweede maand en twaalfde maand). Psycholoog heeft haar mening gegeven, deze kwam echter geheel niet terug in verslaglegging c.q. reïntegratieadvies;
- De eerste arts zei dat ik burnout was. De tweede arts moest mijn dossier nog lezen toen ik er al was. Volgens hem was ik niet burnout.

Bejegening

- Ik ben begonnen in een andere functie (aangepast) en werk inmiddels weer acht uur per dag, verder volg ik een opleiding op de nieuwe plek, net zoals alle andere medewerkers daar. Nu wil de bedrijfsarts niet dat ik me beter meld;
- Echter mijn bedrijfsarts meent nog steeds dat ME veroorzaakt wordt door psychische klachten, terwijl tegendeel allang wetenschappelijk bewezen is. Men gunt mij niet de tijd voor herstel. De keuringsarts heeft blijkbaar helemaal niet naar mij geluisterd, want ik moet maar gewoon gaan werken. Hij (internist) beaamt dat de diagnose van mijn behandelend arts juist is en zegt dat deze ziekte zeker geen psychische oorzaak heeft!;
- De arboarts gaf de werkgever, nadat ik zeven maanden thuiszat, het advies dat ik waarschijnlijk binnen drie weken weer aan het werk kon. Ik heb een operatie aan mijn knie gehad. Op het moment dat hij dat advies gaf, dus na zeven maanden, had hij nog niet één keer naar mijn knie gekeken;
- De arboarts heeft namelijk niets gedaan om mij aan aangepast werk bij de werkgever te helpen. Er is niet eens in een gesprek over gepraat. Had het gevoel helemaal alleen te staan tijdens mijn ziekte en later WAO (t.n.t.)-periode. De arboarts had een "volledig reïntegratieverslag" gemaakt dat onvoldoende, weinig tot niet was ingevuld;
- Bij de laatste twee gesprekken kreeg ik een andere arboarts. Deze vertelde hele tegenstrijdige en verwarrende verhalen, vroeg zich af of mijn specialist wel kwaam was en wilde niet aannemen dat mijn situatie anders lag als de stan-

daardgevallen. Hij luisterde niet naar mijn verhaal, stelde over mijn situatie ook geen vragen.

Positief

- Ervaring met arbo-arts: Heel goed. ik was zelf al hulp gaan zoeken en was bij een psychiater die met medicijnen werkte. De arboarts raadde een psychotherapeut aan. Daar ben ik wel heen geweest maar ik wilde toch liever eerst met medicijnen bij de psychiater die ik al had aan de gang. Dat respecteerde de arboarts volkomen;
- Bedrijfsarts doet erg zijn best en is kundig;
- Dankzij de steun van de bedrijfsarts en de bedrijfsmaatschappelijk werker kan voorkomen worden dat mijn ziekte (burnout) uitmondt in een arbeidsconflict.

E Toelichting koppelingsprocedure deelproject 6

De drie bronbestanden bevatten alle drie de variabelen: geboortedatum (jaar, maand, dag), de viercijferige postcode en het geslacht van de persoon. Deze drie gegevens bevinden zich ook in het GBA-bestand. Aan de hand daarvan wordt de koppeling uitgevoerd. Om anonimiteit van personen te waarborgen worden deze drie gegevens omgezet naar een betekenisloos nummer, RINpersoon. Dit wordt in de drie bronbestanden gedaan én in het VPD-bestand waarmee moet worden gekoppeld. De koppeling kan dan worden uitgevoerd aan de hand van deze RINpersoon.

Er waren bij de koppelingsprocedure drie mogelijkheden:

1. De drie bronbestanden bevatten meerdere records die behoren bij dezelfde combinatie van geboortedatum, postcode en geslacht. Vrijwel altijd zal het gaan om dezelfde persoon die verschillende keren in het bestand voorkomt.
2. Het VPD-bestand kan per persoon meerdere records bevatten, waarbij elk record hoort bij een afzonderlijk dienstverband.
3. De combinatie van geboortedatum, postcode en geslacht is in de GBA niet uniek, maar kan meerdere keren voorkomen. Hierdoor kan een koppeling van één record uit een bronbestand worden gekoppeld aan meer dan één record in de GBA. Er komen zodoende meerder RINpersoon-nummers bij elk record.

Deze drie omstandigheden zijn als volgt behandeld:

1. Meerdere records in de bronbestanden zijn gehandhaafd. In een later stadium wordt de inhoudelijke betekenis van deze combinaties verder geanalyseerd.
2. In het VPD-GBA bestand is per persoon nagegaan of sprake is van werknemerschap. Een persoon wordt geacht werknemer te zijn wanneer er minimaal één dag in het derde kwartaal 2003 sprake is geweest van een dienstverband. Per persoon is één record gehandhaafd en de (variërende) gegevens omtrent dienstverbanden zijn vervangen door de variabele wel/geen werknemer.
3. In de koppelingsprocedure zijn door het CBS de records in de bronbestanden gekopieerd in meerdere records, wanneer sprake was van een koppelingsmogelijkheid met meerdere personen in de GBA (meerdere RINpersoon nummers). Wanneer zo meerdere exemplaren van hetzelfde record zijn ontstaan hebben deze in de koppelingsprocedure een volgnummer gekregen ter onderscheid.

In de volgende tabel is weergegeven hoe vaak sprake is van meerdere koppelingsmogelijkheden per bronbestand. NB. volgnr. 0 wil zeggen: er is geen koppeling gemaakt.

Overzicht koppelingsmogelijkheden per bestand

aantal gelegde koppelingen	Lazr		LIPZ		LINH	
	N	%	N	%	N	%
0	31.537	7,9%	110	4,7%	383	3,6%
1	312.367	78,5%	1.885	80,7%	8.894	82,6%
2	48.123	12,1%	313	13,4%	1.307	12,1%
3	5.304	1,3%	21	0,9%	155	1,4%
4	629	0,2%	6	0,3%	16	0,1%
5	114	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
6	40	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
7	20	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
8	4	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
9	3	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10	3	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
11	3	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
13	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totaal	398.148	100,0%	2.335	100,0%	10.762	100,0%

Doordat identificerende gegevens door het CBS, als onderdeel van de koppelingsprocedure, zijn verwijderd is niet met zekerheid na te gaan welke records nu als kopieën van elkaar moeten worden beschouwd. Dat beperkt de mogelijkheden om overeenkomsten en verschillen tussen de ontstane kopieën te beoordelen.

Het maken van de koppeling heeft enkel tot doel het bepalen van het werknemerschap. Daarom is nagegaan in hoeverre verschil bestaat in de status wel/geen werknemer bij de eerste koppelingsmogelijkheid, de tweede, de derde en zo voorts. In tabel 3 is een overzicht gegeven van alle koppelingsmogelijkheden. Omdat per persoon méér dan één keer gekoppeld kan zijn is het aantal koppelingen groter dan het oorspronkelijke aantal records in de bronbestanden.

Bij de LAZR is het verschil tussen de eerste koppelingsmogelijkheid en de overige koppelingsmogelijkheden 2,7%. (56,3% respectievelijk 59,0%). De betekenis van dit verschil wordt nader bekeken bij de analyses in 2005. Voor de beide andere registraties is het verschil kleiner en bovendien zijn de verschillen hier niet significant (mede door de kleinere aantallen).

Geconcludeerd is dat het voor het eindresultaat weinig of niet van invloed is welke van de koppelingsmogelijkheden wordt gekozen. Daarom wordt gekozen voor de eerste koppelingsmogelijkheid per oorspronkelijk record uit de bronbestanden, aangezien dit verreweg de eenvoudigste en de meest eenduidige manier is om te komen tot een keuze, wanneer zich meerdere koppelingsmogelijkheden voordoen.

Aantallen koppelingsmogelijkheden en werknemerschap

Volgnr	werknemer	lazr		lipz		linh	
		nee	ja	Nee	ja	nee	ja
0	N	31.537	0	110	0	383	0
	%	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0
1	N	160.301	206.310	701	1.524	4.012	6.367
	%	43,7	56,3	31,5	68,5	38,7	61,3
2	N	22.245	31.999	110	230	550	935
	%	41,0	59,0	32,4	67,6	37,0	63,0
3	N	2.417	3.704	8	19	67	111
	%	39,5	60,5	29,6	70,4	37,6	62,4
4	N	393	424	1	5	11	12
	%	48,1	51,9	16,7	83,3	47,8	52,2
5	N	100	88			3	4
	%	53,2	46,8			42,9	57,1
6	N	33	41			2	3
	%	44,6	55,4			40,0	60,0
7	N	13	21			3	0
	%	38,2	61,8			100,0	0,0
8	N	9	5				
	%	64,3	35,7				
9	N	8	2				
	%	80,0	20,0				
10	N	3	4				
	%	42,9	57,1				
11	N	1	3				
	%	25,0	75,0				
12	N	0	1				
	%	0,0	100,0				
13	N	0	1				
	%	0,0	100,0				
Totaal	N	217.060	242.603	930	1.778	5.031	7.432
	%	47,2	52,8	34,3	65,7	40,4	59,6

F Andere gegevens van de bronbestanden deelproject 6

Geslacht per bronbestand na selectie op leeftijd, verzekeringsvorm en werknemerschap

Geslacht	BRON							
	LAZR		LiPZ		Zorgis		LINH	
	aantal	%	Aantal	%	aantal	%	aantal	%
Man	85470	41,4	524	34,4	19673	45,0	2429	38,1
Vrouw	120840	58,6	1000	65,6	24052	55,0	3938	61,9
Totaal	206310	100	1524	100	43725	100,0	6367	100

Leeftijdsopbouw per bronbestand na selectie op leeftijd, verzekeringsvorm en werknemerschap

Leeftijd	BRON							
	LAZR		LiPZ		Zorgis		LINH	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
16-20	16640	8,07	121	7,94	3891	8,90	489	7,68
21-25	21084	10,22	190	12,47	4500	10,29	673	10,57
26-30	24865	12,05	207	13,58	4907	11,22	777	12,20
31-35	23155	11,22	190	12,47	6168	14,11	681	10,70
36-40	31955	15,49	270	17,72	6686	15,29	1049	16,48
41-45	24827	12,03	175	11,48	6181	14,14	847	13,30
46-50	24291	11,77	165	10,83	4712	10,78	838	13,16
51-55	22636	10,97	137	8,99	3397	7,77	641	10,07
56-60	14004	6,79	64	4,20	2222	5,08	309	4,85
61-64	2853	1,38	5	0,33	1061	2,43	63	0,99
Totaal	206310	100,00	1524	100,00	43725	100,00	6367	100,00

G Controle aan de hand van de LINH

De groepen die zijn verwezen door de huisarts binnen respectievelijk LAZR, LiPZ en Zorgis zijn vergeleken met de overeenkomende groepen binnen de LINH. Daarmee beoordelen wij in hoeverre van vergelijkbare groepen sprake is. Deze vergelijking heeft plaatsgevonden aan de hand van de gegevens: geboortjaar en geslacht. In de volgende tabellen zijn hiervan de resultaten weergegeven:

Controle van LAZR

Vergelijking LAZR-LINH, geslacht

		LAZR	LINH
Man	N	15.604	1.286
	%	43,9	43,1
vrouw	N	19.960	1.695
	%	56,1	56,9
Totaal	N	35.564	2.981
	%	100	100

Vergelijking LAZR-LINH, leeftijd

		LAZR	LINH
16-20	N	2.943	236
	%	8,3	7,9
21-25	N	3.702	288
	%	10,4	9,7
26-30	N	4.272	297
	%	12,0	10,0
31-35	N	3.952	297
	%	11,1	10,0
36-40	N	5.587	490
	%	15,7	16,4
41-45	N	4.318	398
	%	12,1	13,4
46-50	N	4.104	424
	%	11,5	14,2
51-55	N	3.831	330
	%	10,8	11,1
56-60	N	2.412	179
	%	6,8	6,0
61-64	N	443	42
	%	1,2	1,4
Totaal	N	35.564	2.981
	%	100	100

Vergelijking LAZR - LINH, gemiddelden

	Bron	N	Gemiddelde
geslacht	LAZR	35564	1,5612 ¹
	LINH	2981	1,5686
Leeftijd	LAZR	35564	38,9007
	LINH	2981	39,5740

Uit bovenstaande tabellen blijkt dat qua geslacht beide populaties niet verschillen.

Controle van LiPZ

Vergelijking LiPZ - LINH, geslacht

		LiPZ	LINH
Man	N	478	843
	%	33,9	40,6
Vrouw	N	932	1.232
	%	66,1	59,4
Totaal	N	1.410	2.075
	%	100	100

Vergelijking LiPZ - LINH, leeftijd

		LiPZ	LINH
16-20	N	116	141
	%	8,2	6,8
21-25	N	175	212
	%	12,4	10,2
26-30	N	192	257
	%	13,6	12,4
31-35	N	178	208
	%	12,6	10,0
36-40	N	251	342
	%	17,8	16,5
41-45	N	163	294
	%	11,6	14,2
46-50	N	146	296
	%	10,4	14,3
51-55	N	127	225
	%	9,0	10,8
56-60	N	58	87
	%	4,1	4,2
61-64	N	4	13
	%	0,3	0,6
Totaal	N	1.410	2.075
	%	100	100

¹ het gemiddelde moet als volgt worden geïnterpreteerd: de waarde 1 staat voor man, de waarde twee voor vrouw. Een gemiddelde boven 1,5 wil dus zeggen: er zijn meer vrouwen dan mannen.

Vergelijking LiPZ - LINH, gemiddelden

	Bron	N	Gemiddelde
Geslacht	LiPZ	1410	1,6610
	LiNH	2075	1,5937
Leeftijd	LiPZ	1410	37,1702
	LiNH	2075	38,9142

Uit bovenstaande tabellen blijkt dat beide populaties zowel op geslacht als leeftijd niet verschillen..

Controle van Zorgis

Voor wat betreft de Zorgis-gegevens zijn extra controles uitgevoerd. Voor Zorgis heeft geen koppelingsprocedure plaatsgevonden. Er is nagegaan in hoeverre er verschillen ontstaan in het verwijspatroon bij huisartsen tussen het wel of niet op werknemer selecteren. Aan de hand daarvan kan een indicatie worden verkregen omtrent de vraag of het niet selecteren op werknemer in het algemeen van grote invloed is. In onderstaande tabellen zijn de resultaten weergegeven.

Verwijzingen door huisartsen voor en na koppeling (bron: LINH)

Verwezen naar:	Voor koppeling		Na koppeling	
	N	%	N	%
ziekenhuis	6277	50,4	2981	46,8
fysiotherapie	3686	29,6	2075	32,6
Ggz	370	3,0	168	2,6
Overig	1682	13,5	923	14,5
onbekend	448	3,6	220	3,5
Totaal	12463	100	6367	100

Conclusie: Er zijn geen verschillen in de verdeling van verwijzingen van huisartsen naar de verschillende sectoren voor en na selectie op werknemerschap.

Vervolgens zijn voor diegenen die naar de GGZ zijn verwezen, de verschillen in leeftijd en geslacht bekeken.

Verwijzingen naar GGZ in LINH

	in eindbestand opgenomen	N	gemiddelde
Leeftijd	Nee	202	37,2079
	Ja	168	32,3155
Geslacht	Nee	202	1,6683
	Ja	168	1,5893

De niet-werknemers tussen 16 en 65 jaar die door de huisarts zijn doorverwezen naar de GGZ, zijn significant ouder dan de doorverwezen werknemers. Qua geslacht zijn beide populaties niet verschillend.