



TNO Kwaliteit van Leven
Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.tno.nl/arbeid

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

10286

De juiste verwijzing: evaluatieonderzoek
verwijsfunctie bedrijfsarts

Eindmeting: stand van zaken een jaar na de invoering

Datum	31 mei 2005
Auteurs	R. Steenbeek (TNO Kwaliteit van Leven) R.B. Kool (Prismant) E. Visser (MarketConcern) D.J. van Putten (TNO Kwaliteit van Leven)

Met medewerking van:

TNO Kwaliteit van Leven
M. Evers
E. de Vroome

Prismant
S.M. Kleefstra
J. Stavenuiter
A.C. Carlier

MarketConcern
K.C.F. Lim
D. Willems

© TNO – All rights reserved

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Inhoudsopgave

Voorwoord en leeswijzer.....	7
1 De invoering van de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen: samenvatting en conclusies.....	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Samenvattingen van de deelprojecten	10
1.2.1 De mening van professionals	10
1.2.2 De kwaliteit van de verwijzing.....	12
1.2.3 De mening van werkgevers	14
1.2.4 De mening van besluitvormers over de implementatie van de verwijfsfunctie.....	15
1.2.5 De mening van besluitvormers over de effecten van de implementatie van de verwijfsfunctie en nog bestaande knelpunten.....	17
1.2.6 De overige deelprojecten.....	18
1.2.7 Aanvullende gegevens.....	19
1.3 Conclusies	21
1.4 Beschouwing en toekomstperspectieven.....	23
1.4.1 Beschouwing van de uitkomsten van het onderzoek.....	23
1.4.2 De invloed van marktomstandigheden op de verwijfsfunctie.....	24
1.4.3 Toekomstperspectieven.....	25
2 Achtergrond, doel en opzet van het onderzoek.....	27
2.1 Achtergrond van het onderzoek	27
2.2 Doel van het onderzoek.....	27
2.3 Opzet van het onderzoek	27
2.4 De eindrapportage	28
2.5 Organisatie	28
3 De mening van de professional.....	29
3.1 Inleiding en vraagstelling	29
3.2 Respons en analysemethode	29
3.2.1 Respons 2003	29
3.2.2 Respons 2004	30
3.2.3 Achtergrondkenmerken.....	31
3.2.4 Analysemethode	32
3.3 Mening over de verwijfsfunctie.....	32
3.4 Beeldvorming	34
3.5 Verwachtingen	35
3.5.1 De verwijzing	36
3.5.2 Indicaties	38
3.5.3 Gevolgen	39
3.6 Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen.....	42
3.6.1 Samenwerking.....	42
3.7 Tevredenheid met samenwerking.....	44
3.8 Interviews	46
3.8.1 Mening over de verwijfsfunctie.....	46
3.8.2 Ervaring met verwijzen	47
3.8.3 Kwaliteit verwijzing.....	47
3.8.4 Consequenties verwijfsfunctie.....	48

3.8.5	Rol bedrijfsarts	48
3.9	Conclusies	48
3.9.1	Mening over de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen	48
3.9.2	Beeldvorming	49
3.9.3	Verwachting ten aanzien van de kwaliteit	49
3.9.4	Verwachtingen ten aanzien van de indicaties	49
3.9.5	Verwachtingen ten aanzien van de gevolgen van de verwijfsfunctie	49
3.9.6	Samenwerking huisarts en bedrijfsarts	50
4	De kwaliteit van de verwijzing	51
4.1	Inleiding en vraagstelling	51
4.2	Methoden	51
4.2.1	Onderzoekopzet	51
4.2.2	Beschrijving van de onderzoekspopulatie en de respons	52
4.3	Het aantal verwijzingen	52
4.4	Indicaties en motief voor verwijzen	53
4.5	De diagnose in relatie tot verwijzingen	54
4.6	De zorgverlener naar wie wordt verwezen	55
4.7	De bekostiging van de zorg die voortkomt uit de verwijzing	55
4.8	De mening van bedrijfsartsen over de invoering van de verwijfsfunctie	57
4.9	De invloed van de invoering van de verwijfsfunctie op de houding van werkgever, arbodienst en zorgverlener	58
4.9.1	Verwachtingen t.a.v. de houding van de werkgever	58
4.9.2	Verwachtingen t.a.v. de houding van de arbodienst	58
4.9.3	Verwachtingen t.a.v. de houding van de zorgverleners	58
4.10	De mening van bedrijfsartsen over mogelijke effecten van verwijzen	59
4.11	Het begrip hoofdbehandelaar	59
4.12	Het gebruik van een verwijfsbrief	60
4.13	De performance indicatoren	61
4.13.1	PI 1 Probleemverheldering	62
4.13.2	PI 2a Criteria voor verwijzing indien werknemer niet is verwezen	63
4.13.3	PI 2b Criteria voor verwijzing indien werknemer wel is verwezen	63
4.13.4	PI 3a Informeren van of afstemmen met de huisarts ten behoeve van verwijzing	63
4.13.5	PI 3b Informeren van of afstemmen met de hoofdbehandelaar ten behoeve van verwijzing	63
4.13.6	PI 4 Indicaties afstemming met hoofdbehandelaar ten behoeve van verwijzing	64
4.13.7	PI 5a Het resultaat van het informeren van de hoofdbehandelaar over de verwijzing	64
4.13.8	PI 5b Het resultaat van het afstemmen met de hoofdbehandelaar over de verwijzing	64
4.13.9	PI 6 Inhoud van de verwijfsbrief	64
4.13.10	PI 7 Continuïteit van de zorg	64
4.13.11	PI 8a Informed consent informatieoverdracht, afstemming en verwijzing met de huisarts en de hoofdbehandelaar	65
4.13.12	PI 8b Informed consent informatieoverdracht, afstemming en verwijzing met degene naar wie is verwezen	65
4.13.13	Totaal PI's	65
4.14	De mening van werknemers	65
4.14.1	Persoonskenmerken en redenen voor bezoek aan de bedrijfsarts	65
4.14.2	Verzuim	66
4.14.3	Werkhervattingsadvies	66
4.14.4	Het meten van de tevredenheid over de begeleiding	66

4.14.5	De verwijzing.....	68
4.14.6	De verwijfsbrief.....	68
4.14.7	De verwijzing en de huisarts	68
4.14.8	Informeren van of afstemmen met andere zorgverleners	69
4.14.9	Opmerkingen van de werknemers	69
4.14.10	De invloed van persoonskenmerken op de mening van werknemers	70
4.14.11	De mening van werknemers in relatie tot de performance indicatoren van de bedrijfsartsen	70
4.15	De mening van de zorgverlener naar wie de bedrijfsarts heeft verwezen	70
4.15.1	Verwijfsbrief en contact met de bedrijfsarts.....	71
4.15.2	Verwijfsfunctie	71
4.15.3	Rol van de bedrijfsarts.....	71
4.16	Conclusies	72
4.16.1	De verwijzing	72
4.16.2	Achtergrond van de verwijzing	72
4.16.3	Wat is er terecht gekomen van de verwachtingen die de bedrijfsartsen hadden over de invoering van de verwijfsfunctie?	72
4.16.4	Kwaliteit van de verwijzing: performance indicatoren	73
4.16.5	De mening van werknemers	73
4.16.6	De mening van zorgverleners.....	74
5	De mening van werkgevers.....	75
5.1	Inleiding en vraagstelling	75
5.2	Methode.....	75
5.2.1	Respons	76
5.2.2	Kenmerken onderzoeksdoelgroep	76
5.2.3	Leeswijzer	76
5.3	Onderzoeksvraag 1: bekendheid werkgevers met verwijfsfunctie	77
5.4	Onderzoeksvraag 2: Aantal werkgevers dat gebruik heeft gemaakt van verwijfsfunctie	78
5.5	Onderzoeksvraag 3: Verwijfsfunctie gericht op reguliere of gespecialiseerde zorg.....	79
5.6	Onderzoeksvraag 4: Ongewenste effecten verwijfsfunctie.....	81
5.7	Onderzoeksvraag 5: Gaan werkgevers gebruik maken van pluspakketten	82
5.8	Onderzoeksvraag 6: Zijn kosten verwijzing vergoed	83
5.9	Onderzoeksvraag 7: Stelt werkgever het op prijs als bedrijfsarts huisartsentaken overneemt.....	84
5.10	Conclusies	85
6	De mening van besluitvormers, arbodiensten en koepels	87
6.1	Inleiding en vraagstelling	87
6.2	Methode.....	87
6.3	Hoe kijken beleidsmakers (arbodiensten, (zorg) verzekeraars, reïntegratiebedrijven en branchekoepels) tegen de verwijfsfunctie aan?	89
6.3.1	Heeft men al bepaald hoe men de verwijfsfunctie inpast in het eigen ondernemingsconcept?	89
6.3.2	Vindt u dat de verwijfsfunctie past bij uw huidige profiel, of leidt dit tot een profiel waarvan u juist afstand wilde nemen?	90
6.3.3	Levert de verwijfsfunctie een wezenlijke toevoeging die past bij de behoefte van de klanten?	91
6.3.4	Gaan zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars meer of minder tweedelijns arbozorg in hun polissen opnemen?	91

6.3.5	Zullen werkgeverskoepels stimuleren dat de werknemers actief van de verwijsfunctie gebruik gaan maken?	91
6.4	Wat zijn de gevolgen van de verwijsfunctie voor de onderlinge relaties tussen arbodiensten, verzekeraars, reïntegratiebedrijven en werkgeversorganisaties?	92
6.4.1	Gaat de verwijzing vooral richting de reguliere zorg of tweedelijns arbocuratieve zorg en wie is hierin bepalend?	92
6.4.2	Zal er door de verwijsfunctie een verandering plaatsvinden in de relatie tussen bedrijfsartsen, huisartsen en arbodiensten?	93
6.4.3	Is de verwijsfunctie uitsluitend een zaak van de arbodienst en de zorgverzekeraar, of wordt ook de inkomensverzekeraar partij?	93
6.5	Wat zijn effecten van de verwijsfunctie voor de directe omgeving en naar de markt?	94
6.5.1	Hoe ziet de geïnterviewde de rol van de bedrijfsarts?	94
6.6	Wat zijn de effecten van de verwijsfunctie?	94
6.6.1	De arbodiensten hebben de hoogste verwachting van de effecten van de verwijsfunctie (tabel 6.2)	94
6.7	Huidige omvang van de verwijsfunctie en registratie van de effecten	96
6.8	Geïdentificeerde knelpunten	96
6.9	Conclusies	98
7	De uitkomsten van het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening	101
7.1	Het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening (LMA)	101
7.2	De melders	101
7.3	Meldingen bij het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening	102
7.3.1	Toelichting bij de meldingen	104
7.4	Conclusies	104
8	De omvang van het aantal verwijzingen	105
8.1	Inleiding	105
8.2	Methodologie	105
8.3	Resultaten	106
8.4	Conclusies	109
9	Ontwikkelingen rond de invoering van de verwijsfunctie: aanvullende gegevens	111
9.1	Representatieve steekproeven onder werknemers: NEA en TAS	111
9.2	Activiteiten gemeld vanuit de begeleidingscommissie	112
	Bijlage 1: De begeleidingscommissie	115
	Bijlage 2: De perceptie van werkgevers	117
	Bijlage 3: Persoonskenmerken melders LMA	121
	Bijlage 4: Toelichting bij LMA meldingen	123
	Bijlage 5: De gebruikte registraties	125
	Bijlage 6: Toelichting koppelingsprocedure deelproject 'Verschuivingen in het verwijspatroon'	127

Voorwoord en leeswijzer

Met ingang van 1 januari 2004 is de verwijsfunctie van bedrijfsartsen ingevoerd. In deze eindrapportage vindt u de resultaten van de een evaluatieonderzoek naar de invoering van deze verwijsfunctie, gebaseerd op een nulmeting voor de invoering en de eindmeting een jaar na de invoering.

Ten behoeve van dit project zijn deelprojecten uitgevoerd en tevens relevante aanvullende gegevens verzameld uit andere projecten.

Dit heeft geresulteerd in een veelheid aan gegevens die vanuit verschillende perspectieven (top down en bottom up) weergeven wat de stand van zaken rond de invoering van de verwijsfunctie bedrijfsarts is.

Om enerzijds een leesbare rapportage te maken en anderzijds verantwoording af te leggen over de uitgevoerde activiteiten is voor de volgende opzet gekozen.

In hoofdstuk 1 vatten we de stand van zaken rond de invoering van de verwijsfunctie bedrijfsarts samen. We beginnen deze beschrijving met de mening van de professionals. Vervolgens behandelen we het 'bottom up' niveau (de bedrijfsarts en werknemer die verwezen wordt) en stappen via mesoniveau (werkgevers) over op 'top down' (de besluitvormers, arbodiensten en koepels).

In hoofdstuk 2 gaan we in op de achtergronden, doel en opzet van het onderzoek. In hoofdstukken 3 tot en met 8 doen we integraal verslag van zes afzonderlijke deelprojecten die ook kort in hoofdstuk 1 zijn samengevat.

Tot slot worden in hoofdstuk 9 aanvullende gegevens gerapporteerd. Het betreft extra monitoractiviteiten die niet voorzien maar relatief eenvoudig uitvoerbaar waren.

De begrippen doorsturen en verwijzen

In het vooronderzoek van CVZ wordt onderscheid gemaakt tussen de begrippen verwijzen en doorsturen:

- Verwijzen in (verzekerings-)technische zin. Verwijzen is een voorwaarde (afgesproken administratieve handeling) voor aanspraak op zorg ten laste van de ziekenfondsverzekering of de AWBZ.
- Doorsturen: verwijzen om zorginhoudelijke redenen.

Doorsturen kan dus al of niet gepaard gaan met verwijzen in verzekeringstechnische zin. Dat hangt af van de situatie. Diagnostiek en behandeling in de tweedelijns arbozorg komen veelal niet ten laste van de ziekenfondsverzekering of AWBZ.

Deze evaluatie/monitoring heeft betrekking op beide aspecten. In sommige gevallen gaat het over verwachtingen van de nieuwe verwijsfunctie voor de bedrijfsarts (en dan is de term verwijzen/verwijsfunctie veelal ook bedoeld als verwijzen in verzekeringstechnische zin), maar in andere gevallen gaat het over concreet gedrag en concrete ervaringen in 2003 en dan zal er vrijwel altijd sprake zijn van doorsturen.

Onderscheid tussen verwijzen en doorsturen kan in de praktijk tot verwarring leiden. De tekst van de huidige rapportage sluit daarom aan bij het spraakgebruik (van overigens alle partijen, professionals en werknemers) waar verwijzen het kernwoord is. We gebruiken het woord 'verwijzen' dus in de zorginhoudelijke betekenis waarbij termen als verwijzen, verwijsbrief of verwijsmotieven zowel betrekking kunnen hebben op verwijzingen naar de Zfw/AWBZ verzekerde zorg als op doorsturen naar de niet Zfw/AWBZ verzekerde zorg.

1 De invoering van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen: samenvatting en conclusies

1.1 Inleiding

Per 1 januari 2004 hebben bedrijfsartsen een formele verwijsbevoegdheid gekregen. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar de kosten van behandelingen als gevolg van een verwijzing door de bedrijfsarts vergoedt. Het gaat daarbij om behandelingen die de zorgverzekeraar krachtens de Zfw en AWBZ vergoeden. Deze verwijsfunctie is landelijk ingevoerd. Met de verwijsfunctie bedrijfsarts worden twee doelen nagestreefd die in elkaars verlengde liggen:

- Ten eerste het verbeteren van de arbocuratieve samenwerking door een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en behandelaars in het curatieve circuit en meer aandacht voor de factor arbeid bij de behandeling van patiënten.
- Ten tweede een vermindering van de WAO-instroom en het ziekteverzuim.

Bij de start van het evaluatieonderzoek is vastgesteld dat effecten op verzuim en WAO één jaar na de invoering nauwelijks te verwachten zijn. De nadruk ligt daarom vooral op de evaluatie van het gehele proces rondom de invoering en implementatie van de verwijsfunctie. De uitkomsten van het evaluatieonderzoek worden meegenomen bij de definitieve besluitvorming over de verwijsfunctie.

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. Deze 'bottom up' en 'top down' benadering hebben we uitgewerkt door middel van zes deelprojecten waarin verschillende partijen, op verschillende niveaus betrokken zijn:

1. De mening van professionals;
2. De kwaliteit van de verwijzing;
3. De mening van werkgevers;
4. De mening van besluitvormers;
5. Meldingen door werknemers bij het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening;
6. Verschuivingen in verwijspatronen.

Daarnaast zijn aanvullende gegevens verzameld die relevant zijn voor het beoordelen van de ontwikkeling van de verwijsfunctie.

De zes deelprojecten omvatten alle een nulmeting voor de invoering van de verwijsfunctie en een eindmeting ongeveer één jaar na de invoering. In dit hoofdstuk presenteren wij een samenvatting van elk van de deelprojecten.

Hierna volgen de conclusies gebaseerd op alle uitkomsten van het project en een beschouwing van deze conclusies. Een belangrijke conclusie is dat tot nu toe het verwijspatroon van bedrijfsartsen nauwelijks is veranderd. Er zijn echter wel belangrijke veranderingen te zien in het hele proces rondom de invoering, de meningen van professionals, werkgevers en besluitvormers, en de plannen die zij hebben voor de toekomst.

1.2 Samenvattingen van de deelprojecten

1.2.1 *De mening van professionals*

Het doel van dit deelproject is om op mesoniveau een beeld te krijgen hoe professionals uit de arbo- en curatieve hoek aankijken tegen de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen. De gegevens zijn verkregen met behulp van twee metingen, een nulmeting eind 2003 en een eindmeting eind 2004. Beide metingen bestonden uit een vragenlijstonderzoek onder een groot aantal relevante professionals (2266 in 2003 en 3723 in 2004) en een zestigtal diepte-interviews.

Mening over de verwijfsfunctie

Ruim veertig procent van de ondervraagde professionals vindt eind 2004 de voorgenomen verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen een goed tot zeer goed initiatief. Dit was eind 2003 nog tweederde van het aantal respondenten. Het aantal professionals dat de verwijfsfunctie slecht tot zeer slecht vindt, is bijna verdubbeld van 12 naar 23 procent. Het afgelopen jaar is het enthousiasme voor de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen dus duidelijk afgenomen. Kennelijk roept dit initiatief veel emoties op. Dat blijkt uit het feit dat 59 procent van de professionals die geen ervaringen heeft met verwijzingen van de bedrijfsarts, toch een uitgesproken mening heeft: 37 procent vindt dit positief en 22 procent vindt dit negatief. Het aantal professionals dat in 2003 een uitgesproken mening had zonder ervaring met verwijzing was overigens 75 procent.

De daling van de populariteit van de verwijfsfunctie is met name te zien bij de medisch specialisten, de GGZ en de paramedici. Ook de bedrijfsartsen zijn wat negatiever geworden. Alleen de huisartsen zijn in 2004 minder negatief over de verwijfsfunctie dan in 2003. Het lijkt erop dat de verwachtingen, zowel positief als negatief, niet zijn uitgekomen, deels doordat de verwijfsfunctie feitelijk nog weinig effect had, deels doordat de introductie weinig gevolgen heeft. Met uitzondering van huisartsen zijn professionals teleurgesteld en dus negatiever; huisartsen zijn opgelucht en dus minder negatief.

Zowel eind 2003 als eind 2004 heeft eenderde van de bedrijfsartsen geen duidelijke mening over de verwijfsfunctie voor de eigen beroepsgroep.

Professionals die ervaring hebben met verwijzingen via de bedrijfsartsen hebben zowel in 2003 als in 2004 een positievere mening over de verwijfsfunctie dan de professionals die deze ervaring nog niet hebben.

Beeldvorming

Opvallend is dat de conclusies in 2003 en 2004 ten aanzien van de beeldvorming over de bedrijfsarts hetzelfde zijn. Een kleine meerderheid van de professionals ziet de rol van de bedrijfsarts als die van procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk. Een redelijke ondersteuning van de professionals is er daarnaast voor het idee van de bedrijfsarts als een eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts. Met name een deel van de bedrijfsartsen ziet dat; huisartsen daarentegen zien bedrijfsartsen niet in deze rol. De ondervraagde bedrijfsartsen laten geen duidelijke voorkeur zien voor een bepaalde rol.

Kwaliteit van de verwijzing

In zijn algemeenheid zijn de verwachtingen van de professionals over de kwaliteit van de verwijzingen door bedrijfsartsen afwachtend te noemen. Grosso modo is de helft positief en de andere helft neutraal of negatief. Dit geldt voor beide metingen. Uitzondering is dat het vertrouwen in het meesturen van voldoende medische informatie bij de verwijzing via de bedrijfsarts in 2004 verbeterd is ten opzichte van 2003. Van de

ondervraagde professionals waren in 2003 de verwachtingen over de kwaliteit van de verwijzing bij de bedrijfsartsen zélf het meest positief. De huisartsen hadden de meest negatieve verwachtingen. In 2004 zijn de verwachting in het algemeen iets verbeterd met name bij de huisartsen. Dit wordt bevestigd in de interviews. De professionals die reeds ervaring hebben met verwijzingen via de bedrijfsarts oordeelden in 2003 positiever over de te verwachte kwaliteit dan de groep die zonder ervaring is. In 2004 is dit verschil voor een groot deel verdwenen.

Indicaties voor verwijzing

Volgens professionals zijn zowel in 2003 als in 2004 rsi en rugklachten de twee aandoeningen die bij uitstek geschikt zijn voor verwijzing via de bedrijfsartsen. De meningen over verwijzing door bedrijfsartsen van mensen met overspannenheid/burn-out zijn in 2003 en 2004 sterk verdeeld. Van de professionals vinden de bedrijfsartsen in de sterkste mate dat aandoeningen geschikt zijn voor verwijzingen door henzelf.

Oudere professionals verwachten dat rugaandoeningen en rsi niet of soms verwezen worden door de bedrijfsarts. Jongere professionals verwachten juist dat deze indicaties altijd of vaak verwezen worden. Dit geldt voor de nul- en eindmeting. Professionals die ervaring hebben met verwijzingen door de bedrijfsarts achten in het algemeen vaker indicaties geschikt voor de bedrijfsarts dan de groep die deze ervaring mist.

Effecten van de verwijsfunctie

In 2003 oordeelden professionals positief over de gevolgen van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen op de daling van het ziekteverzuim en de afname van de werkdruk van huisartsen. In vergelijking met een jaar daarvoor denken in 2004 professionals in het algemeen dat de verwijsfunctie minder gevolgen heeft. Professionals verwachten veel minder vaak een daling van het ziekteverzuim, ontlasting van de huisarts, afname van het aantal verwijzingen via de huisarts en toename van de zorgvraag. Opvallend is dat nog steeds een vijfde van de professionals vreest voor ongelijkheid in de toegang tot de zorg en dat bij de verwijzing door de bedrijfsarts de belangen van de werkgever boven die van de werknemers zullen gaan. Er bestaat geen verschil in de meningen van professionals die wel of geen ervaring hebben met verwijzingen van de bedrijfsarts. Dit was wel het geval in 2003. In 2003 zijn de huisartsen het meest uitgesproken over de ongunstige gevolgen, bedrijfsartsen en paramedici het minst. In 2004 zijn alle oordelen over de effecten minder uitgesproken.

Samenwerking

Met name de huisartsen zijn weinig tevreden over de samenwerking met de bedrijfsartsen (53%). Van de bedrijfsartsen is 22% niet tevreden. Opvallend is dat het afgelopen jaar de tevredenheid van de bedrijfsartsen over samenwerking met de huisartsen significant is gestegen (van 16% naar 27%) en die van de huisartsen gelijk is gebleven (rond de 10%).

De tevredenheid van huisartsen in 2004 over samenwerking met de neurologen, orthopedisch chirurgen, revalidatieartsen en eerstelijns psychologen is significant toegenomen ten opzichte van de nulmeting. Hierbij geldt wel dat het aantal huisartsen dat deze vragen beantwoordt heeft bij de nulmeting kleiner is dan 100.

De tevredenheid van bedrijfsartsen is significant toegenomen over samenwerking met longartsen, neurologen, orthopedisch chirurgen, revalidatieartsen, eerstelijns psychologen en de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar.

Het is onduidelijk welke rol de verwijsfunctie heeft gespeeld bij deze ontwikkelingen. Er zijn veel initiatieven ontplooid ter verbetering van de samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en andere professionals zoals de NVAB-LHV-projecten.

1.2.2 *De kwaliteit van de verwijzing*

Het hoofddoel van dit deelproject is het in kaart brengen van de kwaliteit van de verwijzing. De resultaten zijn gebaseerd op gegevens afkomstig van ongeveer 60 bedrijfsartsen die zijn bevraagd over ongeveer 500 werknemers die op het spreekuur zijn geweest (interviews en vragenlijst), 225 werknemers die bij die bedrijfsartsen op het spreekuur zijn geweest (vragenlijst), en 40 zorgverleners naar wie de werknemers zijn verwezen (vragenlijst).

De verwijzing

Het aantal verwijzingen verschilt in dit deelproject niet significant tussen de nul- en de eindmeting. Bij de nulmeting verwees de bedrijfsarts gemiddeld 12% van de werknemers op het spreekuur naar een andere zorgverlener en bij de eindmeting is dit 9%. De bedrijfsartsen verwijzen over het algemeen naar een psycholoog of fysiotherapeut. Bij de eindmeting verwijzen bedrijfsartsen vaker naar Zfw/AWBZ verzekerde psychologische zorg dan bij de nulmeting. Deze toename wordt niet bevestigd in het deelproject 'verschuivingen in verwijzpatronen'. Dit kan komen omdat een deel van private zorg buiten de registraties blijft, terwijl het wel (aanvullend) wordt vergoed door zorgverzekeraars¹.

Achtergrond van de verwijzing

Het motief voor de verwijzing bij de eindmeting is nog vaker dan bij de nulmeting dat er een specialist nodig is op een bepaald gebied voor diagnose en/of behandeling (92%). Het hoofddoel van de verwijzing was ten tijde van de nulmeting in minstens de helft van de casussen behandeling en in minstens een kwart van de casussen het komen tot een diagnose. Bij de eindmeting geven bedrijfsartsen vaker aan dat de verwijzing dient om advies te vragen over de voorgenomen behandeling, inclusief een terugverwijzing naar de bedrijfsarts (18 respectievelijk 10%), en zij verzoeken zorgverleners vaker om een specifieke behandeling/ingreep (61 respectievelijk 50%). Zij geven minder vaak aan dat de zorgverlener naar wie is verwezen kan behandelen naar eigen inzicht (14 respectievelijk 40%). Bedrijfsartsen houden dus de regie vaker in eigen handen.

De bedrijfsartsen hebben bij de eindmeting dezelfde mening over de invoering van de verwijzfunctie als bij de nulmeting: 18% 'zeer goed', 48% 'goed', 34% 'neutraal' en niemand 'slecht' of 'zeer slecht'. Bedrijfsartsen zien bij beide metingen hun rol voornamelijk als behandelaar en/of procesbegeleider op het gebied van arbeidsrelevante aandoeningen.

Wat is er terecht gekomen van de verwachtingen die de bedrijfsartsen hadden ten tijde van de nulmeting over de invoering van de verwijzfunctie?

Bij de nulmeting gaf 71% van 58 bedrijfsartsen aan dat zij verwachtten dat de invoering van de verwijzfunctie de arbocuratieve samenwerking zou verbeteren. Bij de eindmeting bevestigen de helft van de bedrijfsartsen deze verbetering van de arbocuratieve samenwerking. Volgens de andere helft is deze niet veranderd. Een van de doelen van de invoering van de verwijzfunctie, namelijk een verbetering van de arbocura-

¹ Cap Nederland bijvoorbeeld, bestaande uit centra voor arbeid & psyche, is ontstaan vanuit reguliere GGZ-instellingen heeft nu 14 vestigingen. Deze vestigingen kunnen, bij complexere problematiek, zo nodig gebruik maken van de expertise van de GGZ-instellingen waarmee ze gelieerd zijn. Ze hebben inmiddels een landelijk dekkend netwerk en geven aan dat bedrijfsartsen naar hun verwijzen. De opdrachtgevers van CAP Nederland zijn: zorg- en inkomensverzekeraars, arbodiensten, werkgevers en bedrijfsartsen.

tieve samenwerking, lijkt dus gehaald. Het is echter niet duidelijk of deze verbetering valt toe te schrijven aan de verwijsfunctie. Het kan ook het resultaat zijn van vele projecten die tot doel hadden de arbocuratieve samenwerking te verbeteren.

Bij de nulmeting had 68% van de bedrijfsartsen vooral negatieve verwachtingen ten aanzien van de effecten van de invoering van de verwijsfunctie op de werkgever. De bedrijfsartsen gaven vooral aan dat ze dachten dat de werkgever hen onder druk zou zetten om werknemers te verwijzen. Uit de resultaten van de eindmeting blijkt dat nu, een jaar na invoering van de verwijsfunctie, nog maar 28% van de bedrijfsartsen denkt dat de invoering van de verwijsfunctie de houding van de werkgever heeft veranderd, vooral in negatieve zin. Deze negatieve veranderingen bij de werkgever betreffen een toename in de druk die zij uitoefenen op de bedrijfsarts (n=7).

Bij de nulmeting had 60% van de bedrijfsartsen de verwachting dat de invoering van de verwijsfunctie de houding van de arbodienst positief zou beïnvloeden. Ze verwachtten vooral dat arbodiensten zich meer zouden gaan profileren en dat zij de verwijsfunctie als 'selling point' zouden gaan gebruiken bij acquisitie. Bij de eindmeting blijkt echter dat dit niet is bevestigd; slechts 23% van de bedrijfsartsen geeft aan dat de houding van de arbodienst veranderd is.

Ten tijde van de nulmeting dacht 78% van de bedrijfsartsen dat de invoering van de verwijsfunctie van invloed zou zijn op de houding van zorgverleners. Zij dachten dat de professie van de bedrijfsarts meer erkenning zou krijgen en de bedrijfsarts meer zou worden gezien als een deskundige behandelaar op het gebied van arbeidsrelevante klachten. Tevens verwachtten ze dat er meer overleg met zorgverleners plaats zou vinden. Ze uitten hun zorg over de relatie met de huisarts, omdat ze verwachtten dat deze zich bedreigd zou voelen. Deze verwachtingen ten aanzien van zorgverleners worden bij de eindmeting bevestigd; 54% van de bedrijfsartsen geeft aan dat de houding van zorgverleners is veranderd in de verwachte richting. De bedrijfsarts wordt vaker benaderd voor overleg over een verwezen werknemer en de professie krijgt meer erkenning. Bedrijfsartsen worden ook vaker benaderd voor samenwerking, met name door fysiotherapeuten en commerciële instellingen. De ervaringen van bedrijfsartsen met huisartsen zijn wisselend. Een aantal bedrijfsartsen is van mening dat de samenwerking is verbeterd en dat er vaker contact is. Wel blijkt dat huisartsen die geen ervaring met de verwijsfunctie van bedrijfsartsen hebben, in eerste instantie argwaan koesteren of zich bedreigd lijken te voelen.

Een zorgpunt ten tijde van de nulmeting, namelijk de angst van bedrijfsartsen voor een enorme rompslomp wat betreft papier en regelwerk met verzekeraars, heeft zich niet voorgedaan ten tijde van de eindmeting. Tevens is gebleken dat er bijna geen ongewenste neveneffecten optreden ten gevolge van verwijzingen, dus ook geen medicalisering. Verder blijkt dat in bijna de helft van de gevallen de verwijzing de terugkeer naar werk heeft versneld. In 80-85% van de casussen is de verwijzing volgens de bedrijfsarts tijdig gerealiseerd.

Kwaliteit van de verwijzing: performance indicatoren

De kwaliteit van de verwijzing is gemeten met behulp van performance indicatoren. Daarmee wordt gemeten in hoeverre bedrijfsartsen bij de probleemverheldering en de verwijzing handelen volgens de richtlijnen en leidraad verwijzen. Bij twee performance-indicatoren laten de bedrijfsartsen een significante vooruitgang zien tussen de nul- en de eindmeting. De bedrijfsarts heeft bij de probleemverheldering vaker de juiste vragen gesteld en voldoende onderwerpen met de werknemer besproken. Dit betreft een toename van 81% naar 87%. Werknemers worden ook minder vaak niet verwezen terwijl dit wel nodig werd geacht (een afname van 29% naar 19%).

Op andere punten volgen bedrijfsartsen de leidraad verwijfsen nog minder goed. Er is nog steeds weinig contact over de voorgenomen verwijfsing met de huisarts en/of hoofdbehandelaar wanneer dit volgens de leidraad wel gewenst is. In de gevallen dat er wel contact is, is dit vaak niet samengegaan met een kopie van de verwijfsbrief. Verder is er nog steeds weinig aandacht voor het verkrijgen van informed consent van de werknemer voor informatieoverdracht, afstemming en verwijfsing, zowel met de huisarts en de hoofdbehandelaar als met degene naar wie is verwezen. De helft van de bedrijfsartsen gebruikt bij het verwijfsen een speciaal voor dit doel ontwikkeld formulier, de andere helft schrijft een eigen brief.

De mening van werknemers

De mening van werknemers verschilt bij de eindmeting niet van die ten tijde van de nulmeting. Werknemers zijn redelijk tevreden met hun bezoek aan de bedrijfsarts; ze geven een gemiddeld rapportcijfer van 7,6. Werknemer en bedrijfsarts zijn het in 84% van de casussen eens over het werkhervattingsadvies. In 13% van de casussen stemt de verwijfsing door de bedrijfsarts volgens de werknemer niet overeen met het behandeladvies van een andere zorgverlener.

De mening van zorgverleners

De meeste zorgverleners (eindmeting: 41; nulmeting: 46) zijn psycholoog (59%); 17% is fysiotherapeut en 12% huisarts of medisch specialist. Bij beide metingen vinden bijna alle zorgverleners dat zij de juiste zorgverlener voor de patiënt/cliënt zijn en ruim driekwart van de zorgverleners vindt dat de verwijfsing van de bedrijfsarts op tijd was. Bij de eindmeting geeft 59% van de zorgverleners aan dat de bedrijfsarts een verwijfsbrief heeft gestuurd, waarvan 91% de verwijfsbrief duidelijk vindt. Dit verschilt niet van de nulmeting. Ruim tweederde van de zorgverleners heeft contact gehad met de bedrijfsarts over de werknemer. In vergelijking met de nulmeting hebben minder zorgverleners contact gehad met de bedrijfsarts over de werknemer, maar ze hebben even vaak aan de bedrijfsarts gerapporteerd. Bij beide metingen ziet geen enkele zorgverlener ongewenste neveneffecten van de verwijfsfunctie.

Bij de nulmeting was 70% van de zorgverleners positief over de voorgenomen invoering van de verwijfsfunctie. Inmiddels zijn bijna alle zorgverleners positief over de ingevoerde verwijfsfunctie van bedrijfsartsen (93%). Nu de verwijfsfunctie is ingevoerd, zijn de zorgverleners dus positiever over de verwijfsfunctie dan bij de nulmeting. Deze resultaten zijn in tegenspraak met die van het deelproject 'De mening van professionals'. Een verklaring kan zijn dat de zorgverleners in dit deelproject bevraagd werden over individuele door de bedrijfsarts verwezen werknemers.

1.2.3

De mening van werkgevers

Dit deelproject betreft een kwantitatief onderzoek onder werkgevers. Voor dit onderzoek zijn 1600 bedrijven en instellingen benaderd met vragen over diensten die zij van de arbodienst afnemen, welke wensen zij hebben ten aanzien van de dienstverlening en hoe tevreden ze zijn over de dienstverlening van arbodiensten.

De perceptie van de werkgevers over de verwijfsfunctie is nog weinig veranderd. Vooral grote bedrijven zijn ervan op de hoogte en specifiek bedrijven in de non-profit sectoren. Van kleine bedrijven is nog steeds niet meer dan eenderde op de hoogte. Het aantal bedrijven dat aangeeft hun werknemers inmiddels gebruik te laten maken van de verwijfsfunctie is nog zeer beperkt (minder dan 10%). Hierbij geldt ook dat grotere bedrijven (circa een kwart) daar wel meer gebruik van maken.

Het vertrouwen in de reguliere zorg om werknemers sneller en adequater te bedienen in hun reïntegratieproces blijkt maar matig aanwezig. Tweederde van de werkgevers

geeft er de voorkeur aan om de werknemers te laten verwijzen naar de gespecialiseerde zorg.

Werkgevers zien nauwelijks (15%) ongewenste effecten van de verwijfsfunctie als het gaat om de onafhankelijkheid van bedrijfsartsen. Wat dat betreft is er afgelopen jaar ook geen verandering in de beeldvorming opgetreden.

Ondanks het feit dat er veel meer zicht is gekomen op de inrichting van de nieuwe basisverzekering en het feit dat zorgverzekeraars de werkgeversmarkt op het terrein van arbeidsomstandigheden betreden, is de animo voor collectiviteiten met arbocuratieve pluspakketten teruggelopen. Bij de nulmeting gaf 34% aan dit voornemen te hebben. Thans opteert circa 20% van de bedrijven hiervoor, waarbij die animo groter is bij de 100+ bedrijven (circa 25%).

Een kwart van de werkgevers wenst dat de bedrijfsarts taken van de huisarts gaat overnemen.

1.2.4 *De mening van besluitvormers over de implementatie van de verwijfsfunctie*

Het doel van dit deelproject is inzicht te verkrijgen in de wijze waarop beleidsmakers van de belangrijkste marktpartijen (arbodiensten, zorg- en inkomensverzekeraars, reïntegratiebedrijven, brancheorganisaties en beroepsorganisaties) inspelen op de verwijfsfunctie: de zogenaamde 'top-down'-benadering. Hiervoor werden bij 35 organisaties besluitvormers benaderd en geïnterviewd.

Arbodiensten

De arbodiensten hebben in het eerste jaar na de invoering van de verwijfsfunctie nauwelijks gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot verwijzen naar de tweedelijns reguliere zorg door de bedrijfsarts. De gesprekspartners van de arbodiensten schatten het aantal directe verwijzingen naar Zfw/AWBZ verzekerde medisch specialistische zorg op 0,5 per bedrijfsarts over geheel 2004. Hierbij valt op dat de kleinere arbodiensten vaker verwijzen dan de grote arbodiensten. De verwijzingen komen van een klein percentage bedrijfsartsen (10%) dat actief gebruik maakt van de directe verwijfsmogelijkheid naar medisch specialisten.

De arbodiensten hebben de verwijfsfunctie over het algemeen genomen nog niet uitgewerkt als onderdeel van hun ondernemingsconcept. Dit komt mede door een beperkte actieve vraag vanuit de markt. Als we deze conclusie leggen naast de nulmeting, blijkt dat van de voornemens om de verwijfsfunctie al in 2004 grootschalig op te pakken, weinig terecht is gekomen.

Wel werden er op grote schaal contracten met zorgverzekeraars gesloten. Ook hebben alle arbodiensten inmiddels richtlijnen en protocollen ingevoerd en opleidingsbijeenkomsten georganiseerd. Enkele arbodiensten experimenteren met een combinatiefunctie, waarbij de bedrijfsarts op bedrijfslocaties tevens de functie van huisarts vervult. De arbodiensten zijn van mening dat de verwijfsfunctie past bij het door hen gewenste profiel. Zij hebben op strategisch niveau inmiddels nagedacht om de verwijfsfunctie meer inhoud te geven. Dit zal opportuun worden als er na de komst van de basisverzekering vanuit het bedrijfsleven behoefte ontstaat aan collectiviteiten met aanvullende dekking voor arbocuratieve zorg. In die situatie krijgt de verwijfsfunctie meer relevantie. De meeste arbodiensten vinden de bedrijfsarts voldoende geëquipeerd voor de verwijfsfunctie. Verschillende arbodiensten wijzen echter ook op de noodzaak voor aanvullende scholing als het gaat om verwijzen naar het tweedelijns reguliere zorgcircuit.

Bijna alle verwijzingen (>90%) gaan naar de private tweedelijns arbocuratieve zorg met wie veelal service level agreements zijn afgesloten. De meeste arbodiensten sturen

echter per individuele casus niet actief op het verwijzen naar een van beide kanalen (reguliere zorg of tweedelijns arbocuratieve zorg) maar laten dat aan de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts en de voorkeur van de werknemer en werkgever over. Maar sommige arbodiensten geven aan dat zij een extra lijn willen die indiceert of een werknemer naar de bedrijfsarts of huisarts zou moeten. Wel merken arbodiensten dat sommige verzekeraars de verwijfsfunctie beperken, door bijvoorbeeld alleen verwijzingen naar paramedici toe te staan of niet akkoord te gaan met een verlengde armconstructie waarbij bedrijfsartsen in opleiding onder supervisie van een geregistreerde bedrijfsarts verwijzen.

Daarnaast is het opmerkelijk dat arbodiensten aangeven dat er vooral regionaal meer samenwerking is ontstaan tussen huisartsen en bedrijfsartsen. De tendens die daarbij zichtbaar wordt is dat de huisarts in die situatie de feitelijke verwijzing blijft doen, maar dat het overleg daarover geïntensiveerd wordt. De NVAB geeft aan dat een verwijzing via de huisarts geen tijdsverlies hoeft op te leveren. In regio's waar de huisarts en de bedrijfsarts goed samenwerken kan deze verwijzing binnen één dag plaatsvinden. Bij slechte samenwerking kan een verwijzing via een huisarts wel vertraging opleveren.²

De meest geïnterviewde arbodiensten vinden dat de bedrijfsarts als verwijzende professional, zelf verantwoordelijk is voor de inhoud en kwaliteit van de verwijzing. Sommige diensten vinden echter dat de arbodienst ("de lijn") verantwoordelijk is eventueel ondersteund door een stafbedrijfsarts.

Zorgverzekeraars

Alle geïnterviewde zorgverzekeraars (op één na) hebben de grote arbodiensten en vaak ook een deel van de zelfstandige bedrijfsartsen gecontracteerd. Zij sluiten geen contracten met bedrijfsartsen in dienst van een arbodienst. De contacten met arbodiensten en de komst van de basisverzekering hebben ertoe geleid dat arbodiensten en zorgverzekeraars nu ook buiten de eigen keten onderzoeken hoe ze kunnen samenwerken. Enkelenszins zijn al tot concrete afspraken over gezamenlijke producten gekomen.

De verwachting is dat de zorgverzekeraars actief gaan inspelen op de verzuimmarkt bij grote ondernemingen en via brancheloketten in het MKB. Vorig jaar zagen de meeste zorgverzekeraars al een markt voor tweedelijns arbozorg ontstaan als alternatief voor het minder toegesneden aanbod in de reguliere zorg. Inmiddels hebben daarom bijna alle zorgverzekeraars concepten ontwikkeld waarbij tweedelijns arbozorg in aanvullende polissen is opgenomen. Opvallend is dat in dit kader zorgverzekeraars ook tweedelijns arbozorg inkopen omdat die beter is afgestemd op de behoeften van bedrijven. Een enkele zorgverzekeraar biedt tevens de mogelijkheid om via hen bedrijfsartsen in te huren, waarmee ze inspelen op de wetwijziging per 1-7-2005 rond opting out van arbodienstverlening.

Zorgverzekeraars houden de arbodienst verantwoordelijk voor de kwaliteit van de verwijzing. Zij controleren veelal (nog) niet op doelmatigheid van de verwijzing. De enkele verzekeraar die wel afspraken heeft over terugrapportages merkt dat dit knel-

² In de leidraad wordt het beleid van de NVAB rond verwijzen toegelicht. Bij een arbeidsrelevante aandoening met veel vragen rondom de arbeid verwijst de bedrijfsarts in principe zelf, anders via de huisarts. Oftewel: wanneer de verwijzing een toegevoegde waarde heeft voor de arbeidssituatie, verwijst de bedrijfsarts zelf, in overleg met de huisarts. De effectiviteit van de verwijzing moet zo groot mogelijk zijn en de kennis en contacten van de huisarts met de tweedelijns regulier zorg zijn nog groter en intensiever dan bij de bedrijfsarts. Gebruik maken van deze kennis kan de effectiviteit van de verwijzing vergroten. Dit verschil zal afnemen naarmate de bedrijfsarts meer ervaring krijgt.

punten oplevert. Het volume is nog te beperkt om daar verdere prioriteit aan te geven. Er wordt in de reguliere zorg, in tegenstelling tot in de tweedelijns arbocuratieve zorg, nauwelijks gewerkt met preferred providers. Sommige arbodiensten verwijzen in concernverband naar tweedelijns arbocuratieve zorg binnen de eigen keten.

Enkele zorgverzekeraars hebben de arbodiensten aangekondigd verwijzingen naar tweedelijns arbocuratieve zorg in de vorm van preferred providers uit te zullen werken. Ze willen daarmee inspelen op de behoefte van zakelijke klanten in collectiviteiten.

Overige partijen

Voor de inkomensverzekeraars is de verwijfsfunctie nog steeds geen item van grote aandacht, anders dan dat in een aantal gevallen ook de zorgverzekeraar meebetaalt aan een interventie. Ze bepalen zelf op basis van kosten/batenanalyse of zij een interventie vergoeden of dat de werkgever ervoor betaalt. Ook inkomensverzekeraars denken aan ketenconcepten: samenwerking met zorgverzekeraars en arbodiensten als totaaloplossing voor verzuimrisico's in het MKB.

De werkgeversorganisaties geven aan dat de gemiddelde werkgever (nog steeds) nauwelijks op de hoogte is van het feit dat de bedrijfsarts mag verwijzen naar de reguliere zorg. Gezien alle overige veranderingen in de wetgeving op het gebied van inkomen en zorg, valt de verwijfsfunctie daarbij in het niet.

De tweedelijns arbocuratieve dienstverleners (reïntegratie- of interventiebedrijven) staan op relatief grote afstand van de verwijfsfunctie. Zij worden vrijwel uitsluitend ingeschakeld door (combinaties van) arbodiensten, werkgevers en inkomensverzekeraars. Twee bedrijven geven aan inmiddels overeenkomsten te hebben met zorgverzekeraars. De interventiebedrijven zijn van alle gesprekspartners het meest negatief over de vraag of de bedrijfsarts voldoende geëquipeerd is voor verwijzen naar het tweedelijns regulier circuit.

1.2.5 De mening van besluitvormers over de effecten van de implementatie van de verwijfsfunctie en nog bestaande knelpunten

Bijna alle geïnterviewden stellen dat de relatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts enigszins is verbeterd door het toegenomen contact. Op sommige plaatsen gaat de bedrijfsarts nu ook deel uitmaken van de regionale ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns. Het respect voor de vakkennis van de bedrijfsarts is daar toegenomen.

Conflicten tussen huisartsen en bedrijfsartsen op dit terrein worden niet gemeld. Er is ook bij geen enkele arbodienst melding gemaakt van conflicten betreffende de onafhankelijkheid van de bedrijfsartsen ten opzichte van werknemer/werkgever. Met name de zorgverzekeraars signaleren een moeizame communicatie tussen bedrijfs- en huisartsen over de verwijfsfunctie.

Vrijwel alle geïnterviewden zijn het er, evenals bij de nulmeting, over eens dat de bedrijfsarts in eerste instantie de eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts is. Een kleine meerderheid van de respondenten ziet de bedrijfsarts als procesbegeleider, al dan niet in combinatie met de rol van behandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen.

De arbodiensten hadden de hoogste verwachting van de effecten van de verwijfsfunctie, maar formuleren na een jaar ervaring de effecten nog steeds in termen van "zou moeten, zou kunnen". Zorgverzekeraars zien dat het aantal verwijzingen laag is en hebben daardoor hun verwachtingen van de effecten van de verwijfsfunctie bijgesteld. Beperking van de verzuimduur en verzuimvolume, verbetering van de kwaliteit en

doelmatigheid van de zorg voor werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen en een stimulans voor meer arbocuratieve samenwerking zijn de effecten die ze er op termijn van verwachten.

Verkorting van de wachttijden van de reguliere zorg is volgens veel respondenten niet meer aan de orde, omdat dit al grotendeels is opgelost. Door het geringe aantal verwijzingen achten ze de bijdrage aan het oplossen van het tekort aan huisartsen gering.

De meeste geïnterviewden geven aan geen negatieve gevolgen van de verwijfsfunctie te ervaren. Medicaliseren en medisch shoppen door werknemers, waar vooral brancheorganisaties en verzuimverzekeraars vorig jaar voor vreesden, wordt niet geconstateerd. Een enkeling vreest daar echter nog wel voor als het verwijzen naar de tweede lijn een veel grotere omvang aanneemt.

Het belangrijkste knelpunt dat arbodiensten (en brancheorganisaties) tot nu toe ervaren is, evenals vorig jaar, het niet vergoeden van de kosten van de verwijzing door de zorgverzekeraar. De kosten van de verwijzing door de bedrijfsarts zijn nu nog opgenomen in de polisvoorwaarden van de verzuimverzekeraar, het abonnementstarief van de arbodienst of worden rechtstreeks aan de werkgever in rekening gebracht. Gezien het geringe aantal verwijzingen vinden arbodiensten het nog niet rendabel deze apart te registreren en te factureren. De arbodiensten zijn wel van mening dat zorgverzekeraars deze kosten, in analogie met de kosten van de verwijzing door de huisarts, zouden moeten vergoeden, zeker zodra de bedrijfsarts onderdeel is geworden van de reguliere eerstelijnszorg. Verschillende zorgverzekeraars zien hiervoor pas mogelijkheden als de bedrijfsarts en huisarts ook gelijk zijn geschakeld in het kader van de functionele aanspraken onder de nieuwe Zorgverzekeringswet.

Er is geen aansluiting met de regionale ICT-infrastructuur in de zorg. In het algemeen zijn arbodiensten niet op de hoogte van de activiteiten van het NICTIZ of hebben ze hier tot nu toe geen prioriteit aan gegeven. Van geen enkele partij of koepel zijn er formele verzoeken geweest om ook de bedrijfsarts aan te laten sluiten.

Als de individuele arbodiensten de context van de ICT-zorginfrastructuur, die in 2006 ontstaat, voorgelegd krijgen, realiseren ze zich pas dat het essentieel voor de verwijfsfunctie is dat ze de bedrijfsarts erop moeten gaan aansluiten.

Andere knelpunten zijn het ontbreken van zicht bij de arbodienst op de functionele en administratieve afhandeling van de verwijzing en het nog niet voldoende aansluiten van het aanbod van de curatieve sector op de specifieke zorgvraag uit het bedrijfsleven. Tevens zal de bedrijfsarts meer aandacht moeten gaan besteden aan het opbouwen van een relatie met de curatieve sector, vooral de tweede lijn.

Samenwerking met de huisarts is nog steeds een knelpunt, maar vooral de arbodiensten zien hier duidelijk verbetering ontstaan. Hetzelfde geldt voor de opleiding/ervaring van de bedrijfsarts ten aanzien van het verwijzen.

1.2.6 De overige deelprojecten

Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening

Dit deelproject betreft een inventarisatie van meldingen over verwijzingen door de bedrijfsarts. In de periode van 1 januari 2004 tot 1 januari 2005 zijn bij het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening 112 meldingen binnengekomen waarover ook gegevens over de verwijzing door de bedrijfsarts beschikbaar zijn. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de meldingen van de eerste en tweede helft van 2004. De resultaten

wijzen niet op het voorkomen van structurele knelpunten bij de implementatie van de verwijfsfunctie.

Verschuivingen in verwijfspatronen

Het doel van dit deelproject is om te onderzoeken welke effecten de introductie van de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts op macroniveau heeft, zowel wat betreft mogelijke verschuivingen in het verwijspatroon van professionals als het bepalen van de kosten gerelateerd aan eventuele verschuivingen in verwijzingen.

Door het ontbreken van de verwijzingen in de gegevensbestanden is deze effectmeting uiteindelijk niet uitgevoerd zoals voorgenomen. De 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 medisch specialisten, GGZ en fysiotherapeuten.

Voor het ontbreken van geregistreerde verwijzingen door bedrijfsartsen zijn verschillende verklaringen te geven. Uit andere onderdelen van het project is gebleken dat bedrijfsartsen wel verwijzen maar nog steeds mondjesmaat. Het totaal aantal verwijzingen wordt in het deelproject 'De mening van besluitvormers' geschat op 1000 op een totaal van ruim 2000 bedrijfsartsen. Deze verwijzingen vinden met name plaats naar het particuliere circuit zoals blijkt uit de interviews van de deelprojecten 'De mening van professionals' en 'De mening van besluitvormers'. De verwijzingen naar het reguliere circuit vinden veelal naar zelfstandig werkende psychologenpraktijken plaats. Het is derhalve logisch dat in de reguliere registraties die alleen GGZ-organisaties registreren, nog geen effecten zijn waar te nemen; al deze praktijken vallen niet onder de gebruikte registraties. Het aantal verwijzingen naar het reguliere circuit moet fors toenemen of het registratiesysteem moet gewijzigd worden om een effect te meten.

1.2.7 Aanvullende gegevens

Representatieve steekproeven onder werknemers: NEA en TAS

Op grond van een vergelijking tussen de uitkomsten van de eind 2004 afgenomen TNO ArbeidsSurvey (TAS) en de eind 2003 afgenomen Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) kunnen we het volgende concluderen over het verloop van het aantal verwijzingen in 2004 ten opzichte van 2003. Het betreft verwijzingen naar andere zorgverleners dan de bedrijfsarts, ongeacht de vraag of het gaat om reguliere (Zfw/AWBZ verzekerde zorg) of niet Zfw/AWBZ verzekerde zorg.

Er zijn geen verschillen opgetreden tussen 2004 en 2003 in de omvang van het verwijzen door de bedrijfsarts. In 2004 werd 3,4% van alle werknemers verwezen (95% betrouwbaarheidsinterval: 2,9% – 3,9%). Dit was 3,5% in 2003 (95% betrouwbaarheidsinterval: 3,2% – 3,9%). Het betekent dat in 2004 circa 251.250 werknemers van de circa 7,5 miljoen Nederlandse werknemers door een bedrijfsarts zijn verwezen naar een andere zorgverlener.

De verschillen tussen beide jaren wat betreft de discipline waarheen de bedrijfsarts verwijst zijn niet significant. De werknemers gaven in 2004 aan dat zij gemiddeld na 2,6 weken terecht konden bij de zorgverlener naar wie was verwezen (was 3,0 weken). Van de verwezen werknemers vindt 79% (was 78%) dat ze voldoende snel terecht konden bij de andere zorgverlener.

Implementatieactiviteiten van nauw betrokken organisaties

De implementatie van de verwijfsfunctie is bij veel organisaties een aandachtspunt geweest dat ook heeft geleid tot diverse activiteiten. NVAB, LHV, ZN, VVV, KNGF, CVZ en GGZ Nederland hebben die activiteiten ten behoeve van deze rapportage gespecificeerd:

CVZ. CVZ heeft nieuwsbrieven uitgebracht, invitationals/symposia georganiseerd, contacten met partijen onderhouden, een internet cursus ondersteund (nspoh) en reacties op verwijfsfunctie@cvz.nl geïnventariseerd.

NVAB.

- Publicatie en presentatie Leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts';
- Workshop voor NVAB-Netwerk over verwijzen door de bedrijfsarts;
- Berichten over het verschijnen van de Leidraad in Medisch Contact en Magazine van het Kennisnetwerk gezondheid en Arbeid;
- Artikel in TBV over de Leidraad;
- Workshop op het KNGF-congres voor fysiotherapeuten over verwijzen door en samenwerken met de bedrijfsarts;
- Ontwikkeling van de publicaties 'Handreiking voor de huisarts bij de zorg voor werkende patiënten' en 'Bedrijfsarts en de eerste lijn';
- Overleg met STECR over implementatie van de Leidraad- Presentatie over verwijzen en samenwerken op Medwerk-bijeenkomst te Hilversum;
- Overleg met NSPOH over e-learningmodule over de verwijfsfunctie;
- Opstellen van concept-patiëntenbrief samen met BPV; deze brief wordt aan de patiënt meegegeven samen met de verwijfsbrief aan de hulpverlener;
- Opstellen van concept-brieven voor hulpverleners naar wie verwezen wordt; de hulpverlener ontvangt deze toelichtende brief samen met de verwijfsbrief;
- Vaststellen en publicatie van definitieve tekst voor de begeleidende brieven;
- Afronding implementatieproject verwijfsfunctie bedrijfsarts;
- Voorstel voor vervolgproject in samenhang met NVAB-Project 'De factor "arbeid" binnen de nieuwe ondersteuningsstructuren in de eerste lijn.'

LHV. Vanuit de LHV zijn er diverse initiatieven geweest om de verwijfsfunctie bij de huisartsen onder de aandacht te brengen. voor een deel werd dit ingepast binnen projecten waarin de LHV participeerde, die tot doel hadden de samenwerking huisarts-bedrijfsarts te bevorderen. Een van die projecten draaide in ZO Brabant waar Het volgende werd ondernomen tav dit thema: 'Het kernteam 'Samenwerktbeter' heeft in samenwerking met de toenmalige DHV een symposium georganiseerd met als titel 'De bedrijfsarts verwijst; communicatie vereist!'. Tevoren had het Kernteam regionale richtlijnen opgesteld voor alle disciplines die met de verwijzing te maken zouden kunnen krijgen. De verwijfsfunctie en de richtlijnen kregen verder een plaats in het DKB-programma waarmee koppels van een huisarts en een bedrijfsarts naar Hagro's en DKB-groepen gingen om een avond scholing te verzorgen over de samenwerking huisarts-bedrijfsarts. Verder kreeg het onderwerp een plaats in andere gezamenlijke nascholingen, bijvoorbeeld over conflicten op het werk en RSI.

ZN. Door ZN is op diverse manieren bijgedragen aan de implementatie van de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts: het informeren/instrueren van de achterban/leden, publicatie in ZN-journaal, ontwikkeling checklist in samenwerking met BOA en VNO/NCW en een eigen domein "verwijfsfunctie bedrijfsarts" op de website www.zn.nl.

VVV. Dit onderwerp staat voor de inkomensverzekeraars (nog) niet hoog op de agenda. Wel is er binnen het Verbond van Verzekeraars op gezette tijden aandacht voor het onderwerp. Met name in de Issuecommissie Zorg en Sociale Zekerheid. De achterban is indertijd via een circulaire op de hoogte gebracht van de verwijfsfunctie en de moge-

lijkheden daarvan. Voorts is er ook in het bulletin Verzekerd op dit onderwerp ingegaan.

KNGF. Op het KNGF congres 2004 is in een lezing aandacht besteed aan het onderwerp. Verder is er in een publicatie in de FysioPraxis kort aandacht aan besteed. Tot slot is een bijdrage geleverd over fysiotherapie in een publicatie over de samenwerking met de bedrijfsarts.

GGZ Nederland. GGZ Nederland heeft aandacht gegeven aan de invoering van de verwijfsfunctie via GGZ Direct (Nieuwsbrief voor directieleden) en www.ggzkennisnet.nl.

1.3

Conclusies

Bij de start van het onderzoek is vanuit diverse invalshoeken een groot aantal vragen geformuleerd over de mogelijke effecten van de invoering van de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen. Ook zijn tal van vragen gesteld over de wijze waarop de betrokken partijen de verwijfsfunctie inbedden in hun organisatie en wat de mogelijke (bij-) effecten zijn van de verwijfsfunctie. In deze paragraaf zullen we over de deelprojecten heen conclusies trekken met betrekking tot effecten, proces en verwachtingen.

De omvang van het verwijzen van werknemers door bedrijfsartsen is in 2004, in vergelijking met 2003, niet veranderd. Het overgrote deel van de verwijzingen vindt, ook in 2004, plaats naar de tweedelijns niet-reguliere arbozorg en nauwelijks of niet naar het tweedelijns reguliere zorgcircuit. Deze bevinding komt terug in verschillende deelprojecten en leidt tot de constatering dat de verwijfsfunctie in 2004 geen extra impuls heeft gegeven aan het verminderen van verzuim respectievelijk het verlagen van de WAO-instroom. Dit was overigens, zoals in de inleiding aangegeven, ook niet verwacht bij de start van dit project.

Het nauwelijks veranderen van verwijfspatronen van bedrijfsartsen impliceert ook dat er weinig veranderingen zullen zijn opgetreden in de kosten van de Zfw/AWBZ verzekerde zorg ten gevolge van de introductie van deze verwijfsfunctie. Uit het deelproject dat hier op macroniveau onderzoek naar heeft gedaan, blijkt dat verwijzingen door bedrijfsartsen niet of nauwelijks voorkomen in de registratiebestanden.

Op microniveau, waarbij het verwijfsgedrag van bedrijfsartsen is gemeten aan de hand van concrete casus, blijkt overigens wel een verschuiving waarneembaar. Bedrijfsartsen verwijzen werknemers bij de eindmeting vaker naar Zfw/AWBZ verzekerde psychologische zorg. Dat deze bevinding op microniveau bij "koplopers" (immers bedrijfsartsen die op vrijwillige basis participeren in dit longitudinale project) zich niet vertaalt in registratiebestanden op macroniveau wordt verklaard doordat de extramurale psychologische praktijken niet deelnemen in de intramurale Zorgis registratie.

De kwaliteit van de verwijzingen door bedrijfsartsen is in 2004 verbeterd. Bedrijfsartsen in het deelproject 'De kwaliteit van de verwijzing' blijken – aan de hand van concrete casus - vaker te voldoen aan de kwaliteitseisen uit de leidraad verwijzen. Dit geldt met name voor de eisen die betrekking hebben op de indicatiestelling voor verwijzing. Aan de eisen van informeren van andere behandelaars en schriftelijk informed consent wordt (nog steeds) op grote schaal niet voldaan. Dat bevestigen ook de interviews uit het deelproject 'De mening van professionals'. De zorgverleners naar wie de werknemer verwezen worden (deelproject 'Kwaliteit van de verwijzing') zijn overigens zeer tevreden over de kwaliteit van de verwijzing, nog meer dan in 2003. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het absolute niveau van tevredenheid vertekend kan zijn door de (noodzakelijkerwijs) getrapte wijze van selectie van zorgverleners in dit deelproject.

Verder is opvallend dat de bedrijfsartsen in 2004 veel meer de regie in eigen handen houden bij verwijfsingen. Het percentage verwijfsingen waarbij de zorgverlener naar wie wordt verwezen naar eigen inzicht de behandeling kan overnemen, is flink gedaald ten opzichte van 2003.

Uit het deelproject 'De mening van professionals' blijkt dat op macroniveau (heel Nederland en alle disciplines) de verwachtingen over het verstrekken van voldoende medische informatie bij verwijfsingen door de bedrijfsarts hoger zijn dan in 2003. Dit blijkt ook voor de afzonderlijke beroepsgroepen te gelden. Ook valt op dat de huisartsen hogere verwachtingen hebben van de verwijfsing van de bedrijfsarts op de overige bevroagde aspecten van de kwaliteit van de verwijfsing (correcte patiënt verwijfsen, informatie over de vraagstelling, tijdig verwijfsen). Deze vragenlijstbevindingen worden bevestigd door de interviews met afzonderlijke huisartsen in het betreffende deelproject.

Het lijkt er op dat de activiteiten van de NVAB om een leidraad verwijfsen voor bedrijfsartsen te ontwikkelen en implementatieactiviteiten rond de leidraad door te zetten hun vruchten afwerpen. Dit is het geval zowel wat betreft de concrete verwijfsing van individuele werknemers als wat de verwachtingen die andere partijen (met of zonder ervaring met verwijfsingen van bedrijfsartsen) hebben.

Het feit dat er administratieve knelpunten worden ervaren (informerende andere behandelaars, informed consent, terugrapportage over verwijfsingen) benadrukt het belang om actief aansluiting te zoeken bij ontwikkelingen rond elektronische patiëntendossiers en elektronische netwerken voor de communicatie tussen arbodiensten en verzekeraars (NICTIZ). Deze aansluiting wordt nog niet actief gezocht. De NVAB acht het wel van belang dat de bedrijfsartsen aansluiting zoeken bij NICTIZ en andere partijen die elektronische dossiers aanleggen.

Bij de inbedding van de verwijfsfunctie in de organisatie van de meest betrokken partijen, arbodiensten en zorgverzekeraars, is ten opzichte van 2003 een stap voorwaarts gemaakt. Vrijwel alle arbodiensten en zorgverzekeraars hebben contracten afgesloten over de verwijfsfunctie. Ook hebben diverse verzekeraars contracten met zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen afgesloten. Ook zijn richtlijnen en protocollen ontwikkeld en beschikbaar. Maar de verwijfsfunctie heeft eind 2004 nauwelijks geleid tot concrete verwijfsingen naar de tweedelijns reguliere zorg, uitgezonderd enkele regionale experimenten. Op grond van de inschatting van gesprekspartners bij arbodiensten en zorgverzekeraars ligt het in de orde van grootte van 0,5 verwijfsing per bedrijfsarts per jaar. Bovendien gaat het maar om een zeer beperkt aantal bedrijfsartsen (circa 10%) dat verantwoordelijk is voor het gros van deze verwijfsingen.

Daar waar volgens arbodiensten regionale samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts opbloeit, gaan verwijfsingen naar de tweedelijns reguliere zorg vaak via de huisarts. In het deelproject 'De mening van professionals' zijn geen grote verschillen tussen regio's gevonden. Projecten die de arbocuratieve samenwerking willen verbeteren vinden echter vaak op kleine schaal plaats. Deze kleinschalige projecten zullen een meting onder duizenden professionals niet merkbaar beïnvloeden. De verwijfsfunctie lijkt ook een middel te zijn geweest om in de loop van 2004 de eerste contacten tussen zorgverzekeraars en arbodiensten tot stand te brengen. Deze contacten worden bij diverse zorgverzekeraars en arbodiensten verder uitgebreid. Zowel arbodiensten als zorgverzekeraars verwachten dat de verwijfsfunctie met name van belang is bij het invullen van arbocuratieve zorg in aanvullende pakketten. Alle zorgverzekeraars hebben inmiddels van deze pakketten opgenomen in hun dienstverlening als aanvulling op de collectieve pakketten voor basiszorg per 1 januari 2006. Opvallend is daarbij dat di-

verse zorgverzekeraars aangeven voor de invulling van die arbocuratieve zorg diensten in te kopen bij het private tweedelijns arbozorgcircuit. Daarmee lijken ook zorgverzekeraars aan te geven dat de reguliere curatieve zorg nog niet afgestemd is op de arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen.

Gezien het geringe effect van de verwijfsfunctie op het verwijfspatroon, wekt het geen verwondering dat in de verschillende deelprojecten de betrokken partijen nauwelijks gewenste en ongewenste effecten signaleren.

Wat betreft de relaties tussen de verschillende partijen zijn de belangrijkste conclusies dat de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts licht verbeterd is ten opzichte van de situatie in 2003. Dit onderzoek geeft echter geen uitsluitsel of deze verbetering valt toe te schrijven aan de invoering van de verwijfsfunctie of aan gelijktijdige projecten die tot doel hadden de arbocuratieve samenwerking te verbeteren. Bedrijfsartsen geven verder aan dat de verwijfsfunctie voor hun gevoel heeft geleid tot verhoging van hun status (deelproject 'De kwaliteit van de verwijzing'). De verhouding tussen bedrijfsartsen en overige disciplines en de verhouding tussen arbodienst en werkgever is niet aanwijsbaar veranderd ten gevolge van de verwijfsfunctie (Deelproject 'De mening van besluitvormers').

In de begeleidingscommissie is geconstateerd dat ondanks vele pogingen tot communicatie grote delen van het veld niet goed op de hoogte zijn. Als voorbeeld bij de verwijfsfunctie wordt het MKB genoemd. De verwijfsfunctie heeft in 2004 dan ook nog weinig invloed gehad op het gedrag van de werkgever. Ook de consequenties van de nieuwe zorgverzekeringswet zijn lang niet altijd duidelijk.

1.4 Beschouwing en toekomstperspectieven

1.4.1 Beschouwing van de uitkomsten van het onderzoek

De overheersende uitkomst van dit evaluatieonderzoek is dat de verwijfsfunctie in 2004 minder impact heeft gehad op verwijfspatronen van bedrijfsartsen dan vooraf gehoopt of gevreesd. Dit laat onverlet dat er in drie verschillende deelprojecten flinke verschuivingen te zien zijn in uitkomsten tussen de nul- en eindmeting wat betreft verwachtingen van partijen. Daarbij moet dan bedacht worden dat er mogelijk een fenomeen optreedt van "het valt wel mee" (waardoor lage of ongunstige verwachtingen op de nulmeting een "verbetering" te zien geven op de eindmeting) resp. "het valt toch tegen" (hoge verwachtingen worden in de praktijk niet bewaarheid).

Op het terrein van het proces en de inbedding van de verwijfsfunctie zijn wel vorderingen gemaakt: contacten tussen zorgverzekeraars en arbodiensten zijn ontstaan, contracten over de inhoud en de vorm van de verwijfsfunctie zijn afgesloten, protocollen en informatiebijeenkomsten zijn gehouden. Blijkbaar is de laatste stap, te weten gebruik maken van de middelen en faciliteiten om ook daadwerkelijk direct naar de tweedelijns regulier zorg te verwijzen, niet gezet.

Het is zelfs de vraag of de overgrote meerderheid van de bedrijfsartsen die stap met alleen de invoering van de verwijfsfunctie zal zetten. Daar waar regionale samenwerking opbloeit blijkt de huisarts toch de spil in de feitelijke verwijzing te zijn. Werkgevers zijn voornamelijk niet geïnformeerd over de verwijfsfunctie omdat andere prioriteiten voorrang hebben. En juist op het punt van verwijzen naar de tweedelijns reguliere zorg uiten veel partijen twijfels over de vraag of de bedrijfsarts daarvoor goed ge-

equipeerd is respectievelijk voldoende ingewerkt is in het circuit van de tweedelijns reguliere zorg.

Tegelijkertijd blijken er inmiddels intensieve relaties te zijn tussen arbodiensten en tweedelijns arbozorg en kopen zorgverzekeraars deze zorg in omdat zij vinden dat die beter is afgestemd op de behoeften van de klant. Zowel werkgevers als zorgverzekeraars vinden dat zij voor de tweedelijns arbozorg die is afgestemd op de behoeften, ook een extra prijs (ten opzichte van tarieven in de reguliere zorg) mogen betalen. Blijkbaar heeft de private zorg in de afgelopen jaren voorzien in een behoefte die ook aanvullend gefinancierd is.

Het lijkt er op dat met de verwijsfunctie in 2004 niet is bereikt wat er mee nagestreefd werd. Dat doel is in eerste instantie het faciliteren van directe verwijzingen door de bedrijfsarts naar medisch specialist om zo te komen tot snellere advies- en begeleidingstrajecten door de bedrijfsarts met minder kans op medicalisering en meer aandacht voor de factor arbeid in de curatieve zorg.

De meerwaarde van dit onderzoek is dat het aantoonde dat de acties geslaagd zijn die het afgelopen jaar zijn ondernomen om de verwijsfunctie vaste grond onder te voeten te geven in de Nederlandse gezondheidszorg. De leidraad wordt beter gevolgd en zorgverzekeraars en arbodiensten hebben een concrete implementatie van de verwijsfunctie grotendeels voorbereid. Bovendien zijn de meeste emoties, vooral bij huisartsen, verdwenen en nemen bedrijfsartsen steeds meer een actieve rol. Achteraf gezien waren de verwachtingen wat betreft de gevolgen wellicht te hoog gespannen.

Bij de bespreking van de resultaten in de begeleidingscommissie werd ook gewezen op het feit dat positionele belangen tijdens het gehele proces een belangrijke rol spelen. Bestaande structuren blijken soms lastig voor de bedrijfsarts; bijvoorbeeld de scheiding tussen arbo- en reguliere zorg. De bedreigingen en risico's liggen niet alleen bij het uitvoeren van de functies (competenties), maar ook bij de eventuele grote veranderingen van de posities van spelers in het veld. Dit heeft ook te maken met de vele veranderingen in de sociale zekerheid rondom ziekte en ziektekosten die menig professional onzeker maken over de eigen toekomst.

Het onderzoek laat, kortom, zien dat alle noodzakelijk randvoorwaarden zijn vervuld om de verwijsfunctie de komende jaren wel degelijk haar effecten te laten hebben. Omdat de deelprojecten bij elkaar een alomvattend beeld geven kunnen we concluderen dat de voorbereiding eind 2003 gewoon nog niet klaar was. Uiteraard is de vraag boeiend of het faciliteren van directe verwijzingen door de bedrijfsarts naar de medisch specialist over twee jaar wel gerealiseerd is.

1.4.2 De invloed van marktomstandigheden op de verwijsfunctie

Voor een goed begrip van de ontwikkeling in 2004 is het ook van belang een beeld te geven van de context waarbinnen de arbodiensten de verwijsfunctie hebben opgepakt. Het jaar 2004 was voor arbodiensten moeizaam. De algemene verwachting was dat de omzet, die vanaf 1994 jaarlijks groeide met 10-15%, pas in 2005 een terugval zou geven als gevolg van de liberalisering medio dit jaar. Die terugval kwam echter al in 2004. De oorzaak ligt in de trendmatige verlaging van het ziekteverzuim door de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter en de economische recessie. Arbodiensten presteerden weliswaar aanmerkelijk beter (hetgeen zich uitte in een stijgende waardering in de Arbodienstenmonitor, maar kregen minder te doen. Reden was dat 70% van de omzet van arbodiensten tot stand komt via dienstverlening op het terrein van verzuimbegeleiding. Arbodiensten hadden kortom tot dan toe te weinig aan concept- en marktontwikkeling gedaan. Teveel hadden ze geteerd op de verplichting van

werkgevers om een arbodienst in te schakelen in plaats van in te spelen op feitelijke marktbehoeften.

Met name de landelijke arbodiensten zijn veel actiever aan het worden in het ontwikkelen van nieuwe vormen van dienstverlening, waarbij de verwijsfunctie een van de actiepunten wordt. Dit laatste moet dan geplaatst worden in het vooruitzicht dat de werkgevers- en werknemersmarkt geconfronteerd wordt met nieuwe risico's op het terrein van de verlenging van het verzuimrisico van één naar twee jaar, de nieuwe regelgeving rond (gedeeltelijke) arbeidsgeschiktheid die een veel grotere reïntegratie-inspanning vraagt en de komst van de basisverzekering die leidt tot nieuwe collectiviteiten met pluspakketten met een arbocuratief karakter.

1.4.3 *Toekomstperspectieven*

Uit het deelproject 'De mening van besluitvormers' blijkt duidelijk dat zorgverzekeraars zich gaan richten op collectiviteiten. Zorgverzekeraars kunnen zich onderscheiden door hun (collectieve) pakketten. Zij bieden inmiddels ook concrete pakketten aan, aan werkgevers. Dit wordt bevestigd door ZN. Collectiviteiten kunnen bestaan uit natura-producten (waarbij de zorgverzekeraar ook verantwoordelijk is voor kwaliteit), uit restitutie en uit een combinatie. Het is vooralsnog niet duidelijk of verschillende pakketten 'stapelbaar' zijn dan wel meegenomen kunnen worden naar een andere werkgever. De uitvoerbaarheid van alle mogelijke varianten is nog een belangrijk aandachtspunt bij zorgverzekeraars.

Het is echter nog onduidelijk wat werknemers gaan doen. Waar en hoe gaan werknemers zich verzekeren? Zijn bedrijfscollectiviteiten interessanter dan eventuele andere collectiviteiten? Het feitelijk keuzegedrag van werknemers (en werkgevers) zal bepalen in hoeverre de (bedrijf-) collectiviteiten ook daadwerkelijk van de grond komen.

Het feit dat de zorgverzekeraars zich nu collectief interesseren voor de verzuim- en reïntegratiemarkt zou de doorslag kunnen geven voor de acceptatie van de bedrijfsarts in de eerste lijn. Gevolg is bovendien het ontstaan van arbocuratieve zorg als specialisme binnen de reguliere zorg. De deskundigheid die daarvoor nodig is, zal leiden tot een veel grotere verwevenheid van de arbodiensten en de daarbinnen functionerende professionals met de reguliere zorg in de eerste en tweede lijn.

Het lijkt niet onaannemelijk dat het opnemen van arbocuratieve zorg in de dienstverlening van zorgverzekeraars ook zal leiden tot meer aandacht voor arbeid in het reguliere circuit.

Uit de visie van de landelijke arbodiensten en zorgverzekeraars blijkt dat er voor de bedrijfsarts de volgende nieuwe functies in het verschiet liggen:

1. 'Huisarts van werkenden' in een interne arbodienst, bijvoorbeeld bij General Electric, Akzo Nobel en Unilever.
2. Eerstelijns zorgaanbieder in een gezondheidscentrum ten behoeve van werkenden in de zorgregio en gefaciliteerd door een contract tussen de werkgever, een zorgverzekeraar en een arbodienst. Dit is bijvoorbeeld in ontwikkeling bij Salland Verzekeringen en AGIS.
3. Eerstelijns zorgaanbieder in een zorgboulevard van de regionale geïntegreerde zorg. Een Nederlandse variant op de Health Maintenance Organisation. Dit is recent geïntroduceerd door KLM Arbo Services.
4. Ook zou de functie bedrijfsarts zich kunnen ontwikkelen tot behandelaar van beroepsziekten in tweedelijns gezondheidszorginstellingen (jaarverslag 2004 van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten).

De verwijsfunctie zal dan onderdeel worden van deze nieuwe vormen van dienstverlening.

2 Achtergrond, doel en opzet van het onderzoek

2.1 Achtergrond van het onderzoek

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

Voor de onderbouwing, vormgeving en ondersteuning van het totale project 'verwijfsfunctie 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 verwijfsfunctie gedurende het eerste jaar na invoering wordt gevolgd.

Het CVZ heeft op basis van een openbare aanbestedingsprocedure TNO Arbeid (huidige naam TNO Kwaliteit van Leven), Prismant en MarketConcern opdracht gegeven dit monitor- en evaluatieonderzoek uit te voeren. CVZ fungeert als opdrachtgever van dit onderzoek.

2.2 Doel van het onderzoek

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

1. Het verbeteren van de arbocuratieve samenwerking door:
 - een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en behandelaars in het curatieve circuit;
 - 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 verwijfsfunctie wordt vormgegeven, de wijze waarop de verwijfsing wordt uitgevoerd en de effecten die optreden als gevolg van de verwijfsing.

2.3 Opzet van het onderzoek

Om het proces en de effecten van de invoering van de verwijfsfunctie 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 verwijfsfunctie 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 verwijfsfunctie 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 'bottom 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).

2.4 De eindrapportage

In mei 2004 zijn de resultaten van de nulmeting gepubliceerd (CVZ 467/101 Rapportage nulmeting: De juiste verwijzing: 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. In oktober 2004 is de tussenrapportage verschenen (CVZ, www.cvz.nl. De juiste verwijzing: evaluatieonderzoek verwijfsfunctie bedrijfsarts. Tussenrapportage: stand van zaken).

Deze eindrapportage bevat een evaluatie van de invoering van de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen. Hiertoe worden de gegevens die verkregen zijn een jaar na invoering van de verwijfsfunctie vergeleken met de stand van zaken voor de invoering. Deze informatie maakt het mogelijk om in de tweede helft van 2005 te komen tot besluitvorming over het te voeren beleid.

2.5 Organisatie

Het monitor- en evaluatieproject kent een projectteam waarin elk van de instituten vertegenwoordigd is. De algemene projectleiding ligt in handen van TNO. Er is periodiek overleg over de voortgang met CVZ. TNO is verantwoordelijk voor deelprojecten 'De kwaliteit van de verwijzing' en 'Meldingen van werknemers bij het LMA', Prisma is verantwoordelijk voor de deelprojecten 'De mening van professionals' en 'Verschuivingen in verwijfspatronen' en MarketConcern is verantwoordelijk voor de deelprojecten 'De mening van besluitvormers' en 'De mening van werkgevers'.

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 toegelicht in bijlage 1.

3 De mening van de professional

3.1 Inleiding en vraagstelling

Het doel van dit deelonderzoek is om op mesoniveau een beeld te krijgen hoe professionals uit de arbo- en curatieve hoek aankijken tegen de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen. In dit hoofdstuk staan de resultaten hieromtrent weergegeven. Dit betreft allereerst de mening van de professionals ten aanzien van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen. Ook schetsen wij een beeld van de verwachte consequenties van de verwijsfunctie. Daarnaast komt de samenwerking tussen de huisartsen en bedrijfsartsen aan de orde.

De gegevens zijn verkregen met behulp van twee metingen, een nulmeting eind 2003 en een eindmeting eind 2004. Beide metingen bestonden uit een grootschalig vragenlijstonderzoek onder relevante professionals en een zestigtal diepte-interviews.

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt. In de eerste paragraaf gaan we nader in op de respons en de kenmerken van de ondervraagde professionals van beide metingen. Vervolgens geven we de globale mening weer van de professionals over de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen en de beeldvorming. In de tweede paragraaf komen de veranderende verwachtingen ten aanzien van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen aan de orde. We bespreken dit aan de hand van drie topics:

- de concrete verwijzingen van bedrijfsartsen;
- de indicaties die in aanmerking komen voor verwijzing via de bedrijfsarts; en
- de gevolgen van het invoeren van de verwijsfunctie.

Vervolgens gaan we in op de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Daartoe gebruiken we resultaten uit een ander onderzoek waar de auteurs van dit rapport in participeren, namelijk de evaluatie van Medwerk.³ In de derde paragraaf geven we de resultaten weer van de diepte-interviews. We sluiten de rapportage van dit deelproject af met een weergave van de belangrijkste conclusies.

3.2 Respons en analysemethode

In onderstaande gaan we allereerst in op de respons van de dataverzameling met een uiteenzetting over de achtergrondkenmerken van de ondervraagden. Daarna volgt een korte uitleg van de analysemethode.

3.2.1 Respons 2003

In totaal zijn er in 2003 6.483 vragenlijsten verzonden, waarvan er 2.375 ingevuld zijn geretourneerd (36,6 procent). Bij de opschoning van de data zijn er 109 respondenten verwijderd. Dit gaat om de groep die aangeeft in de praktijk nooit mensen met arbeidsrelevante aandoeningen te behandelen. Redenen zijn dat ze niet meer praktiserend zijn of alleen met kinderen werken. De bruikbare respons komt hiermee uit op 2.266 ondervraagden, ofwel 35 procent.

³ Medwerk betreft het programma Betere zorg, tevreden patiënten in opdracht van ZonMw. Het doel was om de reguliere zorg te versterken voor mensen met een arbeidsrelevante aandoening. Om dit te realiseren zijn in 15 regio's centra opgezet met de naam Medwerk. Deze centra hadden samen met de bijbehorende samenwerkingsverbanden de taak kennis te verzamelen, te beheren en te ontsluiten over regionale relevante onderwerpen. Voorjaar 2005 heeft Prismant een evaluatierapport uitgebracht aan ZonMW.

3.2.2 Respons 2004

De vragenlijst verwijsfunctie bedrijfsarts is in 2004 samen met de Medwerkvragenlijst verzonden. Deze werd naar een grote groep van 20000 professionals gestuurd omdat Medwerk ook op regionaal wilde rapporteren. De aantallen per regio moesten groot genoeg zijn. Hierdoor zijn voor de vragen over de verwijsfunctie ook meer professionals bereikt dan in 2003. De bijna 20.000 aangeschreven professionals in 2004 waren een aselechte steekproef van alle bijna 35.000 professionals in Nederland die betrokken zijn bij arbocuratieve dienstverlening. Uiteindelijk zijn in 2004 3.774 enquêtes retour gekomen. Dat betekent een respons van 19,6 procent. Van de teruggezonden vragenlijsten bleken uiteindelijk 3.723 vragenlijsten bruikbaar voor analyse. Er is sprake van een groter aantal maar een beperkt percentage. De lage respons beperkt de mogelijkheid om stellige uitspraken te doen. Wel lijken de responderende groepen in 2003 en 2004 goed vergelijkbaar te zijn, ook met de responderende groep op de Medwerkenquête in 2002. Voor het onderzoek van de evaluatie van Medwerk zijn er de eerste keer 10.000 en de tweede keer 20.000 professionals aangeschreven. Ondanks de sterk wisselende omvang zijn de percentages respondenten van de verschillende beroepsgroepen constant gebleven. Er is kennelijk sprake van een vaste maar beperkte groep professionals die geïnteresseerd is in het thema arbeid.

In tabel 3.1 staat de respons per groep professionals weergegeven.⁴

Tabel 3.1 Overzicht van de netto respons en het responspercentage per professie

Professie	Aantal verzonden		Aantal terug		Respons (%)	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Huisarts	4.057	1.111	539	289	13	26
Bedrijfsarts	2.084	500	460	184	22	37
Dermatoloog	359	238	84	84	23	35
Longarts	377	385	93	140	25	36
Neuroloog	566	630	56	160	10	25
Orthopedisch chirurg	427	217	62	79	15	36
Revalidatiearts	300	172	87	70	29	41
Eerstelijns psycholoog	991	227	262	106	26	47
Algemeen maatschappelijk werker	587	333	82	32	14	10
Psychiater	1.936	335	275	70	14	21
Klinisch psycholoog	1.286	192	150	68	12	35
Psychotherapeut	1.091	750	207	313	19	42
Fysiotherapeut	2.946	278	603	85	21	31
Oefentherapeut Mensendieck	759	980	268	456	35	47
Oefentherapeut Cesar	838	135	272	81	33	60
Anders zoals arboverpleegkundige en bedrijfsmaatschappelijk werker	1.122	-	223	-	20	-
Totaal	19.726	6.483	3.723	2.266	18,9	35,0

⁴ De spreiding van de aantallen vragenlijsten varieert sterk voor de diverse professionals en per jaar. Dit komt allereerst omdat bij de uitzetting van de aantallen rekening is gehouden met eerdere responscijfers van deze groepen in 2002 (eerste meting Medwerk) en 2003 (eerste meting Verwijsfunctie). Ten tweede heeft een niet optimaal verlopen verzending van de lijsten voor een sterkere scheefheid gezorgd in 2003. In 2004 is de vragenlijst met de Medwerkvragenlijst verzonden.

Uit de tabel is op te maken dat de respons tussen de professionals uiteen loopt van tien procent tot en met zestig procent in 2003 en 35 procent in 2004. Gerelateerd aan het aantal verstuurdde enquêtes per beroepsgroep hebben oefentherapeuten Mensendieck, oefentherapeuten Cesar en revalidatie-artsen in 2004 het meest de enquête geretourneerd (35, 32 en 29 procent). De neurologen hebben het minst (tien procent) geretourneerd. In vergelijking met de respons van 2003 is de respons van 2004 een stuk lager. Alle professionals, met uitzondering van de algemeen maatschappelijk werkers, hebben minder gereageerd. De daling is het grootst bij de oefentherapeuten Cesar en de klinisch psychologen.

Methodologisch gezien is het problematisch dat, zowel in 2003 als in 2004, voor acht van de vijftien te onderscheiden beroepsgroepen het aantal respondenten minder dan honderd bedraagt. Dit lage aantal maakt het lastig om uitspraken voor deze professionals als onderbouwd te beschouwen. Daarom hebben we de beroepsgroepen geclusterd in zes groepen.⁵ Tabel 3.2 geeft hiervan het overzicht.

Tabel 3.2 Overzicht van de netto respons naar beroepscluster

Professie	Aantal verzonden		Aantal terug		Respons (%)	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Huisarts	4.057	1.111	539	289	13,3	26,0
Bedrijfsarts	2.084	500	460	184	22,1	36,8
Medisch specialisten	2.029	1.642	382	533	18,8	32,5
Eerstelijns GGZ	1.578	560	344	138	21,8	24,6
Tweedelijns GGZ	4.313	1.277	632	451	14,7	35,3
Paramedici	4.543	1.393	1.143	622	25,2	44,7
Anders	1122	-	223		20	-
Totaal	19.726	6.483	3.723	2.266	18,9	35,0

Uit tabel 3.2 blijkt dat de clusters wat betreft aantallen voldoende gevuld zijn om daarover betrouwbare uitspraken te doen. Met name wat betreft de huisartsen en de tweedelijns GGZ is het de vraag, gezien de lage percentages, of de groep voldoende representatief is. Om de conclusies over de laatste twee groepen sterker te maken, zullen we zoveel mogelijk gebruik maken van de gegevens verkregen uit de interviews. Deze indeling vormt het uitgangspunt voor de beschrijving van de resultaten. Indien nodig en zinvol specificeren we de resultaten op het niveau van de afzonderlijke beroepsgroepen. De huisartsen en bedrijfsartsen nemen we in ieder geval als afzonderlijke professies mee.

3.2.3 Achtergrondkenmerken

De responsgroep kenmerkt zich door een lange staat van dienst. Een ruime meerderheid (68 respectievelijk 69 procent) in 2003 en 2004 heeft meer dan tien jaar professionele ervaring en voor vijftien procent in 2003 en zestien procent in 2004 bedraagt de

⁵ De dermatologen, longartsen, neurologen, orthopedisch chirurgen en revalidatieartsen vormen samen het cluster van de medisch specialisten. De eerstelijns GGZ bestaat uit de eerstelijns psychologen en de algemeen maatschappelijk werkenden. Psychiaters, klinisch psychologen en psychotherapeuten vormen samen de tweedelijns GGZ. Tot slot bestaat de groep paramedici uit fysiotherapeuten en de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar. Arboverpleegkundigen en bedrijfsmaatschappelijk werkers zijn in de clusteranalyse niet meegenomen omdat deze niet vergeleken kunnen worden met 2003.

ervaring zes tot tien jaar. De ervaring van de ondervraagden is niet alleen hoog in arbeidsjaren, maar ook hoog in de bekendheid met patiënten met een arbeidsrelevante aandoening.⁶ Zo geeft in 2003 58 procent aan dagelijks mensen met arbeidsrelevante aandoeningen te zien en voor eenderde is dit wekelijks. In 2004 ziet 53 procent van de respondenten dagelijks patiënten met arbeidsgerelateerde aandoeningen en dertig procent wekelijks. Deze ruime ervaringskennis weerspiegelt zich in een relatief hoge leeftijd van de ondervraagden. In 2003 is slechts een kwart jonger dan 40 jaar. In 2004 is vijf procent tussen de 20 en 29, achttien procent tussen de 30 en 39 jaar, 39 procent tussen de 40 en 49 jaar en 33 procent tussen de 50 en 59 jaar. De verdeling naar sekse is nagenoeg evenwichtig verdeeld: in 2004 is 48 procent man en 52 procent vrouw. Tot slot is in 2004 het aantal respondenten dat (ook) in een private instelling werkzaam is gestegen van 39 naar 44 procent in vergelijking met 2003.

3.2.4 *Analysemethode*

Zoals eerder aangegeven vormt de indeling van de professionals in de zes clusters het uitgangspunt bij de analyse. De weergegeven uitkomsten in dit rapport betreffen veelal de procentuele verdeling op de betreffende vraag.

De meeste analyses zijn gebaseerd op een vergelijking tussen twee groepen, namelijk resultaten van 2003 ten opzichte van de resultaten van 2004. De verschillen zijn getoetst met behulp van een t-toets. De resultaten zijn beoordeeld op significantie en relevantie. Er wordt alleen gerapporteerd indien de resultaten significant ($\alpha = 0,05$) én relevant zijn.

Bij een onderzoek met veel respondenten zullen verschillen vaak significant zijn. Een logische vraag is dan ook of significante resultaten tevens relevant zijn. We gebruiken hiervoor de vuistregel van Cohen. Cohen hanteert hiervoor het begrip effect size (Cohen, 1988). Een significant verschil tussen groepen wordt alleen gerapporteerd indien het verschil (gemiddelde 1 - gemiddelde 2 gedeeld door de standaard deviatie van het verschil) groter of gelijk is aan 0,2.

3.3 **Mening over de verwijsfunctie**

Wij hebben aan de professionals in 2003 gevraagd wat zij vonden van de toen voorgenomen verwijsfunctie voor bedrijfsartsen. In 2004 is gevraagd wat professionals van de verwijsfunctie van bedrijfsartsen vinden. Wanneer we de antwoorden op deze twee vragen met elkaar vergelijken dan blijkt dat voor het moment van invoering 67 procent aangeeft dit een goed tot zeer goed initiatief te vinden terwijl twaalf procent dit een slechte tot zeer slechte ontwikkeling vindt. Na de invoering geeft 41 procent aan dit een goed tot zeer goed initiatief te vinden en 23 procent dit een zeer slechte ontwikkeling. Tabel 3.3 geeft de procentuele verdeling binnen de zes clusters van professionals weer van 2003 en 2004.

⁶ Met arbeidsrelevante aandoeningen bedoelen we aandoeningen of gezondheidsklachten die het functioneren op het werk nadelig beïnvloeden. Zij kunnen al dan niet mede veroorzaakt zijn door het werk.

Tabel 3.3 Mening over de verwijfsfunctie naar beroepscluster en totaal (in procenten).

Professie	Jaar	Mening over verwijfsfunctie		
		(zeer) slecht	neutraal	(zeer) goed
Huisartsen	2004(+)	39	49	12
	2003	54	32	14
Bedrijfsartsen	2004(-)	6	34	60
	2003	2	29	69
Medisch specialisten	2004(-)	17	42	41
	2003	13	27	60
Eerstelijns GGZ	2004(-)	23	36	41
	2003	4	16	80
Tweedelijns GGZ	2004(-)	19	41	40
	2003	5	23	72
Paramedici	2004 (-)	27	26	47
	2003	2	8	91
Totaal	2004(-)	23	36	41
	2003	12	21	67

(+) respondenten zijn significant positiever over de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts

(-) respondenten zijn significant negatiever over de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts

Opvallend is dat alleen de huisartsen in 2004 significant positiever zijn over de verwijfsfunctie dan in 2003. Ondanks veel campagnes en voorlichting zijn de overige clusters negatiever over de verwijfsfunctie dan een jaar geleden. Dat geldt met name voor de beide GGZ-clusters en de paramedici.

Tabel 3.4 Ervaring met verwijzingen van de bedrijfsarts (in procenten)

Professional	Ervaring met verwijzing met bedrijfsarts	
	2004	2003
Huisarts	45	38
Bedrijfsarts	64	73
Dermatoloog	53	42
Longarts	34	26
Neuroloog	45	38
Orthopedisch chirurg	54	51
Revalidatie arts	57	46
Eerstelijns psycholoog	75	72
Algemeen maatschappelijk werker	66	56
Psychiater	48	40
Klinisch psycholoog	70	59
Psychotherapeut	62	62
Fysiotherapeut	35	28
Oefentherapeut Mensendieck	34	36
Oefentherapeut Cesar	22*	39
Totaal	51	46

* verschil is significant

In 2004 vindt 45 procent van de professionals die (ook) in een private instelling werkt de verwijfsfunctie een (zeer) goed idee vindt, tegenover 38 procent van de collega's die niet in een private instelling werkt. In 2003 was dit nog 75 respectievelijk 63 procent.

De verhouding tussen beide groepen professionals is nagenoeg gelijk gebleven. De mening is minder positief geworden.

Uit tabel 3.4 blijkt dat in 2003 46 procent van de professionals ervaring heeft met verwijzingen via de bedrijfsarts. Bij de vragenlijst in 2004 geeft 51 procent van de respondenten aan ervaring te hebben met verwijzingen via de bedrijfsarts. De bedrijfsmaatschappelijk werker (91%) en de eerstelijns psycholoog (75 procent) hebben hier in 2004 de meeste ervaringen mee. Opmerkelijk is dat oefentherapeuten Cesar sinds de invoering van de verwijsfunctie minder ervaring hebben gekregen met verwijzingen van de bedrijfsarts.

Tabel 3.5 laat zowel in 2003 als in 2004 zien dat de ervaring met verwijzingen via de bedrijfsartsen leidt tot een minder afwachtende houding (minder neutraal). Tussen de jaren is zowel de professional die ervaring met verwijzingen van de bedrijfsarts heeft als de professional die dit niet heeft, negatiever over de verwijzingen geworden. Toch heeft ongeveer de helft van de professionals een goede ervaring met verwijzingen via de bedrijfsarts.

Tabel 3.5 Mening over de verwijsfunctie naar ervaring met verwijzing via bedrijfsarts (in procenten)

Ervaring met verwijzingen via bedrijfsarts	Jaar	Mening over verwijsfunctie			
		(zeer) slecht	neutraal	(zeer) goed	totaal
Ja	2004(-)	24	30	46	100
	2003	12	15	73	100
Nee	2004(-)	22	41	37	100
	2003	12	25	63	100
Totaal	2004(-)	23	36	41	100
	2003	12	21	67	100

(-) respondenten zijn significant minder positief over de verwijsfunctie

3.4 Beeldvorming

In de vragenlijst is een aantal omschrijvingen aangegeven over de mogelijke rol van de bedrijfsarts. Tabel 3.6 geeft het overzicht van de betreffende keuzemogelijkheden en het percentage van de professionals dat hiermee heeft ingestemd.

Tabel 3.6 Beeldvorming over de bedrijfsarts: totaal (in procenten)

Keuze	Instemmers	
	2004	2003
Eerstelijnsbehandelaar, naast de huisarts	3	3
Eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts	28	29
Eerstelijnsbehandelaar en specialist voor arbeidsrelevante aandoeningen, ipv huisarts	9	10
Procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk	52	51
Behandelaar en procesbegeleider	9	8
Totaal	100	100

De beeldvorming over de rol van de bedrijfsarts is tussen 2003 en 2004 niet veranderd. De rol die de meeste ondersteuning krijgt van de professionals is die van procesbege-

leider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk. Daarnaast zien drie op de tien professionals de bedrijfsarts als een eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts. De meest extreme verschillen in de beeldvorming over bedrijfsartsen doen zich voor tussen de huis- en bedrijfsartsen. In tabel 3.7 zetten we dit nader uiteen.

Tabel 3.7 Beeldvorming over de bedrijfsarts: huis- en bedrijfsartsen (in procenten)

Keuze	Instemmende huisartsen		Instemmende bedrijfsartsen	
	2004	2003	2004	2003
Eerstelijnsbehandelaar, naast de huisarts	1	1	3	3
Eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts	30	24	26	21
Eerstelijnsbehandelaar en specialist voor arbeidsrelevante aandoeningen, in plaats van de huisarts	4	4	22	22
Procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk	61	69	36	38
Behandelaar en procesbegeleider	5	2	13	15
Totaal	100	100	100	100

Over de eerste twee aspecten zijn de twee beroepsgroepen nog tamelijk eensgezind. Vervolgens lopen de visies uiteen. Zo ziet 22 procent van de ondervraagde bedrijfsartsen zichzelf als eerstelijnsbehandelaar en specialist voor arbeidsrelevante aandoeningen, in plaats van de huisarts. Slechts vier procent van de huisartsen deelt deze voorkeur. Deze mening is de afgelopen twee jaar niet veranderd. Bijna tweederde van de huisartsen ziet de rol van de bedrijfsarts als die van procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk. Dit wordt door 36 procent van de bedrijfsartsen gedeeld. In vergelijking met 2003 is er in 2004 een grotere groep huisartsen en bedrijfsartsen die vindt dat de bedrijfsarts meer een eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts wordt.

Tabel 3.8 Beeldvorming over de bedrijfsarts naar ervaring met verwijzing door bedrijfsarts (in procenten)

Keuze	Ervaring met verwijzing via bedrijfsarts		Geen ervaring met verwijzing via bedrijfsarts	
	2004	2003	2004	2003
Eerstelijnsbehandelaar, naast de huisarts	3	3	2	2
Eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts	26	29	29	29
Eerstelijnsbehandelaar en specialist voor arbeidsrelevante aandoeningen, in plaats van de huisarts	10	11	7	9
Procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk	52	49	53	52
Behandelaar en procesbegeleider	9	8	9	8
Totaal	100	100	100	100

Uit tabel 3.8 blijkt dat het beeld over de bedrijfsarts nagenoeg gelijk is voor respondenten met of zonder ervaring met verwijzingen via de bedrijfsarts. Ruim de helft van

de respondenten ziet de bedrijfsarts als procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk.

3.5 Verwachtingen

In deze paragraaf gaan we in op de specifieke verwachtingen van professionals ten aanzien van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen. We hebben, net als in 2003, in 2004 gevraagd naar de verwachtingen van de professionals. Omdat de verwijsfunctie al was ingevoerd was vragen naar ervaring ook mogelijk geweest. Inmiddels was echter duidelijk geworden dat maar zeer weinig professionals ervaring hadden met verwijzingen door de bedrijfsarts. Methodologisch is het ook beter de vraagstelling te handhaven. Om toch iets over ervaringen te zeggen hebben we de vragen gecombineerd met de vraag naar ervaring. De verwachtingen hebben respectievelijk betrekking op de verwijzing door bedrijfsartsen, de relevante indicaties voor verwijzen en de gevolgen van de invoering van de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen.

3.5.1 De verwijzing

Aan de professionals is in 2003 en 2004 gevraagd naar de verwachting ten aanzien van de verwijzing door bedrijfsartsen op vier aspecten. Dit betreft de mate waarin zij verwachten dat:

- de bedrijfsarts de correcte patiënt doorverwijst;
- de bedrijfsarts voldoende informatie geeft over de vraagstelling en onderbouwing hiervan;
- de bedrijfsarts voldoende informatie geeft over de medische aspecten; en
- de bedrijfsarts de patiënt tijdig genoeg verwijst voor een adequate diagnostiek en behandeling.

Tabel 3.9 geeft de verdeling weer.

Tabel 3.9 Verwachtingen ten aanzien van de verwijzing door bedrijfsartsen (in procenten)

Verwachting	Jaar	Verwachting			
		In (zeer) geringe mate	Neutraal	In (zeer) hoge mate	Totaal
Correcte patiënt	2004	15	27	58	100
	2003	15	30	57	100
Voldoende informatie over vraagstelling	2004	18	27	55	100
	2003	20	32	48	100
Voldoende medische informatie	2004(+)	25	30	45	100
	2003	30	36	34	100
Tijdig doorsturen	2004	21	29	50	100
	2003	19	39	42	100

(+) verschil tussen 2003 en 2004 is significant

De verwachtingen over de kwaliteit van de verwijzingen door de bedrijfsartsen waren in 2003 redelijk. Alleen over voldoende medische informatie maakt een derde zich zorgen. Sinds de invoering van de verwijsfunctie zijn de verwachtingen in 2004 over het geven van voldoende medische informatie positief bijgesteld. De overige verwachtingen zijn nagenoeg constant gebleven.

Het lage vertrouwen op het meesturen van voldoende medische informatie bij de verwijzing via de bedrijfsarts vormde in 2003 een punt van aandacht. De lage verwachting op dit aspect zagen we bij alle beroepsclusters behalve de bedrijfsartsen: bij 53 procent van de huisartsen en bij ongeveer dertig procent van de medisch specialisten, eerstelijns en tweedelijns GGZ en de paramedici. In 2004 waren de verwachtingen van het totaal aantal professionals op dit punt significant en relevant hoger. Van de huisartsen verwachtte 43 procent de juiste medische informatie te krijgen. Ook van de andere beroepsclusters ligt de verwachting tussen de 40 en 48 procent.

Onderstaande tabel 3.10 vat per clusters van beroepsgroepen de significante verschillen samen:

Tabel 3.10 Significante verschillen tussen 2003 en 2004 voor clusters

Beroepsgroep	Correcte patiënt?	Informatie over vraagstelling?	Medische informatie?	Tijdig doorsturen?
Huisartsen	+	+	+	+
Bedrijfsartsen	-			
Medisch specialisten			+	
Eerstelijns GGZ				+
Tweedelijns GGZ			+	
Paramedici	-		+	

+ = verwachtingen zijn significant hoger dan in 2003

- = verwachtingen zijn significant lager dan in 2003

Opvallend is dat huisartsen in 2004 op alle vier de stellingen hogere verwachtingen hebben dan in 2003. Uit de interviews blijkt ook dat huisartsen vaak positief staan tegenover de rol van de bedrijfsarts.

Tabel 3.11 laat zien of de ervaring met verwijzen invloed heeft op de verwachtingen die respondenten hebben:

Tabel 3.11 Verwachting ten aanzien van verwijzing naar ervaring met verwijzing (in procenten)

Verwachting	Ervaring met verwijzen	In (zeer) geringe mate		Neutraal		In (zeer) hoge mate	
		2004	2003	2004	2003	2004	2003
Correcte patiënt	Ja**	14	11	25	25	61	64
	Nee	16	16	29	33	55	51
Informatie over vraagstelling	Ja	19	20	24	29	57	51
	Nee	16	18	30	36	54	46
Medische informatie	Ja	27	29	28	33	45	38
	Nee***	23	30	31	38	46	32
Tijdig doorsturen	Ja	21	18	28	38	51	44
	Nee	20	20	31	41	49	39

** verschil tussen wel en geen ervaring met verwijzen is significant

*** verschil tussen 2004 en 2003 is significant

In 2004 zien we in het algemeen slechts een paar procent verschil in verwachtingen tussen respondenten met en zonder ervaring met verwijzingen via de bedrijfsarts (zes procent of minder). In 2003 waren er grotere verschillen tussen respondenten met en zonder ervaring met verwijzingen via de bedrijfsarts (maximaal dertien procent). In het jaar 2004 zijn geen significante verschillen gevonden tussen respondenten die wel en die geen ervaring hebben met verwijzen. In 2003 is er een significant verschil

over de verwachting van het doorsturen van de correcte patiënt: diegenen met ervaring met verwijzingen van de bedrijfsarts hadden hogere verwachtingen dan degenen die geen ervaring met verwijzingen hebben. Zoals al uit tabel 3.9 al bleek is het verschil tussen 2003 en 2004 significant als het gaat om de verwachting dat de bedrijfsarts voldoende medische informatie geeft. In tabel 3.11 zien we dat dit respondenten betreft die geen ervaring met verwijzingen van de bedrijfsarts hebben. Zij hebben in 2004 significant hogere verwachtingen over het krijgen van voldoende medische informatie van de bedrijfsarts.

3.5.2 *Indicaties*

Tabel 3.12 geeft zicht op de vier gevraagde aandoeningen met daarbij weergegeven de mate waarin de professionals verwachten dat de verwijzing hiervan via de bedrijfsarts zal gaan lopen.

Tabel 3.12 Verwachte indicaties van verwijzingen via de bedrijfsarts: totaal (in procenten)

Indicatie	Niet/soms		Regelmatig		Vaak/altijd	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Overspannenheid en burn-out	37	35	29	27	34	38
Posttraumatische stressstoornis	57	64	24	19	19	17
Rsi	28	27	28	24	44	49
Rugaandoeningen	30	31	30	23	40	46

Uit tabel 3.12 komt naar voren dat volgens de professionals twee aandoeningen, rsi en rugklachten, met name geschikt zijn voor verwijzing via de bedrijfsartsen. De meningen over verwijzen door bedrijfsartsen van mensen met overspannenheid/ burn-out zijn sterk verdeeld. Een grote meerderheid ziet bij de indicatie posttraumatische stressstoornis nog steeds geen duidelijke rol voor verwijzen via de bedrijfsarts weggelegd. Verder zijn de verwachtingen van de totale groep professionals nauwelijks veranderd in het afgelopen jaar en zijn er geen significante verschillen gevonden. Kijkend naar verwachtingen ten aanzien van indicaties per cluster in tabel 3.13 dan zijn er toch significante verschillen gevonden:

Tabel 3.13 Significante verschillen tussen 2003 en 2004 voor clusters

Beroepsgroep	Overspannen en burn-out	Posttraumatisch stresssyndroom	Rsi	Rug
Huisartsen			-	-
Bedrijfsartsen	-			
Medisch specialisten	+	+		
Eerstelijns GGZ	-			+
Tweedelijns GGZ	-		+	+
Paramedici		+	-	-

+ = verwachte verwijzing via bedrijfsarts is significant hoger dan in 2003

- = verwachte verwijzing via bedrijfsarts is significant lager dan in 2003

Het feit dat professionals ervaring hebben met verwijzingen door de bedrijfsarts heeft invloed op hun mening over de indicaties waarvoor een bedrijfsarts zou moeten verwijzen, zoals blijkt uit tabel 3.14.

Tabel 3.14 Verwachting ten aanzien van verwijzing naar ervaring met verwijzing (in procenten)*

Verwachting	Ervaring met verwijzen	Niet/soms		Regelmatig		Vaak/altijd	
		2004	2003	2004	2003	2004	2003
Overspannenheid/ Burnout	Ja	32	28	28	26	40	46
	Nee	43	40	30	29	27	31
Posttraumatisch stresssyndroom	Ja	52	57	25	22	23	21
	Nee	63	70	23	18	14	12
Rsi	Ja	28	29	28	25	44	46
	Nee	26	26	29	23	45	51
Rugklachten	Ja	31	36	28	21	41	43
	Nee	28	26	30	25	42	49

*In de tabel staan verschillen van vijf procent of meer vet gedrukt.

Zowel in 2003 als in 2004 zien we dat er verschil is in verwachtingen tussen respondenten met en zonder ervaring. In 2003 gold dat in meer of mindere mate voor alle vier genoemde indicaties. In 2004 blijft dat beperkt tot overspannenheid/burn-out en posttraumatisch stresssyndroom. Met name voor de eerstgenoemde is er een groot verschil: veertig procent van de ervaringsdeskundigen verwacht dat bedrijfsartsen patiënten met overspannenheid en burn-out zullen verwijzen ten opzichte van 27 procent van de niet-ervaringsdeskundigen.

3.5.3 Gevolgen

Aan de hand van acht stellingen is geprobeerd zicht te krijgen op de perceptie van professionals voor wat betreft de positieve dan wel negatieve gevolgen van de verwijzingsfunctie voor bedrijfsartsen. Deze percepties staan - met de frequentieverdeling - beschreven in tabel 3.15.

Zoals uit tabel 3.15 is op te maken dacht in 2003 49 procent van de respondenten dat de verwijzingsfunctie een verlaging van het ziekteverzuim kon veroorzaken. Opvallend is dat in 2004 nog maar 26 procent van de respondenten deze verwachting deelt. Andere positieve verwachtingen waren dat er een toenemende aandacht voor werkhervatting komt en dat de verwijzingsfunctie zal leiden tot een ontlasting van huisartsen. De verwachtingen rondom de ontlasting van de huisarts en een afname van verwijzingen via de huisarts zijn een jaar later getemperd. Een groter deel van de professionals gelooft niet dat de werkdruk afneemt of dat het aantal verwijzingen via de huisarts afneemt. Opvallend is dat ruim een kwart van de professionals in 2003 vreesde voor ongelijkheid in de toegang tot de zorg. In 2004 was dit nog een op de vijf professionals. De mening is hier 'neutraler' geworden. Een vijfde was daarnaast van mening dat bij de verwijzingen door de bedrijfsarts de belangen van de werkgever boven die van de werknemers zouden gaan. Hier denken de professionals nog steeds hetzelfde over.

Tabel 3.15 Stellingen over de te verwachte gevolgen van verwijzingen via de bedrijfsarts: totaal (in procenten)

Stelling	Jaar	(Zeer) on-eens	Neutraal	(Zeer) eens	Totaal
Ziekteverzuim om- laag	2004(-)	42	32	26	100
	2003	19	33	49	100
Toegang ongelijk	2004	42	38	20	100
	2003	40	33	27	100
Belangen werkgever boven werknemer	2004	48	32	20	100
	2003	48	33	19	100
Huisarts ontlast	2004(-)	50	29	21	100
	2003	22	29	49	100
Afname verwijzingen via huisarts	2004 (-)	60	31	9	100
	2003	31	38	31	100
Bedrijfsarts overbe- last	2004	61	33	6	100
	2003	52	40	8	100
Toename zorgvraag	2004(-)	47	33	20	100
	2003	30	31	39	100
Minder aandacht voor preventie	2004	63	26	11	100
	2003	69	21	10	100

(-) respondenten zijn in 2004 significant minder eens met stelling dan in 2003

Hieronder volgen de antwoorden van de verschillende beroepsclusters op deze stellingen:

Tabel 3.16 Stellingen door huisartsen beantwoord

Stelling	Jaar	(Zeer) on-eens	Neutraal	(Zeer) eens	Totaal
Ziekteverzuim omlaag	2004(+)	42	37	21	100
	2003	52	33	14	100
Toegang onge- lijk	2004(-)	42	37	21	100
	2003	12	20	68	100
Belangen werk- gever boven werknemer	2004(-)	48	32	20	100
	2003	21	33	46	100
Huisarts ontlast	2004(+)	50	28	22	100
	2003	58	26	15	100
Afname verwij- zingen via huis- arts	2004(-)	63	28	9	100
	2003	32	34	34	100
Bedrijfsarts overbelast	2004(-)	59	37	4	100
	2003	32	55	13	100
Toename zorg- vraag	2004(-)	46	35	19	100
	2003	10	16	74	100
Minder aan- dacht voor preventie	2004(-)	60	30	10	100
	2003	45	30	25	100

(-) respondenten zijn in 2004 significant minder eens met stelling dan in 2003

(+) respondenten zijn in 2004 significant meer eens met stelling dan in 2003

Opvallend is dat de antwoorden die de huisartsen gegeven hebben alle significant verschillen van het jaar ervoor. Zij zijn het in 2004 meer eens met de stelling 'ziekteverzuim gaat omlaag' en 'huisarts wordt ontlast'. Voor de andere stellingen geldt dat zij het in 2004 minder hiermee eens zijn. Uit de interviews blijkt inderdaad dat huisartsen positiever staan tegenover de verwijfsfunctie en de gevolgen ervan.

Tabel 3.17 Stellingen door bedrijfsartsen beantwoord

Stelling	Jaar	(Zeer) on-eens	Neutraal	(Zeer) eens	Totaal
Ziekteverzuim omlaag	2004(-)	43	31	26	100
	2003	22	32	46	100
Toegang ongelijk	2004	40	40	20	100
	2003	46	27	26	100
Belangen werkgever boven werknemer	2004(+)	46	33	21	100
	2003	84	13	2	100
Huisarts ontlast	2004(-)	50	29	21	100
	2003	13	45	41	100
Afname verwijzingen via huisarts	2004(-)	58	34	8	100
	2003	17	45	38	100
Bedrijfsarts overbelast	2004(-)	55	35	10	100
	2003	40	43	17	100
Toename zorgvraag	2004(-)	49	30	21	100
	2003	36	31	33	100
Minder aandacht voor preventie	2004	61	26	13	100
	2003	75	12	13	100

(-) respondenten zijn in 2004 significant minder eens met stelling dan in 2003

(+) respondenten zijn in 2004 significant meer eens met stelling dan in 2003

Bedrijfsartsen beantwoorden in 2004 zes van de acht stellingen significant verschillend dan het jaar ervoor. Zij zijn het significant meer eens met de stelling dat de belangen van de werkgever voor gaan boven die van de werknemer. Met de andere stellingen zijn zij het minder eens dan in 2003.

De medisch specialisten zijn het in 2004 significant minder eens met de volgende stellingen: het ziekteverzuim gaat omlaag, de huisarts wordt ontlast, er volgt een afname van het aantal verwijzingen via de huisarts en de zorgvraag neemt toe.

Dit geldt hetzelfde voor de clusters eerste- en tweedelijns GGZ. Dit komt overeen met de resultaten uit tabel 2.7. Het laatstgenoemde cluster is het ook significant minder eens met de stelling dat de bedrijfsarts overbelast zal raken.

Het cluster paramedici zijn het minder eens met de volgende stellingen: het ziekteverzuim gaat omlaag, de huisarts wordt ontlast, en het aantal verwijzingen via de huisarts neemt af. Paramedici zijn het significant meer eens met de stelling dat er minder aandacht is voor preventie.

Uit tabel 3.18 blijkt dat ervaring bij professionals van respondenten met verwijzingen via de bedrijfsarts nauwelijks invloed heeft op hun mening over de stellingen.

Tabel 3.18 Stellingen naar ervaring met verwijzingen via bedrijfsarts (in procenten)

Stelling	Ervaring met verwijzen	In (zeer) geringe mate		Neutraal		In (zeer) hoge mate	
		2004	2003	2004	2003	2004	2003
Ziekteverzuim omlaag	Ja	42	18	33	29	25	53
	Nee	41	21	32	35	27	44
Toegang ongelijk	Ja	43	42	36	31	21	27
	Nee	41	38	40	36	19	26
Belangen werkgever boven werknemer	Ja	47	52	33	30	20	18
	Nee	50	46	31	35	19	19
Huisarts ontlast	Ja	51	22	29	28	20	50
	Nee	49	21	29	30	22	49
Afname verwijzingen via huisarts	Ja	60	32	30	39	9	29
	Nee	61	29	30	38	9	33
Bedrijfsarts overbelast	Ja	60	53	33	39	7	8
	Nee	63	52	31	40	5	9
Toename zorgvraag	Ja	46	32	32	30	22	38
	Nee	46	27	34	32	20	41
Minder aandacht voor preventie	Ja	63	70	27	19	10	10
	Nee	64	68	26	22	10	10

*In de tabel staan verschillen van vijf procent of meer vet gedrukt

3.6 Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen

De communicatie tussen deze twee professionals - en ook met collega's - kunnen we relateren aan twee aspecten: samenwerking en de tevredenheid hiermee. De gegevens hiervoor komen uit het Medwerk onderzoek. Hierin hebben 139 huisartsen en 231 bedrijfsartsen deze vraag beantwoord in 2003 en respectievelijk 539 en 460 in 2004. We hanteren hierbij ook een ondergrens van n=100. Als dit aantal niet wordt gehaald staat het bij de tabel vermeld. Dit geldt bijvoorbeeld voor de uitspraken van de huisartsen van 2002. Deze uitspraken zijn minder betrouwbaar.

3.6.1 Samenwerking

In de Medwerk vragenlijst is aan de respondenten gevraagd met welke professionals zij samenwerken. Tabel 3.19 geeft een indicatie van de mate van samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen zowel onderling als met elkaar.

Uit deze tabel blijkt dat de samenwerking tussen bedrijfsartsen onderling is afgenomen. Tevens zien we dat bedrijfsartsen vinden dat ze meer samenwerken met huisartsen dan vice versa.

Tabel 3.19 Samenwerking met en tussen huisartsen en bedrijfsartsen (in procenten van de ja-stemmers)

Samenwerking met	Huisartsen		Bedrijfsartsen	
	2004	2002	2004	2002
Huisartsen	9	4	83	82
Bedrijfsarts	63	73	20	28

Bron: Medwerk, 2004 en 2002

Van de andere professionals geeft, zo blijkt uit tabel 3.20 de eerstelijns psycholoog het meest aan (94 procent) samen te werken met de huisarts. Ook bijna alle oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten en algemeen maatschappelijk werkers geven aan samen te werken met de huisarts.

Tabel 3.20 Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen met overige professionals (% van totaal, 2004)

Professional	Samenwerking met	
	Huisartsen	bedrijfsartsen
Arboverpleegkundige	34	86
Bedrijfsmaatschappelijk werker	55	96
Dermatoloog	56	47
Longarts	75	59
Neuroloog	75	32
Orthopedisch chirurg	73	47
Revalidatie arts	74	67
Eerstelijns psycholoog	94	74
Algemeen maatschappelijk werker	85	61
Psychiater	56	43
Klinisch psycholoog	61	53
Psychotherapeut	74	55
Fysiotherapeut	89	47
Oefentherapeut Cesar	93	38
Oefentherapeut Mensendieck	92	56

De samenwerkingsrelaties van de bedrijfsartsen zien er wat anders uit. De belangrijkste partners voor de bedrijfsartsen zijn de bedrijfsmaatschappelijk werkers (96 procent), gevolgd door arboverpleegkundigen (86 procent) en de huisartsen (zie tabel 3.19: 83 procent).

3.7 Tevredenheid met samenwerking

Samenwerking betekent niet automatisch dat dit naar tevredenheid verloopt. Vandaar dat er apart gevraagd is naar de mate waarin professionals tevreden zijn over de samenwerking met anderen.⁷ In tabel 3.21 en 3.22 staat dit uitgelicht voor de huis- en bedrijfsartsen.

Tabel 3.21 Tevredenheid van huisartsen over de samenwerking met... (in procenten)

Tevredenheid van huisartsen over					
Samenwerking met...	Jaar	Gering of niet	Neutraal	(Zeer) hoge mate	Totaal
Huisartsen	2002**	9	-	91	100
	2004	10	23	67	100
Bedrijfsartsen	2002	53	36	11	100
	2004	53	38	9	100

** aantal huisartsen dat deze vraag heeft ingevuld is minder dan 100

Bron: Medwerk, 2004

Er zijn geen significante verschillen gevonden in de tevredenheid van de huisartsen over de samenwerking met andere huisartsen en bedrijfsartsen. Voor de huisartsen geldt dat negen procent zeer tevreden is over de samenwerking met de bedrijfsartsen en 53 procent is dit in geringe mate of helemaal niet. Dit was twee jaar geleden nagenoeg gelijk.

Tabel 3.22 Tevredenheid van bedrijfsartsen over de samenwerking met ... (in procenten)

Tevredenheid van bedrijfsartsen over					
Samenwerking met...	Jaar	Gering of niet	Neutraal	(zeer) hoge mate	Totaal
Huisartsen	2002	36	48	16	100
	2004(+)	22	51	27	100
Bedrijfsartsen	2002	4	12	84	100
	2004	3	17	80	100

+ significante toename van tevredenheid over samenwerking

Bron: Medwerk, 2004 en 2002

Uit tabel 3.22 blijkt wel dat bedrijfsartsen in 2004 significant meer tevreden zijn over samenwerking met de huisartsen dan in 2002. De onderlinge tevredenheid over samenwerking is nagenoeg gelijk gebleven.

Uit tabel 3.23 blijkt dat huisartsen in 2002 en 2004 het meest tevreden waren over de samenwerking met de fysiotherapeuten (74 en 72 procent). In 2004 zijn huisartsen verder relatief tevreden over samenwerking met andere huisartsen, longartsen, revalidatie-artsen, eerstelijns psychologen en oefentherapeuten Mensendieck en Cesar. Huisartsen zijn in 2004 significant meer tevreden over samenwerking met neurologen, orthopedisch chirurgen, revalidatie-artsen en eerstelijns psychologen dan in 2002.

⁷ Hierbij zijn de respondenten die niet met de betreffende professional samenwerken (antwoord: niet van toepassing) uit de analyse verwijderd.

Tabel 3.23 Tevredenheid van huisartsen over... (in procenten)

Tevredenheid van huisartsen over				
Samenwerking met...	Jaar**	Gering of niet	Neutraal	(Zeer) hoge mate
Arboverpleegkundige	2002	73	17	10
	2004	72	23	5
Bedrijfsmaatschappelijk werker	2002	48	30	22
	2004	52	37	11
Dermatoloog	2002	12	35	53
	2004	6	35	59
Longarts	2002	10	35	55
	2004	6	31	63
Neuroloog	2002	14	47	39
	2004(+)	8	34	58
Orthopedisch chirurg	2002	14	48	38
	2004(+)	7	34	59
Revalidatie-arts	2002	12	29	59
	2004(+)	6	25	69
Eerstelijns psycholoog	2002	15	34	51
	2004(+)	6	32	62
Alg. maatsch. Werker	2002	11	35	54
	2004	12	40	48
Psychiater	2002	24	37	39
	2004	19	38	43
Klinisch psycholoog	2002	25	39	36
	2004	25	40	35
Psychotherapeut	2002	24	27	49
	2004	16	42	42
Fysiotherapeut	2002	8	18	74
	2004	3	25	72
Oefentherapeut Mensendieck	2002	10	32	58
	2004	7	25	68
Oefentherapeut Cesar	2002	10	30	60
	2004	8	24	68

** n=minder dan 100 geldt voor heel 2002

(+) significante toename van tevredenheid over samenwerking

Bron: Medwerk, 2004

Uit tabel 3.24 blijkt dat bedrijfsartsen in 2004 significant meer tevreden zijn over samenwerking met longartsen, neurologen, orthopedisch chirurgen, revalidatie-artsen, eerstelijns psychologen en oefentherapeuten Mensendieck en Cesar dan in 2002.

Tabel 3.24 Tevredenheid van bedrijfsartsen over... (in procenten)

Tevredenheid van bedrijfsartsen over				
Samenwerking met...	Jaar	Gering of niet	Neutraal	(Ze)er hoge mate
Arboverpleegkundige	2002	6	27	67
	2004	7	24	69
Bedrijfsmaatschappelijk werker	2002	6	20	74
	2004	5	16	79
Dermatoloog	2002**	25	28	47
	2004	16	32	52
Longarts	2002**	40	26	34
	2004(+)	19	40	41
Neuroloog	2002**	43	38	19
	2004(+)	30	44	26
Orthopedisch chirurg	2002	44	43	13
	2004(+)	27	44	29
Revalidatie-arts	2002	22	34	44
	2004(+)	13	33	54
Eerstelijns psycholoog	2002	17	38	45
	2004(+)	14	30	56
Alg. maatsch. Werker	2002**	49	32	19
	2004	39	37	24
Psychiater	2002	28	39	33
	2004	21	44	35
Klinisch psycholoog	2002**	22	29	49
	2004	16	35	49
Psychotherapeut	2002	25	36	39
	2004	16	40	44
Fysiotherapeut	2002	14	36	50
	2004	8	35	57
Oefentherapeut Mensen-dieck	2002**	29	39	32
	2004(+)	16	38	46
Oefentherapeut Cesar	2002**	33	39	28
	2004(+)	18	36	46

** n is minder dan 100

(+) significante toename van tevredenheid over samenwerking

Bron: Medwerk, 2004

3.8 Interviews

3.8.1 Mening over de verwijfsfunctie

Bijna alle geïnterviewden vinden eind 2004 de introductie van de verwijfsfunctie een goed idee. De verwijfsfunctie heeft de taken van de bedrijfsarts uitgebreid en de mogelijkheden vergroot. Bedrijfsartsen kunnen gerichter verwijzen dan huisartsen en kennen een belangrijk deel van de patiënt, te weten de werkomgeving. Hier is de huisarts vaak niet van op de hoogte. Bedrijfsartsen zullen dus in een eerdere fase in actie komen. Bovendien zijn huisartsen niet primair gericht op reïntegratie. Ook kan dit een tijdsbesparing opleveren voor werknemers.

Uit de interviews komen vier belangrijke randvoorwaarden naar voren die nog aandacht vereisen omdat deze in veel gevallen nog niet zijn vervuld:

1. Voor velen, met name de geïnterviewde huisartsen, is het noodzakelijk dat de bedrijfsarts de huisarts goed informeert.
2. Bovendien moeten bedrijfsartsen voldoende geschoold zijn om een degelijk lichamelijk onderzoek uit te voeren.
3. Ook moeten bedrijfsartsen verwijzen volgens richtlijnen en met de goede indicaties.
4. Ten slotte moeten ze zich beperken tot arbeidsgerelateerde problematiek.

Een enkeling vindt deze verwijfsfunctie overbodig of vindt dat deze voorbehouden had moeten blijven aan de huisarts die als enige het overzicht kan behouden. Ook is er een enkele professional die nog steeds discussieert over nut en noodzaak. Zij vinden dat bedrijfsartsen de medische kennis missen. Een ander argument is dat bij veel patiënten sprake is van multipathologie. De huisarts is getraind om dit in zijn geheel in kaart te brengen via een differentiaal diagnose. Bedrijfsartsen bezitten volgens hen te weinig vaardigheden hierin.

Ondanks het positieve gevoel in grote lijnen, speelt eind 2004 het thema Verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen maar bij weinig geïnterviewden een prominente rol. Het gebeurt immers nog weinig. Daar zijn verschillende redenen voor:

- Er zijn nog onvoldoende contracten met verzekeraars.
- Wanneer er wel contracten zijn is het voor bedrijfsartsen nog te veel een papierwinkel.
- Bedrijfsartsen hebben nog geen verwijfsnetwerk; en
- Wat veel vaker gebeurt, en al langer de praktijk is voor veel bedrijfsartsen, is dat in overleg met de huisarts nog steeds wordt verwezen door de huisarts.

3.8.2 *Ervaring met verwijzen*

De meeste professionals hebben nauwelijks ervaringen met verwijzen door de bedrijfsarts. Veel bedrijfsartsen bellen nog steeds eerst de huisarts die vervolgens verwijst. Die blijft de spil

Sommige bedrijfsartsen geven aan altijd al te hebben verwezen, met name particuliere patiënten, naar het particuliere circuit.

De professionals die al ervaring hebben met verwijzingen door de bedrijfsarts hebben dat met name met:

- KANS;
- met psychische overbelasting; en
- typische beroepsziekten zoals allergie.

Zij merken dat sinds de invoering van de verwijfsfunctie per 1 januari 2004 de verwijzingen ook psychische klachten betreffen die niet direct arbeidsgerelateerd zijn maar wel een grote invloed hebben op het functioneren op de werkplek, zoals stemmingsstoornissen.

3.8.3 *Kwaliteit verwijzing*

De professionals die ervaringen hebben met verwijzingen door de bedrijfsarts vinden de kwaliteit van de verwijzingen goed. In het algemeen zijn zij tevreden over de vraagstelling en de hoeveelheid informatie. Enkele professionals klagen over wisselende kwaliteit afhankelijk van de bedrijfsarts. Net als bij de verwijzing door sommige huisartsen is voor hen de verwijzing van sommige bedrijfsartsen te summier. De kwaliteit is vaak ook afhankelijk van de relatie met de arbodienst. Als deze goed is dan is de kwaliteit vele malen beter dan wanneer een relatie minder goed is.

3.8.4 *Consequenties verwijsfunctie*

De meeste professionals zien geen directe gevolgen van de verwijsfunctie op de werkdruk van huisartsen of bedrijfsartsen. Sommigen zien het als een ontlasting voor bedrijfsartsen omdat zij minder afhankelijk zijn van huisartsen. Ook zijn maar enkelen bevreesd dat de belangen van de werkgever boven die van de werknemer gaan. Dit zijn met name huisartsen.

Veel geïnterviewde bedrijfsartsen vinden hun werk door de verwijsfunctie leuker: zij kunnen meer doen met arbeidsgelerateerde aandoeningen, meer deskundigheid opbouwen en sneller en beter verwijzen. Ook lijkt de status van bedrijfsarts gewonnen te hebben door de verwijsfunctie.

3.8.5 *Rol bedrijfsarts*

De meeste professionals vinden de bedrijfsarts in ieder geval een procesbegeleider in het algemeen en bij reïntegratie in het bijzonder. Een fors aantal vinden de bedrijfsarts in sommige gevallen ook een behandelaar moet zijn, bijvoorbeeld voor psychische klachten. Sommigen noemen ook de bedrijfsarts als behandelaar in preventieve zin.

3.9 **Conclusies**

3.9.1 *Mening over de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen*

Ruim veertig procent van de ondervraagde professionals vindt eind 2004 de voorgenomen verwijsfunctie voor bedrijfsartsen een goed tot zeer goed initiatief. Dit was eind 2003 nog tweederde van het aantal respondenten. Het aantal professionals dat de verwijsfunctie slecht tot zeer slecht vindt is bijna verdubbeld van 12 naar 23 procent. Het afgelopen jaar is het enthousiasme voor de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen dus duidelijk afgenomen. Kennelijk roept dit initiatief veel emoties op. Dat blijkt uit het feit dat 59 procent van de professionals die geen ervaringen heeft met verwijzingen van de bedrijfsarts, toch een uitgesproken mening heeft: 37 procent vindt dit positief en 22 procent vindt dit negatief. Dit was overigens 75 procent in 2003. De actievere rol van de bedrijfsarts, die voor sommige professionals een bedreiging vormt, zou een reden kunnen zijn voor het minder populair zijn van de verwijsfunctie.

De daling van de populariteit van de verwijsfunctie is met name te zien bij de medisch specialisten, de GGZ en de paramedici. Ook de bedrijfsartsen zijn wat negatiever geworden. Alleen de huisartsen zijn een stuk minder negatief over de verwijsfunctie. Zowel eind 2003 als eind 2004 heeft eenderde van de bedrijfsartsen geen duidelijke mening over de verwijsfunctie voor de eigen beroepsgroep.

Professionals die ook werken in een private instelling vinden de verwijsfunctie voor bedrijfsartsen in ruimere mate een zeer goed idee dan de collega's die niet in een private instelling werken. Dit geldt voor zowel 2003 als voor 2004. Professionals die ervaring hebben met verwijzingen via de bedrijfsartsen hebben zowel in 2003 als in 2004 een positievere mening over de verwijsfunctie dan de professionals die deze ervaring nog niet hebben.

3.9.2 *Beeldvorming*

Opvallend is dat de conclusies in 2003 en 2004 hetzelfde zijn: er is in het tussenliggende jaar weinig veranderd in de beeldvorming van de bedrijfsarts bij de professionals. Een grote verandering was overigens ook niet te verwachten op zo'n korte termijn. Een kleine meerderheid van de professionals ziet de rol van de bedrijfsarts als die van procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar het werk. Een redelijke ondersteuning van de professionals is er daarnaast voor het idee van de bedrijfsarts als een eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts. De verschillen in beeldvorming zijn duidelijk aanwezig tussen huis- en bedrijfsartsen. De ondervraagde bedrijfsartsen laten geen duidelijke voorkeur zien voor een bepaalde rol.

3.9.3 *Verwachting ten aanzien van de kwaliteit*

In zijn algemeenheid zijn de verwachtingen van de professionals over de kwaliteit van de verwijzingen door bedrijfsartsen afwachtend te noemen. Grosso modo is de helft positief en de andere helft neutraal of negatief. Dit geldt voor beide metingen. Uitzondering is dat het vertrouwen in het meesturen van voldoende medische informatie bij de verwijzing via de bedrijfsarts in 2004 verbeterd is ten opzichte van 2003.

Van de ondervraagde professionals waren in 2003 de verwachtingen over de kwaliteit van de verwijzing bij de bedrijfsartsen zélf het meest positief. De huisartsen hadden de meest negatieve verwachtingen. In 2004 zijn de verwachting in het algemeen iets verbeterd met name bij de huisartsen. Dit wordt bevestigd in de interviews. De professionals die reeds ervaring hebben met verwijzingen via de bedrijfsarts oordeelden in 2003 positiever over de te verwachte kwaliteit dan de groep die zonder ervaring is. In 2004 is dit verschil voor een groot deel verdwenen.

De algemene mening over de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen hangt positief samen met de verwachtingen over de kwaliteit. Dat geldt voor zowel 2003 als 2004.

3.9.4 *Verwachtingen ten aanzien van de indicaties*

Volgens professionals zijn zowel in 2003 als in 2004 RSI en rugklachten de twee aandoeningen die bij uitstek geschikt zijn voor verwijzing via de bedrijfsartsen. De meningen over verwijzing door bedrijfsartsen van mensen met overspannenheid/burn-out zijn in 2003 en 2004 sterk verdeeld.

Van de professionals vinden de bedrijfsartsen in de sterkste mate dat aandoeningen geschikt zijn voor verwijzingen door henzelf. Oudere professionals verwachten dat rugaandoeningen en rsi niet of soms verwezen worden door de bedrijfsarts. Jongere professionals verwachten juist dat deze indicaties altijd of vaak doorverwezen worden. Dit geldt voor beide jaren. Professionals die ervaring hebben met verwijzingen door de bedrijfsarts achten in het algemeen vaker indicaties geschikt voor de bedrijfsarts dan de groep die deze ervaring mist.

3.9.5 *Verwachtingen ten aanzien van de gevolgen van de verwijfsfunctie*

In 2003 waren professionals positief over de gevolgen van de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen op de daling van het ziekteverzuim en de afname van de werkdruk van huisartsen. In vergelijking met een jaar daarvoor denken in 2004 professionals in het algemeen dat de verwijfsfunctie minder gevolgen heeft. Professionals verwachten veel minder een daling van het ziekteverzuim, ontlasting van de huisarts, afname van het aantal verwijzingen via de huisarts en toename van de zorgvraag. Nog steeds een vijfde van de professionals vreest voor ongelijkheid in de toegang tot de zorg en dat bij de verwijzing door de bedrijfsarts de belangen van de werkgever boven die van de werknemers zullen gaan. Er bestaat geen verschil in de meningen van professionals die wel

of geen ervaring hebben met verwijzingen van de bedrijfsarts. Dit was wel het geval in 2003.

In 2003 zijn de huisartsen het meest eens met de stellingen, bedrijfsartsen en paramedici het minst. In 2004 zijn alle clusters het minder eens met de stellingen. Medisch specialisten zijn nu nog het meest eens met de stellingen en bedrijfsartsen nog steeds het minst.

3.9.6 *Samenwerking huisarts en bedrijfsarts*

Zowel huisartsen als bedrijfsartsen zijn van mening dat beide professionals intensief met elkaar samenwerken. Dit geldt het sterkst voor de bedrijfsartsen. De onderlinge samenwerking tussen bedrijfsartsen ligt hoger dan bij huisartsen. Zowel huisartsen als bedrijfsartsen zijn weinig tevreden over de samenwerking tussen hen beiden. Opvallend is dat het afgelopen jaar de tevredenheid van de bedrijfsartsen over samenwerking met de huisartsen significant is gestegen en die van de huisartsen gelijk is gebleven.

De tevredenheid van huisartsen over de samenwerking beperkt zich niet tot een bepaald beroepscluster. Daarentegen heeft de tevredenheid van bedrijfsartsen vooral betrekking op de werknemers binnen de arbocuratieve zorgverlening.

De tevredenheid van huisartsen in 2004 over samenwerking met de neurologen, orthopedisch chirurgen, revalidatieartsen en eerstelijns psychologen is significant toegenomen ten opzichte van de nulmeting. Hierbij geldt wel dat het aantal huisartsen dat deze vragen beantwoordt bij de nulmeting kleiner is dan 100.

De tevredenheid van bedrijfsartsen is toegenomen over samenwerking met longartsen, neurologen, orthopedisch chirurgen, revalidatieartsen, eerstelijns psychologen en de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar.

Het is onduidelijk welke rol de verwijzingsfunctie heeft gespeeld bij deze ontwikkelingen. Er zijn veel initiatieven ontplooid ter verbetering van de samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en andere professionals zoals de NVAB-LHV-projecten.

4 De kwaliteit van de verwijzing

4.1 Inleiding en vraagstelling

Het doel van dit deelproject is het in kaart brengen van de kwaliteit van de verwijzing. Dit wordt uitgevoerd met behulp van informatie afkomstig van bedrijfsartsen, werknemers die bij die bedrijfsartsen op het spreekuur zijn geweest, en zorgverleners naar wie de werknemers zijn verwezen.

Eerst gaan we in op de onderzoeksopzet, de onderzoekspopulatie en de respons. Hierna gaan we dieper in op de verwijzingen. We beschrijven het aantal verwijzingen, de indicaties voor verwijzingen en de mening van bedrijfsartsen over zowel de invoering van de verwijzfunctie als mogelijke effecten van verwijzen. Verder gaan we uitgebreid in op de performance indicatoren die een indicatie geven van de kwaliteit van verwijzingen. Vervolgens beschrijven we de mening van werknemers die op het spreekuur van de bedrijfsarts zijn geweest. Tenslotte beschrijven we de mening van de zorgverleners naar wie de werknemers zijn verwezen. We vergelijken telkens de resultaten van de eindmeting met die van de nulmeting.

4.2 Methoden

4.2.1 *Onderzoeksopzet*

Het onderzoek is opgezet in een aantal fasen. Een belangrijke fase betrof de ontwikkeling van een interviewvragenlijst waarmee de kwaliteit van de verwijzing gemeten is. Deze vragenlijst is in de periode oktober – november 2003 nauw afgestemd op het richtsnoer van de NVAB. De interviewers hebben vervolgens een training ontvangen in het gebruik van deze specifieke vragenlijst. Tevens zijn proefinterviews afgenomen en geëvalueerd. In januari 2004 zijn de interviews voor de nulmeting afgenomen bij de bedrijfsartsen die deelnamen aan dit deelproject. In januari 2005 hebben dezelfde interviewers bij dezelfde bedrijfsartsen het interview opnieuw afgenomen. Aan het interview zijn bij de tweede meting enkele evaluatievragen toegevoegd. De bedrijfsarts is bij de nul- en eindmeting ook gevraagd om ook een korte vragenlijst in te vullen en op te sturen.

Tijdens ieder interview is de bedrijfsarts bevraagd over maximaal 10 concrete casussen van werknemers. Om de kans op een verwijzing door de bedrijfsarts te vergroten zijn alleen werknemers geïnccludeerd die al eerder op een spreekuur waren geweest. De eerste drie casussen van het interview betroffen de laatste drie werknemers die in 2003 (of 2004) op het spreekuur waren geweest én door de bedrijfsarts waren verwezen naar een zorgverlener (inclusief huisarts). Voor de overige casussen van het interview zijn de spreekuurcontacten vanaf het laatste contact in 2003 (of 2004) terug in de tijd gevolgd. De werknemers die op deze wijze zijn geïnccludeerd in het onderzoek hebben via de bedrijfsarts een vragenlijst ontvangen met vragen over de begeleiding en het verwijzen. . Op deze manier is de anonimiteit van de werknemer gegarandeerd. De werknemer kon de ingevulde vragenlijst naar TNO terugsturen. De werknemer is ook gevraagd om, in het geval dat hij/zij door de bedrijfsarts was verwezen, een toestemmingsformulier in te vullen. Met dit toestemmingsformulier gaf de werknemer TNO toestemming om de zorgverlener waar hij/zij naar was verwezen ook een vragenlijst te sturen. Deze laatste lijst had alleen betrekking op het proces van verwijzen, er werd niet gevraagd naar medische gegevens. De data zijn dus bij beide metingen afkomstig

van vier bronnen: het interview met de bedrijfsarts, de vragenlijst van de bedrijfsarts, de vragenlijst van de werknemer en de vragenlijst van de zorgverlener.

Bedrijfsartsen worden regelmatig benaderd om aan een onderzoek deel te nemen. Om bedrijfsartsen niet te zwaar te belasten hebben we voor drie regio's gekozen, waar, voor zover wij konden nagaan, geen andere onderzoeken liepen ten tijde van de nulmeting. Binnen deze regio's zijn vervolgens alleen bedrijfsartsen aangeschreven (via de NVAB ledenlijst) die niet al werden benaderd voor deelname aan het deelproject 'De mening van professionals'.

Interdokter factoren (verschillen tussen artsen wat betreft attitude, kennis, kunde, context waarbinnen men werkzaam is) kunnen een grote invloed hebben op het verloop van het verwijsproces en de mogelijke effecten daarvan. Door het onderzoek uit te voeren bij dezelfde artsen worden veel van deze knelpunten bij de interpretatie van de uitkomsten (vergelijking uitkomsten nul- en eindmeting) voorkomen. Daarom is de artsen gevraagd mee te doen aan zowel de nulmeting als de eindmeting (longitudinale opzet). Door de longitudinale opzet vormen de bedrijfsartsen hun eigen controlegroep. Ten tijde van de eindmeting was één van de deelnemende bedrijfsartsen van arbo-dienst veranderd.

4.2.2 *Beschrijving van de onderzoekspopulatie en de respons*

In oktober 2003 zijn 469 bedrijfsartsen aangeschreven. Hiervan hebben er 74 aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Uiteindelijk zijn voor de nulmeting 62 artsen geïnterviewd over 523 casussen van werknemers (gemiddeld 8 casussen per bedrijfsarts, 60 interviews leverden gegevens op over zowel de bedrijfsarts als werknemers). Voor de eindmeting waren 57 van deze bedrijfsartsen nog beschikbaar en zij zijn geïnterviewd over 497 casussen (gemiddeld 9 casussen per bedrijfsarts). De respons per meetinstrument is samengevat in tabel 4.1.

Bij de nulmeting hebben 502 werknemers een vragenlijst ontvangen waarvan er 225 zijn teruggestuurd (respons 44,8%). Van deze ontvangen vragenlijsten konden er 156 gekoppeld worden aan de interview data van de bedrijfsartsen met behulp van geslacht, geboortedatum, datum ziekmelding en gegevens over de eventuele verwijzing. Bij de eindmeting hebben 497 werknemers een vragenlijst ontvangen, waarvan er 214 zijn teruggestuurd (respons 43%). Hiervan konden er 206 gekoppeld worden aan de interview data van de bedrijfsartsen. De respons van de algemene vragenlijst voor de bedrijfsarts betrof bij de nulmeting 92% en bij de eindmeting 100%. Pas nadat de vragenlijst van een verwezen werknemer is binnengekomen en als hij/zij het toestemmingsformulier heeft ingevuld, kan een vragenlijst aan een zorgverlener worden verstuurd. Bij de nulmeting zijn er 56 verstuurd en 47 teruggekomen (respons 84%) en bij de eindmeting zijn er 51 verstuurd en 41 teruggekomen (respons 80%).

Tabel 4.1 De respons per meetinstrument

Meetinstrument eind / nulmeting	Respons eindmeting (%)	Respons nulmeting (%)
Interviews 57 / 62 bedrijfsartsen	100	100
Vragenlijst 57 / 62 bedrijfsartsen	100	92
Vragenlijst 497 / 502 werknemers	43	45
Vragenlijst 51 / 56 zorgverleners	80	84

4.3 Het aantal verwijzingen

Bedrijfsartsen gaven op de algemene vragenlijst van de nulmeting aan dat gedurende de laatste vier werkweken van 2003 gemiddeld 107 werknemers op een spreekuur waren geweest (totaal 3935 werknemers, variërend van 30-324 per bedrijfsarts). Van de-

ze werknemers heeft de bedrijfsarts gemiddeld 12% verwezen naar een andere zorgverlener (inclusief huisarts, totaal 485 verwijzingen). Bij de eindmeting betrof dit gemiddeld 105 werknemers op het spreekuur, waarvan 9% is verwezen naar een andere zorgverlener. Het aantal verwijzingen verschilt niet statistisch significant tussen beide metingen.

4.4 Indicaties en motief voor verwijzen

Waarom verwijst een bedrijfsarts? Er is zowel naar het motief als naar het doel van de verwijzing gevraagd. Op deze vragen waren meerdere antwoorden mogelijk (tabel 4.2). Het motief voor de verwijzing bij de nulmeting bestond er meestal uit dat er een specialist nodig was op een bepaald gebied voor diagnose en/of behandeling (83%). Soms werd verwezen om zeker te weten dat er niets over het hoofd is gezien (7%). Het kwam heel weinig voor dat er werd verwezen omdat de werkgever druk uitoefende (1%). De enige verandering bij de eindmeting ten opzichte van de nulmeting is dat vaker als motief wordt gegeven dat 'een specialist nodig is op een bepaald gebied voor diagnose en/of behandeling' (92%). Het doel van de verwijzing bij de nulmeting was in minstens de helft van de casussen behandeling en in een kwart van de casussen het stellen van een diagnose. Bij de eindmeting ligt dit anders. Het percentage bedrijfsartsen dat antwoordt dat de verwijzing dient om advies te vragen over de voorgenomen behandeling, inclusief het terugsturen van betreffende werknemer naar zijn/haar bedrijfsarts, is toegenomen van 10% naar 18%. Het percentage bedrijfsartsen dat antwoordt dat de zorgverlener naar wie is verwezen kan behandelen naar eigen inzicht is gedaald van 40% naar 14%. Het verzoek aan de zorgverlener naar wie is verwezen om een specifieke behandeling/ingreep is toegenomen van 50% naar 61%. De details voor beide metingen zijn toegelicht in tabel 4.2. Bedrijfsartsen houden dus vaker de regie in eigen handen.

Tabel 4.2 Motief en doel van de verwijzingen

Antwoorden op vragen over doel en motief van de verwijzing	Eindmeting ¹ % casussen ²	Nulmeting ¹ % casussen ²
<i>Motief van de verwijzing</i>		
Er is een specialist op een bepaald gebied nodig voor diagnose en/of behandeling*	92	83
Zeker weten dat iets niet over het hoofd wordt gezien	4	7
Geruststellen werknemer omdat deze druk uitoefent	1	3
Geruststellen werknemer omdat u de klachten onvoldoende kan inschatten	0	1
Druk werkgever	2	1
Verzoek huisarts	1	1
Anders, namelijk	7	16
<i>Hoofddoel van de verwijzing</i>		
Specifieke diagnose aantonen/uitsluiten	19	22
Algemene verwijzing om tot diagnose te komen	7	4
Advies gevraagd, inclusief terugverwijzing, over behandeling*	18	10
Zorgverlener kan behandelen naar eigen inzicht overnemen*	14	40
Verzoek om specifieke behandeling/ingreep*	61	50
Anders, behandeling	6	9
Anders, diagnose	0	3

¹ Nulmeting: n=230; eindmeting: n=176 casussen

² De percentages tellen op tot boven de 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk waren

* Het verschil tussen de nul- en eindmeting is significant ($p < 0,05$)

4.5 De diagnose in relatie tot verwijzingen

De bedrijfsarts is ook gevraagd naar de diagnose. Tabel 4.3 geeft een overzicht van de meest gebruikte diagnosehoofdgroepen bij de verwijzingen. In deze tabel zijn specifieke diagnoses die tienmaal of vaker voorkomen bij de nul- of de eindmeting apart vermeld. Uit Tabel 4.3 blijkt dat 'psychische klachten en stoornissen' te samen ongeveer 40% van alle diagnoses voor hun rekening nemen en 'klachten, letsels en overige aandoeningen van het bewegingsapparaat' ongeveer 33% (zowel bij de nul- als de eindmeting). Dat betekent dat deze twee hoofdgroepen samen ongeveer drie kwart van alle klachten en aandoeningen voor hun rekening nemen.

Tabel 4.3 Diagnoses vastgesteld bij alle geïnccludeerde werknemers en het percentage verwezen werknemers uitgesplitst naar diagnose.

Diagnose	Eindmeting		Nulmeting	
	Aantal	% Verwezen	Aantal	% Verwezen
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	2	0	3	0
Ziekten van hart- en vaatstelsel	20	20	26	19
Huidziekten	8	0	7	14
Endocriene ziekten	6	17	4	25
Zwangerschap, bevalling en kraambed	7	14	5	0
Ziekten van oor en gehoor	4	25	2	0
Klachten over het bewegingsapparaat	48	42	55	53
<i>waaronder: acute aspecifieke rugpijn</i>	8	38	11	55
<i>chronische aspecifieke rugpijn</i>	11	36	13	85
<i>knieklachten</i>	5	20	10	30
Letsels van het bewegingsapparaat	36	25	36	25
Overige aandoeningen bewegingsapparaat	88	27	83	42
<i>waaronder: hernia</i>	12	25	13	31
<i>RSI schouder/bovenarm</i>	7	43	14	57
Ziekten van het zenuwstelsel	20	20	18	33
Psychische klachten	32	56	40	55
<i>waaronder: spanningsklachten</i>	32	56	39	54
Overige psychische stoornissen	171	49	174	58
<i>waaronder: burn out</i>	22	55	13	85
<i>surmenage</i>	70	44	86	60
<i>depressieve episode</i>	31	42	24	46
Aandoeningen van de longen en luchtwegen	20	10	10	30
Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel	11	9	10	0
Aandoeningen van het urogenitaal stelsel	9	11	6	17
Oogziekten	2	100	2	50
Klachten en aandoeningen niet elders geclassificeerd	7	29	12	25
Onbekend	14		29	
Totaal	505	34	522	44

Op meer gedetailleerd niveau zijn de voornaamste aandoeningen en klachten bij de nul- en eindmeting 'surmenage' (16% en 14%), spanningsklachten (6% en 7%), de-

pressieve episode (6% en 5%), hart- en vaat aandoeningen (4% en 5%), specifieke rugklachten (4% en 4%) en aandoeningen aan de longen en luchtwegen (4% en 2%).

Daarnaast is het percentage verwijzingen vermeld. Het totaal aantal verwijzingen zegt bij de casussen uit de interviews niet zoveel, omdat er gericht gekeken is naar werknemers die al eerder op het spreekuur zijn geweest en de interviews gestart zijn met drie verwezen werknemers. We kunnen echter wel het percentage verwijzingen vergelijken tussen de nul- en de eindmeting. Dit blijkt bij de eindmeting afgenomen van 44% naar 34% dus een kwart lager dan bij de nulmeting.

Kijkend naar de afzonderlijke klachten en aandoeningen, constateren we dat relatief gezien de meeste verwijzingen plaatsvinden binnen de hoofdgroepen 'psychische klachten en stoornissen' (variërend van 46-85%) en 'klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat' (variërend van 27-53%).

4.6 De zorgverlener naar wie wordt verwezen

Tevens is gevraagd naar welke zorgverlener is verwezen. Dit is bij de nulmeting bekend voor 200 (van de 230 verwezen werknemers) en bij de eindmeting voor alle 176 verwezen werknemers. De bedrijfsarts verwijst over het algemeen naar een psycholoog of fysiotherapeut (tabel 4.4). Het enige verschil tussen de nul- en de eindmeting is dat bedrijfsartsen relatief gezien minder vaak naar de huisarts verwijzen en ook minder vaak naar disciplines in de categorie 'overig'. Bedrijfsartsen verwijzen dus niet vaker 'via' de huisarts.

Tabel 4.4 De zorgverlener naar wie is verwezen

Zorgverlener	% verwijzingen eindmeting	% verwijzingen nulmeting
Psycholoog	40	34
Fysiotherapeut	18	18
Huisarts	14*	22
Maatschappelijk werker	8	7
Psychiater	3	2
Orthopeed	3	3
Andere specialist	5	4
Overig ¹	9*	13
Totaal	100	100

¹ Onder overig vallen onder meer verwijzingen naar een multidisciplinair team (bijvoorbeeld winnock), een rugcentrum, een arbeidsdeskundige, een mediator, een arbeids-verpleegkundige

* Het verschil tussen de nul- en eindmeting is significant ($p < 0,05$)

4.7 De bekostiging van de zorg die voortkomt uit de verwijzing

Tijdens de interviews is gevraagd of en hoe de werknemer was verzekerd voor de zorg die voortkwam uit de verwijzing. De interviews leverden 230 (nulmeting) en 176 (eindmeting) casussen op van verwezen werknemers. Uit tabel 4.5 blijkt dat de behandeling/begeleiding meestal wordt bekostigd via een contract tussen werkgever/arbodienst en zorg-/inkomensverzekeraar. Wanneer we de eindmeting vergelijken met de nulmeting blijkt dat het percentage niet verzekerden is afgenomen en het percentage Zfw/AWBZ verzekerden is toegenomen. Er is dus relatief vaker verwezen naar Zfw/AWBZ verzekerde zorg.

Tabel 4.5 Bekostiging zorg die voortkomt uit de verwijzing

Bekostiging van de zorg die voortkomt uit de verwijzing	Eindmeting* (%)	Nulmeting* (%)
Zfw / AWBZ	27	19
Particulier	7	9
Via contract tussen werkgever/arbodienst en zorg-/inkomensverzekeraar	43	40
Niet verzekerd	14	22
Weet niet	10	10

* Nulmeting: n=230 verwijzingen; eindmeting: n=176 verwijzingen

De vraag die nu naar voren komt is of de toename in verwijzingen naar de Zfw/AWBZ verzekerde zorg wordt veroorzaakt door meer verwijzingen naar een specifieke zorgverlener. Tabel 4.6 geeft per bekostigingsvorm de percentages weer. Van de verwijzingen waarvan bekend was naar wie is verwezen en waar de bedrijfsarts heeft gezegd dat de werknemer is verzekerd voor de beoogde behandeling middels de Zfw of AWBZ, was bij de nulmeting 62% verwezen naar de huisarts en bij de eindmeting nog slechts 32%. Het hogere percentage verwijzingen naar Zfw/AWBZ verzekerde zorg wordt vooral veroorzaakt door een relatieve toename van 2% naar 30% van verwijzingen naar een psycholoog.

Tabel 4.6 De zorgverlener naar wie is verwezen in relatie tot bekostiging van de zorg

De zorgverlener naar wie is verwezen (% per bekostigingsvorm)									
Bekostiging van de zorg die voortkomt uit de verwijzing	Psycholoog	MW	Psychiater	Bew. therapeut	Orthoeped	Andere specialist	Overig	Huisarts	Totaal
Eindmeting									
1. ZFW / AWBZ (n=42)	30		4	13	4	11	6	32	100
2. Particulier (n=20)	33			33	8	8		17	100
3. Via contract tussen werkgever/arbodienst en zorg-/inkomensverzekeraar (n=75)	41	19	4	23	1	3	9		100
4. Niet verzekerd (n=42)	58			13	8		21		100
5. Weet niet (n=21)	39		6	11				44	100
6. Totaal (n=176)	40	8	3	18	3	5	9	14	100
N eindmeting	70	14	6	32	6	8	15	24	176
Nulmeting									
1. ZFW / AWBZ (n=47)	2			10	10	7	10	62	100
2. Particulier (n=12)	35	5		15			10	35	100
3. Via contract tussen werkgever/arbodienst en zorg-/inkomensverzekeraar (n=24)	40	11	3	24	1	4	17		100
4. Niet verzekerd (n=24)	50	12	2	17	2	2	14		100
5. Weet niet (n=18)	38			14				48	100
6. Totaal (n=200)	34	7	2	18	3	4	13	22	100
N nulmeting	67	14	3	35	6	7	25	43	200

MW = Maatschappelijk werker

Bew. therapeut = bewegingstherapeut (fysiotherapeut, mensendieck, caesar)

Bij de eindmeting is de bedrijfsartsen gevraagd of zij de verwijzing liever aan de huisarts over laten. Van de 57 bedrijfsartsen antwoordde 9% 'ja, altijd', 30% 'ja, vaak', 56% 'ja, soms' en 5% 'nee, nooit'. Meer dan de helft van de bedrijfsartsen laat de verwijzing soms liever aan de huisarts over.

4.8 De mening van bedrijfsartsen over de invoering van de verwijsfunctie

We hebben de bedrijfsartsen gevraagd naar hun mening over de invoering van de verwijsfunctie. Van de 56 bedrijfsartsen die deze vraag bij de eindmeting hebben ingevuld, antwoordde 18% 'zeer goed', 48% 'goed', 34% 'neutraal' en niemand 'slecht' of 'zeer slecht'. Deze resultaten zijn bijna identiek aan die van de nulmeting. De twee artsen die toen 'slecht' hadden ingevuld zijn ondertussen van mening veranderd. De bedrijfsartsen in dit deelproject oordelen dus positief over de verwijsfunctie.

Bedrijfsartsen zagen in 2003 hun rol voornamelijk als behandelaar en/of procesbegeleider op het gebied van arbeidsrelevante aandoeningen (zie tabel 4.7). In 2004 lijkt er een verschuiving op te treden richting 'eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen naast de huisarts', maar dit verschil is, mede door de geringe omvang van de groepen, statistisch niet significant.

Tabel 4.7 De rol van de bedrijfsarts

De mening van de bedrijfsarts over zijn of haar rol	% artsen eindmeting ¹	% artsen nulmeting ¹
Eerstelijnsbehandelaar, naast de huisarts	2	2
Eerstelijnsbehandelaar, voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts	44	28
Eerstelijnsbehandelaar en specialist voor arbeidsrelevante aandoeningen, in plaats van de huisarts	18	21
Procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar werk	16	21
Behandelaar en procesbegeleider	21	29
Totaal	100	100

¹ Nulmeting: n=57; Eindmeting: n=58 bedrijfsartsen. Er zijn geen significante verschillen tussen beide metingen

Bij de nulmeting gaf 53% van de bedrijfsartsen aan dat ze, door de invoering van de verwijsfunctie, positiever oordeelden over de functie van bedrijfsarts. Bij de eindmeting is dit 42% hetgeen niet significant verschilt van de nulmeting.

De invoering van de verwijsfunctie beïnvloedt de visie van de meeste bedrijfsartsen op de functie van huisartsen niet. Dit verschilt niet tussen beide metingen. Echter, de positieve beeldvorming van de bedrijfsartsen over arbocuratieve samenwerking blijkt afgenomen. Van 58 bedrijfsartsen (57 bij de eindmeting) was bij de nulmeting 71% van mening dat door de invoering van de verwijsfunctie de arbocuratieve samenwerking zou verbeteren. Dit is bij de eindmeting beduidend en significant minder, namelijk 46%. De rest van de bedrijfsartsen is van mening dat de arbocuratieve samenwerking niet is veranderd.

Een van de doelen van de invoering van de verwijsfunctie, namelijk een verbetering van de arbocuratieve samenwerking, is dus wel gehaald: de helft is verbeterd en de andere helft niet veranderd.

4.9 De invloed van de invoering van de verwijfsfunctie op de houding van werkgever, arbodienst en zorgverlener

De bedrijfsarts is gevraagd naar haar/zijn mening of de invoering van de verwijfsfunctie van invloed zal zijn op de houding van de werkgever, de arbodienst en de zorgverlener naar wie wordt verwezen. Hier komen behoorlijke verschillen naar voren tussen de nul- en de eindmeting (58 versus 57 bedrijfsartsen respectievelijk). De resultaten worden hier kort samengevat.

4.9.1 *Verwachtingen t.a.v. de houding van de werkgever*

68% van de bedrijfsartsen dacht dat de invoering van de verwijfsfunctie vooral negatieve invloed zou hebben op de houding van de werkgever. De bedrijfsartsen gaven vooral aan dat ze dachten dat de werkgever hen onder druk zou zetten om werknemers te verwijzen. De werkgever zou verwachten dat verwijzen een snellere reïntegratie tot gevolg zou hebben. Een deel van de bedrijfsartsen verwachtte dat hun onafhankelijkheid zou afnemen. Slechts enkele bedrijfsartsen gaven aan dat ze dachten dat de werkgever positiever over de functie van bedrijfsarts zou oordelen. Uit de resultaten van de eindmeting blijkt dat nu, een jaar na invoering van de verwijfsfunctie, nog maar 28% van de bedrijfsartsen denkt dat de invoering van de verwijfsfunctie de houding van de werkgever heeft veranderd, meestal in negatieve zin. Deze negatieve veranderingen bij de werkgever betreffen meestal een toename in de druk die zij uitoefenen op de bedrijfsarts (n=7). De opmerkingen bij deze vraag van desbetreffende bedrijfsartsen laten zien dat werkgevers die op de hoogte zijn van de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts meer verwijzingen verwachten, ook waar de huisarts dit misschien niet zou doen. Verder geven deze bedrijfsartsen aan dat werkgevers een verschuiving van verwijzingen van de arbo- naar de reguliere zorg van hen verwachten.

4.9.2 *Verwachtingen t.a.v. de houding van de arbodienst*

60% van de bedrijfsartsen dacht ten tijde van de nulmeting dat de invoering van de verwijfsfunctie van invloed zou zijn op de houding van de arbodienst. Ze verwachtten vooral dat arbodiensten zich meer zouden gaan profileren en dat zij de verwijfsfunctie als 'selling point' zouden gaan gebruiken bij acquisitie. Tevens dachten de bedrijfsartsen dat, mede door een beter profilering en een actievere rol van de arbodienst, de professie meer erkenning zou krijgen. Bij de eindmeting geeft slechts 23% aan dat de houding van de arbodienst veranderd is. Slechts vier bedrijfsartsen benadrukken de toegenomen kansen op dienstverlening en producten. Zes bedrijfsartsen constateren een hogere druk van de arbodienst op de bedrijfsarts om te verwijzen. Eén arts merkt op dat de directie verwacht dat de arts precies doet wat de werkgever wil en dus niet onafhankelijk kan zijn.

4.9.3 *Verwachtingen t.a.v. de houding van de zorgverleners.*

78% van de bedrijfsartsen dacht ten tijde van de nulmeting dat de invoering van de verwijfsfunctie van invloed zou zijn op de houding van zorgverleners. Zij dachten dat de bedrijfsarts meer voor 'vol' zou worden aangezien, meer als een deskundige behandelaar op het gebied van arbeidsrelevante klachten. Tevens verwachtten ze dat er meer overleg met zorgverleners plaats zou vinden. Ze uitten hun zorg over de relatie met de huisarts, omdat ze verwachtten dat deze zich bedreigd zou voelen. De positieve verwachtingen ten aanzien van zorgverleners worden bij de eindmeting bevestigd; 54% van de bedrijfsartsen geeft aan dat de houding van zorgverleners is veranderd, in de verwachte richting. De bedrijfsarts wordt vaker benaderd voor overleg over een verwezen werknemer en meer voor 'vol' aangezien. Bedrijfsartsen worden ook vaker benaderd voor samenwerking, met name door fysiotherapeuten en commerciële instel-

lingen. De ervaringen met huisartsen zijn wisselend. Een aantal artsen is van mening dat de samenwerking is verbeterd en dat er vaker contact is. Wel blijkt dat huisartsen die geen ervaring met de verwijsfunctie van bedrijfsartsen hebben, in eerste instantie argwaan koesteren of zich bedreigd voelen.

Ten tijde van de nulmeting brachten de bedrijfsartsen een zorgpunt naar voren, namelijk dat ze bang waren voor een enorme rompslomp wat betreft papier en regelwerk met verzekeraars. Over dit punt wordt bij de eindmeting nog maar één opmerking gemaakt, deze bedrijfsarts maakt geen gebruik van de verwijsfunctie uit angst voor rompslomp. Een ander zorgpunt blijkt nog te bestaan: vier bedrijfsartsen (7%) merken op dat zij nog geen gebruik maken van de verwijsfunctie omdat er nog steeds geen contract is geregeld met de zorgverzekeraars.

4.10 De mening van bedrijfsartsen over mogelijke effecten van verwijzen

De mening van de bedrijfsarts ten aanzien van de effecten van verwijzingen bij de verwezen werknemers is niet veranderd tussen de nul- en de eindmeting (230 verwezen werknemers in de nulmeting en 176 in de eindmeting, zie tabel 4.8).

Tabel 4.8 Effecten van de verwijzingen

	% met antwoord ja	
	eindmeting	nulmeting
Zijn er, naar uw mening, ten gevolge van de verwijzing ongewenste neveneffecten opgetreden?	4	6
Heeft de verwijzing de terugkeer naar (aangepast) werk versneld?	67	67
Heeft de verwijzing de verzuimduur beïnvloed?	43	44
Was de verwijzing van invloed op het Plan van Aanpak?	52	55
Bent u van mening dat de verwijzing tijdig is gerealiseerd?	85	80

Op de vraag of er ten gevolge van verwijzingen ongewenste neveneffecten zijn opgetreden zijn de meeste casussen beantwoordt met 'nee'. Er blijkt ook nauwelijks sprake van medicalisering; slechts in 1% van de casussen. Bij tweederde van de casussen geeft de bedrijfsarts aan dat de verwijzing de terugkeer naar (aangepast) werk heeft versneld. In iets meer dan de helft van de casussen is de bedrijfsarts van mening dat de verwijzing van invloed was op het Plan van Aanpak. Tenslotte geven de bedrijfsartsen aan dat de verwijzing vaak tijdig is gerealiseerd.

Er is ook gevraagd naar het effect van verwijzen op de verzuimduur. Bij 42% van de casussen heeft de verwijzing volgens de bedrijfsarts geleid tot een kortere verzuimduur, in 2% tot een langere en in 23% van de casussen was er geen invloed. Voor de overige casussen was dit (nog) onbekend. Indien de bedrijfsarts aangeeft dat de verwijzing de verzuimduur heeft verkort, is de bedrijfsarts meestal ook van mening dat de verwijzing de terugkeer naar werk heeft versneld.

4.11 Het begrip hoofdbehandelaar

De bedrijfsartsen is gevraagd of een werknemer voor de klachten waarmee hij/zij op het spreekuur van de bedrijfsarts kwam, ook onder behandeling was van een andere zorgverlener (inclusief de huisarts). De bedrijfsarts kon tevens aangeven of deze behandelaar de hoofdbehandelaar was. Als de werknemer meer dan één andere behandelaar had, moest de bedrijfsarts aangeven wie van deze behandelaars de hoofdbehandelaar was.

laar was. Een werknemer kon dus onder behandeling zijn van alleen de huisarts, de huisarts en een (hoofd)behandelaar, alleen een hoofdbehandelaar of meerdere behandelaars. De huisarts kon ook hoofdbehandelaar zijn. Het begrip hoofdbehandelaar is niet opgenomen in de 'Leidraad verwijfsfunctie'.⁸

Aan de bedrijfsarts is gevraagd of er een hoofdbehandelaar was en wie dit was. De resultaten zijn samengevat in tabel 4.9. De hoofdbehandelaar was meestal de huisarts (42% versus 36%) of een specialist (33% vs 39%) en soms een psycholoog of fysiotherapeut. Er zijn geen statistisch significante verschillen tussen de nul- en de eindmeting. Wel valt op dat de bedrijfsarts zich nu ook in 3% van de gevallen beschouwt als de hoofdbehandelaar (dit was 0% bij de nulmeting).

Tabel 4.9 De hoofdbehandelaar

Hoofdbehandelaar	% casussen*	
	eindmeting*	nulmeting*
Huisarts	36	42
Psycholoog	10	8
Orthopeed	10	8
Fysio- of andere bewegingstherapeut	9	7
Neuroloog	8	6
Andere specialist	6	5
Chirurg	4	1
Psychiater	3	4
Internist	3	3
Bedrijfsarts	3	0
Cardioloog	2	3
Maatschappelijk werker	2	2
Gynaecoloog	2	1
Anders	2	7
Longarts	1	1
Niet ingevuld	1	3
Totaal	100	100

* = Nulmeting: n=416 casussen; eindmeting: n=385 casussen

4.12 Het gebruik van een verwijfsbrief

Bedrijfsartsen hebben toegang tot verschillende standaard verwijfsformulieren. Voor een verwijzing naar zowel hulpverleners in de reguliere gezondheidszorg als in de tweedelijns arbozorg en intern naar de professionals binnen de arbodienst, is een verwijfsformulier beschikbaar (hulpmiddel 1 leidraad verwijzen, NVAB). Voor communicatie met en verwijzing naar een huisarts is een 'communicatieformulier samenwerking huisarts – bedrijfsarts' ontwikkeld door TNO. Dit was reeds beschikbaar voor huis- en bedrijfsartsen en is tevens opgenomen in de leidraad verwijzen (hulpmiddel 2, NVAB).

⁸ Het begrip hoofdbehandelaar was wel opgenomen in het 'Richtsnoer verwijfsfunctie', maar niet meer in de 'Leidraad verwijfsfunctie'. De NVAB geeft aan dat dit begrip meer tot verwarring dan tot duidelijkheid leidde, omdat er vaak meer dan één behandelaar gelijktijdig bij de patiënt/werknemer betrokken is en de relatie dan niet ervaren werd als hoofd- en andere behandelaar, maar als twee behandelaars tegelijkertijd.

Bij de eindmeting is de bedrijfsartsen gevraagd welk formulier ze bij de verwijzing gebruiken als verwijfsbrief. Van de 57 bedrijfsartsen zegt 11% vooral hulpmiddel 1 te gebruiken uit het richtsnoer verwijzen, 19% het communicatieformulier samenwerking huisarts - bedrijfsarts (leidraad), 49% maakt een eigen brief, 11% gebruikt wisselende formulieren en 10% zegt 'anders'. Anders betekent meestal geen verwijfsformulier of -brief, maar telefonisch contact. 41% van de bedrijfsartsen gebruikt dus bij het verwijzen vaak een standaard formulier.

4.13 De performance indicatoren

Uit de vragenlijst die gebruikt is voor het interview met bedrijfsartsen zijn performance indicatoren (PI's) berekend. Deze gebruiken we om de kwaliteit te toetsen van zowel de probleemverheldering als het verwijfsproces. De performance indicatoren zijn afgestemd op het 'de leidraad verwijzen' van de NVAB. Ten tijde van de nulmeting (2003) hadden de bedrijfsartsen nog niet de beschikking over dit richtsnoer. Dit is wel het geval tijdens de eindmeting. De eerste meting gaf een indruk van hoe het gesteld is met de afzonderlijke kwaliteitsindicatoren. Uit deze eerste meting kwam naar voren dat er erg weinig contact was over de voorgenomen verwijzing met de huisarts en/of hoofdbehandelaar wanneer dit volgens het richtsnoer wel gewenst is. In de gevallen dat er wel contact was, is dit niet samengegaan met een kopie van de verwijfsbrief. Tevens kwam naar voren dat er weinig aandacht was voor het verkrijgen van informed consent van de werknemer voor informatieoverdracht, afstemming en verwijzing, zowel met de huisarts en de hoofdbehandelaar als met degene naar wie is verwezen. Door de uitkomsten van de nul- en de eindmeting naast elkaar te zetten gaan we na of de score op de performance indicatoren is veranderd.

In tabel 4.10 staat een opsomming van de performance indicatoren die we in dit deelproject hebben gemeten. In deze tabel staat ook het percentage van de casussen vermeld dat afwijkend is op de performance indicator.

Iedere PI bestaat uit een aantal criteria die zijn gebaseerd op vragen uit het interview met de bedrijfsartsen. Belangrijk is dat als een casus op een criterium afwijkt, deze casus niet meer meetelt bij een volgend criterium binnen dezelfde PI. Een PI is bijvoorbeeld van toepassing op 100 casussen van werknemers. Bij het eerste criterium zijn 10 casussen afwijkend (10% van het totaal). Er blijven nu 90 casussen over die nog wel voldoen aan de PI. Van deze 90 overgebleven casussen wijken er 20 af bij het tweede criterium (20% van het totaal). Nu blijven er 70 casussen over die nog aan de PI voldoen. Van deze 70 overgebleven casussen bij het derde en laatste criterium wijken er tenslotte nog 5 casussen af (5%). Op deze PI wijken bedrijfsartsen dus in totaal op 35 casussen af (35%). Dit laatste percentage staat vermeld in tabel 4.10 in de kolom met de titel '% afwijkend'.

Het is tevens van belang dat een bedrijfsarts bij een casus maar één keer afwijkend kan scoren op een bepaald criterium. Dit houdt in dat als een arts bij een casus geen contact heeft opgenomen met de huisarts terwijl dit wel zou moeten, hij of zij bij een volgende PI waar deze vraag in is opgenomen niet opnieuw 'afwijkend' scoort, maar 'niet van toepassing'.

Ten slotte is het nog van belang dat niet iedere performance indicator van toepassing is op iedere casus. Dit hangt sterk van het soort casus af, bijvoorbeeld of er verwezen is, naar wie er verwezen is, of een andere zorgverlener is geïnformeerd en of er een hoofdbehandelaar is. Het aantal casussen per performance indicator verschilt dus (in tabel 4.10 kolom 'N').

We behandelen hieronder iedere performance indicator afzonderlijk, waar we ook in gaan op de afwijkingen en de redenen hiervoor.

Tabel 4.10 De gemeten performance indicatoren

PI nummer	PI inhoud	2004: % afwijkend	N 2004	2003: % afwijkend	N 2003
Alle werknemers					
PI 1	Probleemverheldering*	13	434	19	473
PI 2a	Criteria voor verwijzing indien werknemer niet is verwezen*	19	321	29	293
Verwezen werknemers: het verwijfsproces					
PI 2b	Criteria voor verwijzing indien werknemer wel is verwezen	8	176	10	230
PI 2	Criteria voor verwijzen (PI 2a+2b)*	15	497	21	523
PI 3a	Informerende van de huisarts ten behoeve van verwijzing	89	138	90	165
PI 3b	Informerende van de hoofdbehandelaar ten behoeve van verwijzing	96	27	100	23
PI 3	Informerende van huisarts en/of hoofdbehandelaar (PI 3a + 3b)	90	139	90	167
PI 4	Indicaties afstemming met de hoofdbehandelaar ten behoeve van verwijzing	62	60	63	79
PI 5a	Het resultaat van het informeren van de hoofdbehandelaar over de verwijzing	-	1	25	4
PI 5b	Het resultaat van het afstemmen met de hoofdbehandelaar over de verwijzing	0	13	5	19
PI 5	Het resultaat van het afstemmen over de verwijzing	0	13	10	20
PI 6	Inhoud van de verwijfsbrief	37	123	40	152
PI 7	Continuïteit van de zorg	17	174	18	229
PI 8a	Informed consent informatieoverdracht, afstemming en verwijzing met de huisarts en de hoofdbehandelaar	77	35	93	30
PI 8b	Informed consent informatieoverdracht, afstemming en verwijzing met de zorgverlener naar wie is verwezen	52	176	61	230
PI 8	Informed consent informatieoverdracht	57	176	65	230

* Bij de eindmeting wijkt de bedrijfsarts statistisch significant minder vaak af van de PI dan bij de nulmeting ($p < 0,05$)

4.13.1 PI 1 Probleemverheldering

Deze PI meet of de bedrijfsarts bij de probleemverheldering de juiste vragen heeft gesteld en voldoende onderwerpen met de werknemer heeft besproken. De nulmeting heeft betrekking op 473 en de eindmeting op 434 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 19% af van de PI en bij de eindmeting 13%. Dit betreft een verbetering. De casussen die afwijken van de PI bij de nul- vs. eindmeting doen dit voornamelijk op de volgende punten: functie/beroep onbekend (2% vs 0%); taken, werktijden én arbeidsomstandigheden onbekend (3% vs 3%), en in geval dat een werknemer voor de huidige klachten onder behandeling was van een andere zorgverlener (inclusief de huisarts) was het advies van deze zorgverlener niet met de werknemer besproken (9% vs 6%).

4.13.2 *PI 2a Criteria voor verwijzing indien werknemer niet is verwezen*

Deze PI is van toepassing op alle casussen indien de werknemer niet is verwezen. Deze PI is gebaseerd op de arbeidsrelevantie van de klachten, het opvragen van beschikbare relevante informatie bij een andere behandelaar en het verwijzen indien dat nodig wordt geacht. De nulmeting heeft betrekking op 293 en de eindmeting op 321 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 29% af van de PI en bij de eindmeting 19%. Net als bij de probleemverheldering betreft dit een verbetering. De casussen die afwijken van de PI bij de nul- vs. eindmeting doen dit voornamelijk op de volgende punten: het niet opvragen van beschikbare relevante informatie (5% vs 2%) en het niet verwijzen van een werknemer, terwijl dit wel nodig werd geacht (24% vs 16%). De verbetering van deze PI kan wijzen op meer mogelijkheden van bedrijfsartsen om te verwijzen wanneer dit nodig wordt geacht, zoals reeds afgesloten contracten met verzekeraars.

De hierna volgende PI's zijn alleen van toepassingen op casussen van werknemers die door de bedrijfsarts zijn verwezen.

4.13.3 *PI 2b Criteria voor verwijzing indien werknemer wel is verwezen*

Deze PI meet of de werknemer niet ten onrechte is verwezen. De nulmeting heeft betrekking op 230 en de eindmeting op 176 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 10% af van de PI en bij de eindmeting 8%. Deze PI bevat vrijwel dezelfde vragen als PI2a, alleen de voorwaarden verschillen. De afwijkingen worden voornamelijk veroorzaakt door het niet opvragen van beschikbare relevante informatie (5% vs 3%) en een verwijzing niet nodig achten of niet weten of het nodig is terwijl de werknemer wel is verwezen (5% vs 2%).

4.13.4 *PI 3a Informeren van of afstemmen met de huisarts ten behoeve van verwijzing*

Deze PI berust op de aanname dat als de bedrijfsarts een werknemer verwijst (behalve een verwijzing naar de huisarts), de huisarts altijd geïnformeerd moet worden middels een kopie van de verwijfsbrief. De nulmeting heeft betrekking op 165 en de eindmeting op 138 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 90% af van de PI en bij de eindmeting 89%. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het niet hebben van enig contact met de huisarts over de verwijzing (73% vs 71%). Van degenen die wel contact hebben gehad, hebben de meesten de informatie niet middels een kopie van de verwijfsbrief aan de huisarts toe doen komen (17% vs 18%).

4.13.5 *PI 3b Informeren van of afstemmen met de hoofdbehandelaar ten behoeve van verwijzing*

Deze PI berust op de aanname dat als de bedrijfsarts een werknemer verwijst (behalve een verwijzing naar de hoofdbehandelaar) en als deze werknemer voor de huidige klachten onder behandeling is van een hoofdbehandelaar, de hoofdbehandelaar altijd geïnformeerd moet worden middels een kopie van de verwijfsbrief. De nulmeting heeft betrekking op 23 en de eindmeting op 27 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 100% af van de PI en bij de eindmeting 96%. De afwijking wordt weer voornamelijk veroorzaakt door het niet hebben van enig contact met de hoofdbehandelaar over de verwijzing (70% vs 70%). Degenen die wel contact hebben gehad met de hoofdbehandelaar, hebben de informatie niet middels een kopie van de verwijfsbrief aan de hoofdbehandelaar toe doen komen (30% vs 26%).

Het is slechts een klein aantal casussen. Hier blijkt dat er met de hoofdbehandelaar soms wel contact wordt opgenomen, maar dat deze bijna nooit een kopie van de verwijfsbrief krijgt.

4.13.6 *PI 4 Indicaties afstemming met hoofdbehandelaar ten behoeve van verwijzing*

Deze PI is gebaseerd op de aanname dat als de verwijzing tegenstrijdig is aan het advies van de hoofdbehandelaar, of als de verwijzing de behandeling van de hoofdbehandelaar kan belemmeren, of als het doel van de verwijzing een behandeling betreft (terwijl de werknemer al werd behandeld), er altijd afgestemd moet worden met de hoofdbehandelaar. De nulmeting heeft betrekking op 79 en de eindmeting op 60 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 63% af van de PI en bij de eindmeting 62%. Dit wordt veroorzaakt door het niet afstemmen met de hoofdbehandelaar in geval van tegenstrijdigheid van de verwijzing met het advies van deze hoofdbehandelaar (18% vs 8%), en het willen verwijzen voor een (andere) behandeling (44% vs 53%). Uit deze percentages blijkt wel dat er bij tegenstrijdigheid van de verwijzing door de bedrijfsarts met het advies van de hoofdbehandelaar relatief vaker contact wordt opgenomen met de hoofdbehandelaar. Echter, wanneer de bedrijfsarts verwijst voor een (andere) behandeling terwijl de werknemer al onder behandeling is bij de hoofdbehandelaar wordt relatief vaker géén contact opgenomen met de hoofdbehandelaar. We hebben getoetst of het uitmaakt of de hoofdbehandelaar wel of niet de huisarts van de werknemer is en dit is niet het geval.

4.13.7 *PI 5a Het resultaat van het informeren van de hoofdbehandelaar over de verwijzing*

Deze PI meet of de verstrekte informatie aan de hoofdbehandelaar voldoende was. Het aantal casussen is echter zeer laag, aangezien er nog weinig contact wordt gezocht met de hoofdbehandelaar. Van de 4 casussen bij de nulmeting was de informatie in één geval onvoldoende. De eindmeting betrof slechts één casus waarbij de verstrekte informatie voldoende was.

4.13.8 *PI 5b Het resultaat van het afstemmen met de hoofdbehandelaar over de verwijzing*

Deze PI meet of er sprake is van een tegenstrijdige mening tussen hoofdbehandelaar en bedrijfsarts en of de werknemer het eens is met de gekozen oplossing. Ook hier is het aantal casussen erg laag, aangezien er nog weinig wordt afgestemd met de hoofdbehandelaar. De nulmeting heeft betrekking op 19 en de eindmeting op 13 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 5% af van de PI en bij de eindmeting 0%. Uit deze PI blijkt dat de bedrijfsarts bijna altijd denkt dat zijn/haar mening over de behandeling niet afwijkt van die van de hoofdbehandelaar.

4.13.9 *PI 6 Inhoud van de verwijfsbrief*

Deze PI meet de kwaliteit van de verwijfsbrief. De nulmeting heeft betrekking op 152 en de eindmeting op 123 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 40% af van de PI en bij de eindmeting 37%. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het ontbreken van een beschrijving van het doel van de verwijzing (4% vs 3%), het ontbreken van een beschrijving van de klachten van de werknemer (10% vs 7%), het ontbreken van een beschrijving van de verwachtingen omtrent de betrokkenheid van de bedrijfsarts bij de vervolgebeleiding (16% vs 19%) en het ontbreken van een specifieke vraagstelling (10% vs 8%).

4.13.10 *PI 7 Continuïteit van de zorg*

Deze PI meet of, indien er geen reactie is van de zorgverlener naar wie is verwezen, en indien de werknemer niet wacht op een afspraak of uitkomsten, de bedrijfsarts voldoende actie onderneemt. De nulmeting heeft betrekking op 229 en de eindmeting op 174 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 18% af van de PI en bij de eindmeting 17%. Dit komt voornamelijk doordat de bedrijfsarts vaak geen contact opneemt met de zorgverlener naar wie is verwezen wanneer reactie van die zorgverlener uitblijft (16% vs 13%).

4.13.11 *PI 8a Informed consent informatieoverdracht, afstemming en verwijzing met de huisarts en de hoofdbehandelaar*

Deze PI meet of er, in geval van informeren van of afstemmen met de hoofdbehandelaar en/of huisarts, hier schriftelijk toestemming voor was van de werknemer. De nulmeting heeft betrekking op 30 en de eindmeting op 35 casussen.

Bij de nulmeting wijkt 93% af van de PI en bij de eindmeting 77%. Bij veel van de casussen waarbij de hoofdbehandelaar en/of huisarts is geïnformeerd of waar met de hoofdbehandelaar en/of huisarts is afgestemd, was er dus geen schriftelijke toestemming van de werknemer, terwijl dit wel verplicht is. De verbetering van de nul- naar de eindmeting is niet significant gezien het kleine aantal casussen, maar het kan wel opgevat worden als een positief teken.

4.13.12 *PI 8b Informed consent informatieoverdracht, afstemming en verwijzing met degene naar wie is verwezen*

Deze PI meet of de werknemer instemde met de verwijzing, of de werknemer schriftelijk toestemming heeft verleend voor informatie-uitwisseling en/of overleg met degene naar wie is verwezen, en of doel, bevindingen en vraagstelling zijn besproken met de werknemer. De nulmeting heeft betrekking op 230 en de eindmeting op 176 casussen. Bij de nulmeting wijkt 61% af van de PI en bij de eindmeting 52%. Dit wordt bijna geheel veroorzaakt door het ontbreken van schriftelijke toestemming van de werknemer (59% vs 46%).

4.13.13 *Totaal PI's*

Voor iedere bedrijfsarts is tenslotte berekend hoeveel PI's van toepassing waren en welk percentage van deze PI's afwijkend was. Dit is alleen berekend indien er sprake was van minstens 4 PI's die van toepassing waren, dus alleen voor casussen van verwezen werknemers. Zowel bij de nul- als bij de eindmeting waren er meestal 5 of 6 PI's van toepassing.

Omdat het aantal PI's dat van toepassing is per casus kan verschillen, is per bedrijfsarts per casus het percentage PI's berekend dat afwijkend is. Vervolgens is per bedrijfsarts het gemiddelde percentage afwijkende PI's berekend. Het percentage PI's dat afwijkt is niet veranderd tussen de twee metingen (getoetst op artsniveau).

4.14 **De mening van werknemers**

4.14.1 *Persoonskenmerken en redenen voor bezoek aan de bedrijfsarts*

Bij de eindmeting zijn tijdens de interviews met een bedrijfsartsen 6-10 casussen van werknemers bevraagd. (Bijna) al deze werknemers hebben ook zelf een vragenlijst ontvangen. We beschrijven telkens de eindmeting en vergelijken de resultaten van de eindmeting met de resultaten van de nulmeting. Van de 214 respondenten was 52% man en 48% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 45 jaar. De kenmerken van de respondenten van de eindmeting komen overeen met de nulmeting. Gemiddeld hebben werknemers de bedrijfsarts drie keer bezocht. Zij gaan om verschillende redenen naar de bedrijfsarts; 71% kwam op uitnodiging van de bedrijfsarts, 20% kwam op eigen initiatief, en 9% was door P&O of leidinggevende gevraagd om de bedrijfsarts te bezoeken.

4.14.2 *Verzuim*

Gegevens betreffende verzuim zijn zowel van de bedrijfsarts als van de werknemers afkomstig. De vragenlijst van de werknemers bevatte vragen over ziek- en/of beter-melding en of er sprake was van recidief. De bedrijfsarts heeft deze vragen ook voor iedere casus beantwoord.

Bij de eindmeting rapporteerde 79% (N=167) van de werknemers dat zij zich ziek gemeld hadden in verband met de klachten waarvoor zij de bedrijfsarts bezochten. Van deze werknemers hadden 55 mensen al wel eens eerder verzuimd vanwege deze klachten (recidief). Wanneer de antwoorden van de bedrijfsartsen worden vergeleken met de antwoorden van de werknemers op de vraag of de ziekmelding in verband staat met de klachten waarmee de werknemer op het spreekuur van de bedrijfsarts is geweest, stemde 82% overeen (N=166). In 18% van de gevallen waren bedrijfsarts en werknemer het hier niet over eens. Meestal vond de bedrijfsarts dat de klachten die de werknemer had geuit op het spreekuur wel verband houden met de ziekmelding terwijl de werknemer zelf vond van niet. Bij de nulmeting vonden we vergelijkbare resultaten.

Ten tijde van het invullen van de vragenlijst hadden 58 werknemers het werk hervat. De gemiddelde verzuimduur was 166 dagen (sd= 207). De helft van de werknemers had 77 dagen of minder verzuimd. Voor de werknemers die tijdens het invullen van de vragenlijst nog steeds verzuimden, is de verzuimduur gesteld op de verzuimduur tot de datum van invullen van de vragenlijst. Deze werknemers hebben gemiddeld 183 (sd= 149) dagen verzuimd. De verzuimduur van de hervatte en niet-hervatte werknemers verschilt niet van die welke is gemeten bij de nulmeting.

4.14.3 *Werkhervattingsadvies*

Bijna de helft van de werknemers (46%) heeft naar eigen zeggen het advies van de bedrijfsarts gekregen om het eigen werk gedeeltelijk te hervatten, 13% om gedeeltelijk ander werk te hervatten en 28% werd geadviseerd om het werk niet te hervatten. Aan de werknemers is gevraagd welk advies ten aanzien van werkhervatting zij zelf het best van toepassing achtten op hun situatie. Van de werknemers gaf 42% aan dat gedeeltelijk hervatten van het eigen werk het beste was, 11% het gedeeltelijk hervatten van ander werk en 31% gaf aan het eigen werk nog niet te willen hervatten. Wanneer het advies van de bedrijfsarts naast de wens van de werknemer wordt gelegd, blijkt dat zij het in 84% (N=139) van de gevallen eens waren. Wanneer bedrijfsarts en werknemer het niet eens waren (N=27), betekende dit in 10 gevallen dat de werknemer niet wilde hervatten, terwijl de bedrijfsarts daar een andere mening over had. In de andere gevallen was de tegenstelling tussen bedrijfsarts en werknemer minder groot: zo kan het voorkomen dat de werknemer het werk wilde hervatten in ander werk, terwijl het volgens de bedrijfsarts beter was om in het eigen werk te hervatten, of andersom. Opnieuw zien we dat de resultaten van de nulmeting vergelijkbaar waren met de hierboven gerapporteerde resultaten.

4.14.4 *Het meten van de tevredenheid over de begeleiding*

De werknemers is gevraagd een oordeel te geven over verschillende thema's met betrekking tot de bedrijfsarts. De thema's waren: 'bejegening door de bedrijfsarts', 'communicatie met de bedrijfsarts', 'kundigheid en professionele kennis van de bedrijfsarts', 'onafhankelijkheid van de bedrijfsarts', 'vertrouwen in de bedrijfsarts en de manier waarop de bedrijfsarts met vertrouwelijk informatie van de werknemer omgaat' en 'algemene tevredenheid' (zie tabel 4.11). Alle vragen hadden steeds een vijf-puntschaal waarbij 5 helemaal mee eens betekent en 1 helemaal mee oneens. De vragen over bejegening, communicatie en kennis hingen zo sterk samen dat van deze vragen één schaal is gemaakt. De betrouwbaarheid van de schalen is toegelicht in tabel 4.11.

De schaal 'bejegening, communicatie & kennis' correleert dermate hoog (0,86) met de schaal 'algemene tevredenheid' dat aangenomen kan worden dat de algemene tevredenheid van de werknemers de tevredenheid met deze aspecten voldoende beschrijft. De schalen 'onafhankelijkheid van de bedrijfsarts' en 'vertrouwen en betrouwbaarheid' lijken nog wel iets toe te voegen aan de maat voor algemene tevredenheid (correlaties van 0,64 tot 0,68). Ook voor de schalen 'intentie om de bedrijfsarts te bezoeken bij gezondheidsproblemen', 'effect van de verwijzing op het welzijn van de werknemer', 'effect van de verwijzing op het contact tussen werknemer en bedrijfsarts' en 'effect van de verwijzing op het contact tussen bedrijfsarts en huisarts' is bekeken in welke mate zij samenhangen met algemene tevredenheid. De schalen correleren tussen de 0,17 en de 0,64 met algemene tevredenheid, dus laag genoeg om iets toe te kunnen voegen aan algemene tevredenheid.

Tabel 4.11 Naam en betrouwbaarheid van de geconstrueerde schalen bij de eindmeting

Schaal	Aantal items	Cronbach's alpha
Bejegening, communicatie en kennis	7	0,92
Onafhankelijkheid	2	0,94
Vertrouwen	3	0,77
Tevredenheid	3	0,93
Intentie om bedrijfsarts te bezoeken	6	0,86
Verwijzing heeft positief effect op contact tussen werknemer en bedrijfsarts	3	0,86
Verwijzing heeft positief effect op welzijn werknemer	3	0,90
Verwijzing heeft positief effect op contact tussen bedrijfsarts en huisarts	2	0,84

Naast de score op de schaal voor algemene tevredenheid, melden we hier ook het rapportcijfer dat werknemers over hun bezoek aan de bedrijfsarts gaven. Werknemers waren over het algemeen tevreden, ze gaven gemiddeld een rapportcijfer van 7,8 (n=213).

De schaalgemiddelden op de nulmeting en de eindmeting verschillen niet van elkaar (zie tabel 4.12).

Tabel 4.12 Scores op geconstrueerde schalen bij de nul- en eindmeting

Naam van de schaal	Oneens (%)		Neutraal (%)		Eens (%)	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Bejegening, communicatie en kennis	5	4	14	17	81	79
Onafhankelijkheid	6	7	14	14	80	79
Vertrouwen	5	6	24	27	71	68
Tevredenheid	8	11	14	15	78	75
Intentie om bedrijfsarts te bezoeken	9	5	30	30	61	65
Verwijzing heeft positief effect op contact tussen werknemer en bedrijfsarts	32	34	46	57	22	9
Verwijzing heeft positief effect op welzijn werknemer	9	11	45	45	47	43
Verwijzing heeft positief effect op contact tussen bedrijfsarts en huisarts	12	12	71	65	17	22

4.14.5 *De verwijzing*

Aan de werknemers is gevraagd of de bedrijfsarts hen heeft verwezen naar een zorgverlener (bijvoorbeeld huisarts, fysiotherapeut, specialist, psycholoog, BMW). Volgens de 214 werknemers zijn 76 van hen verwezen door de bedrijfsarts. Volgens de bedrijfsartsen zijn 68 werknemers verwezen. Er zijn 10 werknemers die denken dat zij door de bedrijfsarts verwezen zijn, terwijl de bedrijfsarts aan gaf dat de werknemer niet verwezen is. Daarnaast zijn er 8 werknemers van wie niet bekend is of zij door de bedrijfsarts zijn verwezen, omdat de werknemersdata niet gekoppeld konden worden aan de bedrijfsartsendata. Van deze 8 werknemers waren naar eigen zeggen 3 werknemers verwezen door de bedrijfsarts. Voorts zijn 5 werknemers verwezen door de bedrijfsarts, zonder dat zij dat zelf zo hebben ervaren (zie ook tabel 4.13). Van de werknemers die zijn verwezen, zegt 45% dat zij zelf de zorgverlener mochten kiezen, 46% mocht niet zelf kiezen en de overige werknemers weten het niet meer.

De onderwerpen die met de verwijzing te maken hebben, zullen we steeds alleen beschrijven voor de gevallen waarin werknemer en bedrijfsarts het erover eens waren dat er een verwijzing door de bedrijfsarts heeft plaats gevonden. Dit betrof bij de nulmeting 56 werknemers en bij de eindmeting 63.

Tijdens beide metingen zijn de werknemers het vaakst verwezen naar een psycholoog, gevolgd door een fysiotherapeut en de huisarts.

Tabel 4.13 Overeenstemming in het aantal verwijzingen tussen bedrijfsarts en werknemer

Verwezen volgens bedrijfsarts (aantal)	Verwezen volgens werknemer (aantal)		Totaal (aantal)
	ja	nee	
ja	63	5	68
nee	10	128	138
Niet gekoppelde data dus onbekend	3	5	8
Totaal (aantal)	76	138	214

4.14.6 *De verwijfsbrief*

Bij de eindmeting hebben veel werknemers geen antwoord gegeven op de vraag of de bedrijfsarts de reden voor verwijzing met de werknemer heeft besproken. Van de 22 werknemers die de vraag wel beantwoord hebben, zeggen 20 dat de bedrijfsarts de reden van verwijzing heeft besproken. Op de nulmeting is deze vraag door meer werknemers beantwoord: 85% geeft aan dat de reden van verwijzing is besproken. Op beide metingen geven de werknemers aan dat de bedrijfsarts de diagnose meestal heeft besproken (respectievelijk 82% op de eindmeting en 88% op de nulmeting).

Weinig werknemers geven aan dat zij voor henzelf een kopie van de verwijfsbrief hebben gekregen van de bedrijfsarts. Op de eindmeting heeft slechts 27% van de werknemers een kopie gekregen. Tijdens de nulmeting gaven nog minder werknemers aan dat zij een kopie van de verwijfsbrief hadden gekregen (16%). Het verschil is echter niet statistisch significant. Op beide metingen heeft ongeveer de helft van de verwezen werknemers ingevuld dat de bedrijfsarts toestemming had gevraagd om informatie uit te wisselen en/of inzicht en advies af te stemmen met degene naar wie is verwezen.

4.14.7 *De verwijzing en de huisarts*

Van de 63 werknemers die verwezen zijn, rapporteren er 68% dat zij onder behandeling waren bij de huisarts ten tijde van het consult met de bedrijfsarts. Op de nulmeting was ook ruim de helft van de verwezen werknemers onder behandeling van de huisarts.

Tijdens de eindmeting hebben lang niet alle werknemers antwoord op de vraag gegeven of de verwijzing van de bedrijfsarts in overeenstemming was met het advies van de huisarts en of de bedrijfsarts contact heeft gehad met de huisarts voor de verwijzing. Daarom kunnen verschillen tussen beide metingen niet statistisch getoetst worden. Op de eindmeting zegt 70% dat er overeenstemming was en 20% geeft aan dat de bedrijfsarts en huisarts contact hebben gehad.

4.14.8 *Informeren van of afstemmen met andere zorgverleners*

Van de verwezen werknemers was tijdens het consult met de bedrijfsarts 85% onder behandeling van een andere zorgverlener, zoals een psycholoog, fysiotherapeut, of medisch specialist. Dat is meer dan ten tijde van de eerste meting (52%). Van de werknemers gaf 87% te kennen dat de verwijzing van de bedrijfsarts overeenstemde met het advies van de andere zorgverlener. In 13% (N=6) van de gevallen was er geen overeenstemming. Van de 6 werknemers die onder behandeling waren van een andere zorgverlener en die aangaven dat er sprake was van tegenstrijdig advies, gaven 4 aan dat zij het advies van de bedrijfsarts hadden opgevolgd.

4.14.9 *Opmerkingen van de werknemers*

Aan het einde van de vragenlijst hebben de werknemers de gelegenheid gekregen om hun antwoorden toe te lichten of om opmerkingen te plaatsen over dingen die zij nog kwijt wilden. Van de 241 werknemers hebben 86 een opmerking gemaakt over de bedrijfsarts, de arbodienst, andere zorgverleners en de werkgever.

De opmerkingen over de bedrijfsarts en arbodienst zijn afkomstig van 48 werknemers, 21 zijn positief, 21 negatief, en 6 zowel positief als negatief. De positieve opmerkingen schetsen een beeld van een bedrijfsarts over wie de werknemer tevreden is. De bedrijfsarts is er voor de werknemer. Hij steunt de werknemer en heeft begrip voor diens klachten. Bovendien is de bedrijfsarts deskundig: hij kent de werkomstandigheden van de werknemer goed. Door de begeleiding van de bedrijfsarts kan de werknemer het werk sneller hervatten.

Aan de andere kant is er een negatief beeld van een bedrijfsarts die het belang van de werkgever dient. De bedrijfsarts wil de werknemer te snel laten hervatten. Daarnaast voelt de werknemer zich niet serieus genomen door de bedrijfsarts. De bedrijfsarts gaat niet zorgvuldig met de werknemer om. Hij laat werknemers bijvoorbeeld te lang wachten in de wachtkamer.

De opmerkingen over de arbo-dienst zijn louter negatief. Er wordt over geklaagd dat de arbo-dienst werknemers slechte vragenlijsten stuurt bij verzuim en dat werknemers met psychische klachten te laat worden opgeroepen.

De positieve opmerkingen beschrijven de zorgverlener als een prettig persoon die een goede begeleiding heeft gegeven. De negatieve opmerkingen daarentegen tekenen de zorgverlener af als een onkundig persoon die de werknemer niet goed kon begeleiden. De zorgverlener stemde niet af met bedrijfsarts of huisarts.

Werknemers die positief zijn over hun werkgever, beschrijven dat zij bij problemen op het werk bij hun werkgever terecht kunnen. Verder wordt het positief gewaardeerd als de werkgever de werknemer vrijlaat bij het invullen van de werkhervatting en de werknemer toestaat af en toe te verzuimen vanwege de klachten. De negatieve opmerkingen schetsen een beeld van een werkgever die geen begrip heeft voor de klachten en die bovendien de werknemer slecht informeert over arbo-dienst en bedrijfsarts. De meest gehoorde klacht, echter is dat de werkgever de werknemer te snel wil laten hervatten. Het wordt als negatief ervaren als de werkgever de werknemer vaak confron-

teert met de vraag wie de interventies voor de werknemer moet betalen. Tenslotte noemen werknemers dat de relatie met de werkgever verstoord kan raken tijdens het herstelproces.

Wanneer we de opmerkingen van de werknemers vergelijken met die van vorig jaar, valt op dat voor wat de bedrijfsarts betreft dezelfde thema's naar voren komen. Onafhankelijkheid van de bedrijfsarts, de bejegening en de begeleiding, kennis/kunde en logistiek worden in beide jaren in positieve en negatieve zin genoemd.

4.14.10 *De invloed van persoonskenmerken op de mening van werknemers*

In deze paragraaf bespreken we welke persoons- en bedrijfsartskenmerken geassocieerd zijn met een hogere dan wel lagere score op de schalen die de mening van werknemers weergeven.⁹

Op beide metingen zijn de vrouwelijke werknemers meer tevreden over hun bedrijfsarts dan de mannen. Tijdens de eindmeting hebben vrouwen meer vertrouwen in de bedrijfsarts en zij zien de bedrijfsarts als meer onafhankelijk dan mannen. Echter, tijdens de eerste meting was het precies andersom: mannen hadden meer vertrouwen en zagen de bedrijfsarts als meer onafhankelijk. Tenslotte vinden ten tijde van de eindmeting vrouwen vaker dan mannen dat de verwijzing een positief effect heeft gehad op de relatie tussen huisarts en bedrijfsarts.

Zowel tijdens de nulmeting als tijdens de eindmeting geven werknemers ouder dan 45 jaar vaker dan jongere werknemers aan dat zij bij bepaalde problematiek naar de bedrijfsarts zouden gaan. Op de eindmeting zijn oudere werknemers meer tevreden met hun bedrijfsarts dan jongere werknemers. Daarnaast geven ouderen vaker aan dat de verwijzing een positief effect heeft gehad op de relatie tussen huisarts en bedrijfsarts.

Tijdens de nulmeting hadden de werknemers meer vertrouwen in mannelijke bedrijfsartsen en zij zagen de mannelijke bedrijfsartsen ook als meer onafhankelijk. Tijdens de eindmeting maakt het geslacht van de bedrijfsarts niet meer uit voor de beoordeling door de patiënt.

4.14.11 *De mening van werknemers in relatie tot de performance indicatoren van de bedrijfsartsen*

We hebben berekend hoe de performance indicatoren samenhangen met de tevredenheid van de werknemers en het effect dat zij aan de verwijzing toeschrijven. De casussen zijn hiertoe in twee groepen verdeeld. In de ene groep is de bedrijfsarts niet afgewezen van de PI, en in de andere groep wel. De verschillen tussen de groepen zijn met een t-toets getest. De data is bij de meeste PI's te klein om significante verschillen aan te kunnen tonen. Voorlopig lijkt voldoen aan een PI geen verband te houden met de mate waarin de werknemers vinden dat de verwijzing effect heeft.

4.15 **De mening van de zorgverlener naar wie de bedrijfsarts heeft verwezen**

Van de werknemers die verwezen zijn ten tijde van de eindmeting, hebben 51 werknemers toestemming gegeven aan TNO om een vragenlijst te sturen aan de zorgverlener naar wie de bedrijfsarts hun verwezen had. Bij de nulmeting gaven 56 werknemers toestemming. De zorgverleners naar wie de werknemers verwezen zijn, hebben een vragenlijst gekregen met betrekking tot de verwijzing van hun cliënt/patiënt. De resultaten geven de mening weer van de zorgverleners die gerespondeerd hebben, respec-

⁹ De verschillen tussen twee groepen zijn met een t-toets getest. Niet alle gerapporteerde verschillen hebben het significantieniveau van .05 gehaald, omdat de aantallen vaak te klein waren. Daarom geven we ook resultaten weer met een $p < .10$.

tievelijk 41 ten tijde van de eindmeting en 46 ten tijde van de nulmeting. De meeste zorgverleners zijn psycholoog (59%); 17% is fysiotherapeut en 12% huisarts of medisch specialist. Bijna alle zorgverleners (93%) vinden dat zij de juiste zorgverlener voor de patiënt/cliënt zijn. Bij de nulmeting waren de resultaten vergelijkbaar.

Volgens 43% van de zorgverleners is het aantal verwijzingen door de bedrijfsarts in het afgelopen jaar toegenomen, 48% ziet geen verandering. De anderen zien een afname of weten het niet.

4.15.1 *Verwijsbrief en contact met de bedrijfsarts*

Ruim driekwart van de zorgverleners vindt dat de verwijzing van de bedrijfsarts op tijd was en 59% geeft aan dat de bedrijfsarts een verwijsbrief heeft gestuurd. Van de zorgverleners die een verwijsbrief hebben gehad, vindt 91% de verwijsbrief duidelijk: de brief bevat genoeg informatie; het is duidelijk waarom er verwezen is; en de bedrijfsarts is helder over wat er van de zorgverlener verwacht wordt. Voor wat betreft de verwijsbrief zijn er geen verschillen met de nulmeting.

Ruim tweederde van de zorgverleners heeft contact gehad met de bedrijfsarts over de werknemer: 39% van deze zorgverleners had telefonisch contact, 21% had schriftelijk contact en 39% zowel schriftelijk als mondeling. Ruim driekwart van de zorgverleners heeft de bevindingen ten aanzien van de werknemer gerapporteerd aan de bedrijfsarts. De meesten deden dat schriftelijk of telefonisch en schriftelijk. In vergelijking met de nulmeting hebben minder zorgverleners contact gehad met de bedrijfsarts over de werknemer, maar ze hebben even vaak aan de bedrijfsarts gerapporteerd.

4.15.2 *Verwijsfunctie*

Bij de nulmeting was 70% van de zorgverleners positief over de voorgenomen invoering van de verwijsfunctie. Inmiddels zijn bijna alle zorgverleners positief over de ingevoerde verwijsfunctie van bedrijfsartsen (93%). Nu de verwijsfunctie is ingevoerd, zijn de zorgverleners dus positiever over de verwijsfunctie.

De meerderheid van de zorgverleners (63%) vindt dat de verwijsfunctie van bedrijfsartsen bijdraagt aan de arbocuratieve samenwerking en 48% zegt dat de verwijsfunctie een positieve invloed heeft op de visie die zij hebben op de bedrijfsarts. Slechts 3% vindt dat zij door de verwijsfunctie een negatievere blik op de bedrijfsarts hebben gekregen. De anderen zien geen effect van de verwijsfunctie of hebben geen mening.

Niemand ziet ongewenste neveneffecten van de verwijsfunctie. De resultaten komen overeen met de resultaten bij de nulmeting.

4.15.3 *Rol van de bedrijfsarts*

De zorgverleners is gevraagd hoe zij de rol van de bedrijfsarts zien. Meerdere antwoorden waren mogelijk. De helft (51%) van de zorgverleners vindt dat de bedrijfsarts een procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar werk is en 37% ziet de bedrijfsarts als eerstelijnsbehandelaar voor *arbeidsrelevante aandoeningen*, naast de huisarts. Ook bij de nulmeting vonden de zorgverleners het vaakst dat de bedrijfsarts deze rollen had.

4.16 Conclusies

4.16.1 *De verwijzing*

Het aantal verwijzingen verschilt niet tussen de nul- en de eindmeting. Bij de nulmeting verwees de bedrijfsarts gemiddeld 12% van de werknemers op het spreekuur naar een andere zorgverlener en bij de eindmeting is dit 9%. De meeste verwijzingen vinden plaats binnen de diagnostische hoofdgroepen 'psychische klachten en stoornissen' (variërend van 46-85%) en 'klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat' (variërend van 27-53%). De bedrijfsarts verwijst over het algemeen naar een psycholoog of fysiotherapeut. Bij de eindmeting verwijzen bedrijfsartsen vaker naar Zfw/AWBZ verzekerde zorg dan bij de nulmeting. De verhoging wordt niet veroorzaakt door verwijzingen naar de huisarts want deze nemen juist af. De verhoging wordt veroorzaakt door een toename in verwijzingen naar een psycholoog.

4.16.2 *Achtergrond van de verwijzing*

Het motief voor de verwijzing bij de eindmeting is nog vaker dan bij de nulmeting dat er een specialist nodig is op een bepaald gebied voor diagnose en/of behandeling (92%).

Het hoofddoel van de verwijzing was ten tijde van de nulmeting in minstens de helft van de casussen behandeling en in minstens een kwart van de casussen het komen tot een diagnose. Bij de eindmeting geven bedrijfsartsen vaker aan dat de verwijzing dient om advies te vragen over de voorgenomen behandeling, inclusief een terugverwijzing naar de bedrijfsarts (18 vs 10%), en zij verzoeken zorgverleners vaker om een specifieke behandeling/ingreep (61 vs 50%). Zij geven minder vaak aan dat de zorgverlener naar wie is verwezen kan behandelen naar eigen inzicht (14 vs 40%). Bedrijfsartsen houden dus vaker de regie in eigen handen.

De bedrijfsartsen hebben bij de eindmeting de volgende mening over de invoering van de verwijfsfunctie: 18% 'zeer goed', 48% 'goed', 34% 'neutraal' en niemand 'slecht' of 'zeer slecht'. Dit verschilt niet van de nulmeting. Bedrijfsartsen zien bij beide metingen hun rol voornamelijk als behandelaar en/of procesbegeleider op het gebied van arbeidsrelevante aandoeningen.

4.16.3 *Wat is er terecht gekomen van de verwachtingen die de bedrijfsartsen hadden over de invoering van de verwijfsfunctie?*

Bij de nulmeting gaf 71% van 58 bedrijfsartsen aan dat zij verwachtten dat de invoering van de verwijfsfunctie de arbocuratieve samenwerking zou verbeteren. Bij de eindmeting wordt deze verbetering van de arbocuratieve samenwerking door de helft van de bedrijfsartsen bevestigd. Volgens de andere helft is deze niet veranderd. Een van de doelen van de invoering van de verwijfsfunctie, namelijk een verbetering van de arbocuratieve samenwerking, lijkt dus gehaald.

Bij de nulmeting had 68% van de bedrijfsartsen vooral negatieve verwachtingen ten aanzien van de effecten van de invoering van de verwijfsfunctie op de werkgever. De bedrijfsartsen gaven vooral aan dat ze dachten dat de werkgever hen onder druk zou zetten om werknemers te verwijzen. De werkgever zou verwachten dat verwijzen een snellere reïntegratie tot gevolg zou hebben. Een deel van de bedrijfsartsen verwachtte dat hun onafhankelijkheid zou afnemen. Slechts enkele bedrijfsartsen gaven aan dat ze dachten dat de werkgever positiever over de functie van bedrijfsarts zou oordelen. Uit de resultaten van de eindmeting blijkt dat nu, een jaar na invoering van de verwijfsfunctie, nog maar 28% van de bedrijfsartsen denkt dat de invoering van de verwijfsfunctie de houding van de werkgever heeft veranderd, meestal in negatieve zin. Deze

negatieve veranderingen bij de werkgever betreffen meestal een toename in de druk die zij uitoefenen op de bedrijfsarts (n=7).

Bij de nulmeting had 60% van de bedrijfsartsen de verwachting dat de invoering van de verwijsfunctie de houding van de arbodienst positief zou beïnvloeden. Ze verwachtten vooral dat arbodiensten zich meer zouden gaan profileren en dat zij de verwijsfunctie als 'selling point' zouden gaan gebruiken bij acquisitie. Bij de eindmeting blijkt echter dat dit niet is bevestigd; slechts 23% van de bedrijfsartsen geeft aan dat de houding van de arbodienst veranderd is.

Ten tijde van de nulmeting dacht 78% van de bedrijfsartsen dat de invoering van de verwijsfunctie van invloed zou zijn op de houding van zorgverleners. Zij dachten dat de professie van de bedrijfsarts meer erkenning zou krijgen en de bedrijfsarts meer zou worden gezien als een deskundige behandelaar op het gebied van arbeidsrelevante klachten. Tevens verwachtten ze dat er meer overleg met zorgverleners plaats zou vinden. Ze uitten hun zorg over de relatie met de huisarts, omdat ze verwachtten dat deze zich bedreigd zou voelen. De positieve verwachtingen ten aanzien van zorgverleners worden bij de eindmeting bevestigd; 54% van de bedrijfsartsen geeft aan dat de houding van zorgverleners is veranderd, in de verwachte richting. De bedrijfsarts wordt vaker benaderd voor overleg over een verwezen werknemer en de professie krijgt meer erkenning. Bedrijfsartsen worden ook vaker benaderd voor samenwerking, met name door fysiotherapeuten en commerciële instellingen. De ervaringen van bedrijfsartsen met huisartsen zijn wisselend. Een aantal bedrijfsartsen is van mening dat de samenwerking is verbeterd en dat er vaker contact is. Wel blijkt dat huisartsen die geen ervaring met de verwijsfunctie van bedrijfsartsen hebben, in eerste instantie argwaan koesteren of zich bedreigd lijken te voelen.

Een zorgpunt ten tijde van de nulmeting, namelijk de angst van bedrijfsartsen voor een enorme rompslomp wat betreft papier en regelwerk met verzekeraars, heeft zich niet voorgedaan ten tijde van de eindmeting. Tevens is gebleken dat er bijna geen ongewenste neveneffecten optreden ten gevolge van verwijzingen, dus ook geen medicalisering. Verder blijkt dat in bijna de helft van de gevallen de verwijzing de terugkeer naar werk heeft versneld. In 80-85% van de casussen is de verwijzing volgens de bedrijfsarts tijdig gerealiseerd.

4.16.4 *Kwaliteit van de verwijzing: performance indicatoren*

Bij twee performance-indicatoren laten de bedrijfsartsen een vooruitgang zien tussen de nul- en de eindmeting. De bedrijfsarts heeft bij de probleemverheldering vaker de juiste vragen gesteld en voldoende onderwerpen met de werknemer besproken. Dit betreft een toename van 81% naar 87%. Werknemers worden ook minder vaak niet verwezen terwijl dit wel nodig werd geacht (een afname van 29% naar 19%).

Op andere punten wordt de leidraad verwijzen nog minder goed gevolgd. Er is nog steeds weinig contact over de voorgenomen verwijzing met de huisarts en/of hoofdbehandelaar wanneer dit volgens de leidraad wel gewenst is. In de gevallen dat er wel contact is, is dit vaak niet samengegaan met een kopie van de verwijsbrief. Verder is er nog steeds weinig aandacht voor het verkrijgen van informed consent van de werknemer voor informatieoverdracht, afstemming en verwijzing, zowel met de huisarts en de hoofdbehandelaar als met degene naar wie is verwezen. De helft van de bedrijfsartsen gebruikt bij het verwijzen geen speciaal voor dit doel ontwikkeld formulier, maar schrijft een eigen brief.

4.16.5 *De mening van werknemers*

De mening van werknemers verschilt bij de eindmeting niet van die ten tijde van de nulmeting. Werknemers zijn redelijk tevreden met hun bezoek aan de bedrijfsarts, ze

geven een gemiddeld rapportcijfer van 7,6. Werknemer en bedrijfsarts zijn het in 84% van de casussen eens over het werkhervattingsadvies. In 13% van de casussen stemt de verwijzing door de bedrijfsarts volgens de werknemer niet overeen met het behandeladvies van een andere zorgverlener.

4.16.6 *De mening van zorgverleners*

De meeste zorgverleners (eindmeting: 41; nulmeting: 46) zijn psycholoog (59%); 17% is fysiotherapeut en 12% huisarts of medisch specialist. Bijna alle zorgverleners vinden bij beide metingen dat zij de juiste zorgverlener voor de patiënt/cliënt zijn; ruim driekwart van de zorgverleners vindt dat de verwijzing van de bedrijfsarts op tijd was en 59% geeft aan dat de bedrijfsarts een verwijfsbrief heeft gestuurd. Van de zorgverleners die een verwijfsbrief hebben gehad, vindt 91% de verwijfsbrief duidelijk: de brief bevat genoeg informatie; het is duidelijk waarom er verwezen is; en de bedrijfsarts is helder over wat er van de zorgverlener verwacht wordt. Voor wat betreft de verwijfsbrief zijn er geen verschillen met de nulmeting.

Ruim tweederde van de zorgverleners heeft contact gehad met de bedrijfsarts over de werknemer: 39% van deze zorgverleners had telefonisch contact, 21% had schriftelijk contact en 39% zowel schriftelijk als mondeling. Ruim driekwart van de zorgverleners heeft de bevindingen ten aanzien van de werknemer gerapporteerd aan de bedrijfsarts. De meesten deden dat schriftelijk of telefonisch en schriftelijk. In vergelijking met de nulmeting hebben minder zorgverleners contact gehad met de bedrijfsarts over de werknemer, maar ze hebben even vaak aan de bedrijfsarts gerapporteerd. Bij beide metingen ziet geen enkele zorgverlener ongewenste neveneffecten van de verwijfsfunctie.

Bij de nulmeting was 70% van de zorgverleners positief over de voorgenomen invoering van de verwijfsfunctie. Inmiddels zijn bijna alle zorgverleners positief over de ingevoerde verwijfsfunctie van bedrijfsartsen (93%). Nu de verwijfsfunctie is ingevoerd, zijn de zorgverleners dus positiever over de verwijfsfunctie.

5 De mening van werkgevers

5.1 Inleiding en vraagstelling

Dit deelproject betreft een kwantitatief onderzoek onder werkgevers naar hun ervaring met de verwijfsfunctie. Voor dit kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van de jaarlijkse Arbodienstenmonitor waar de vragen over de verwijfsfunctie als een apart deel aan zijn gekoppeld.

Doel van het onderzoek is een beeld te krijgen van de mate waarin werkgevers kennis hebben genomen van de verwijfsfunctie en daar inmiddels actief gebruik van zijn gaan maken. De nulmeting werd verricht in de Arbodienstenmonitor 2003 welke in december van dat jaar plaatsvond. De eindmeting voor deze rapportage betreft de Arbodienstenmonitor 2005 welke in februari is afgesloten. Tussen beide metingen zit dus een periode van circa 1 jaar.

In dit hoofdstuk treft u hiervan de resultaten aan. Middels de aan de werkgever gestelde vraag worden er telkens twee grafieken getoond, één naar grootteklasse en één naar branche, waarbij de uitkomsten van de eindmeting waar mogelijk zijn vergeleken met de uitkomsten van de nulmeting. Daarnaast is er als onderdeel van de eindmeting een drietal nieuwe vragen over de verwijfsfunctie toegevoegd waarbij deze vergelijking dus niet mogelijk is. Het betreft de vraag of werknemers inmiddels van de verwijfsmogelijkheid gebruik hebben gemaakt, om daarmee de terugkeer naar werk te versnellen. Een vraag of de kosten van de verwijzing vergoed worden door ziekenfonds of AWB-Z. En de vraag of de werkgever het op prijs stelt als de bedrijfsarts een aantal huisartsentaken overneemt.

In bijlage 2 wordt aan de hand van een aantal vragen (met bijbehorende grafieken) uit het algemene gedeelte van de Arbodienstenmonitor 2005 gekeken naar de interesse onder werkgevers voor arbeidsomstandigheden. Dit om de lezer een beeld te schetsen vanuit welke omgeving werkgevers op dit moment tegen arbeidsrelevante zaken aankijken. Bijlage 2 gaat in op vragen als hoeveel werkgevers maken er gebruik van een arbodienst, zijn werkgevers van plan hun contract met arbodienst na de liberalisering van de arbomarkt per 1-7-2005 voort te zetten en wat gaan ze dan eventueel zelf doen. Bijlage 2 geeft dus extra achtergrondinformatie bij de resultaten van dit hoofdstuk.

5.2 Methode

De nul- en eindmeting van dit deelproject zijn uitgevoerd middels een kwantitatief onderzoek onder 1.600 werkgevers. De vragen over de (effecten van de) verwijfsfunctie maakten onderdeel uit van de Arbodienstenmonitor. De Arbodienstenmonitor wordt jaarlijks uitgevoerd met MarketConcern als opdrachtgever.

De Arbodienstenmonitor wordt telefonisch afgenomen onder de verantwoordelijken voor het Human Resources beleid in ondernemingen. Het is een representatief onderzoek naar 3 grootteklassen en 9 hoofdbranches, uitgevoerd door Intomart (zie methode van onderzoek).

Voor dit onderzoek zijn bedrijven en instellingen telefonisch benaderd met vragen over diensten die men van de arbodienst afneemt, welke wensen men heeft ten aanzien

van de dienstverlening en hoe tevreden men over de dienstverlening van arbodiensten is. Dit telefonische onderzoek heeft in februari 2005 voor de vierde keer plaatsgevonden. De meetperiode van de nulmeting was week 49 t/m 52 2003. De eindmeting was week 3 tot en met 7 van 2005.

5.2.1 *Respons*

De steekproefomvang van de nulmeting (2003) bedroeg 1.874 telefonische interviews waarvan 121 ondervraagden geen arbodienst hadden. Deze zijn niet verder bevraagd en vallen buiten de steekproef bij de verdere verwerking waardoor de voor de onderzoeksvragen relevante steekproefomvang op 1.753 uitkwam.

De eindmeting (2005) bedroeg 1.742 telefonische interviews waarvan 142 ondervraagden geen arbodienst hadden, waardoor de voor de onderzoeksvragen relevante steekproefomvang op 1.600 uitkwam.

5.2.2 *Kenmerken onderzoeksdoelgroep*

In Nederland zit het grootste deel van de organisaties in de bedrijfsgrootte 2-19 werknemers en slechts een klein percentage bestaat uit organisaties met meer dan 100 werknemers. Derhalve is net als in voorgaande jaren een disproportionele steekproef naar de kenmerken bedrijfstak en bedrijfsgrootte getrokken. De steekproef is herwogen naar het aantal bedrijfsvestigingen en het aantal werknemers binnen deze groepen. De weging van de uitkomsten is gebaseerd op de Lisa-verdeling naar bedrijfstak en bedrijfsgrootte.

In de steekproefsamenstelling waren 3 grootteklassen en 9 hoofdbranches vertegenwoordigd.

Grootteklasse

2-19 werknemers	(n=484)
20-99 werknemers	(n=558)
100+ werknemers	(n=558)
Totaal	(n=1.600)

Branches

Zakelijke dienstverlening	(n=211)
Gezondheidszorg	(n=209)
Overheid	(n=138)
Onderwijs	(n=140)
Transport	(n=210)
Handel/Horeca	(n=208)
Bouw	(n=210)
Industrie	(n=210)
Landbouw	(n=64)
Totaal	(n=1.600)

5.2.3 *Leeswijzer*

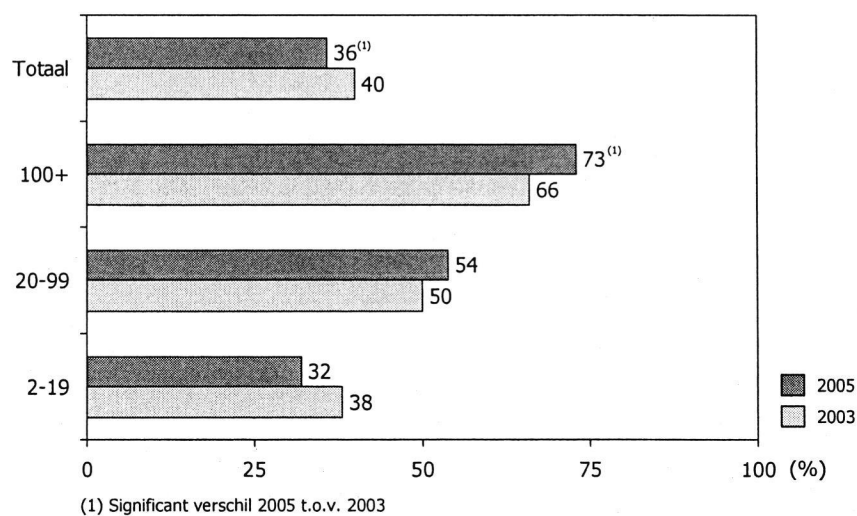
De uitkomsten die in dit deelproject zijn gehanteerd betreffen bij alle onderzoeksvragen de procentuele verdelingen. In de grafieken telkens eerst per grootteklasse en daarna per branche. Daar waar mogelijk zijn de analyses gebaseerd op een vergelijking tussen de nul- en de eindmeting. Daar waar dit niet van toepassing is, zijn de uitkomsten telkens vergeleken met het gemiddelde. De verschillen zijn getoetst met behulp van een proportietoets. De resultaten zijn vervolgens beoordeeld op significantie ($\alpha = 0,05$). Indien de resultaten significant zijn wordt dit aangegeven middels een

voetnoot onder de grafiek. Een significant verschil wordt in de tekst alleen gerapporteerd als het ook relevant is.

5.3 Onderzoeksvraag 1: bekendheid werkgevers met verwijfsfunctie

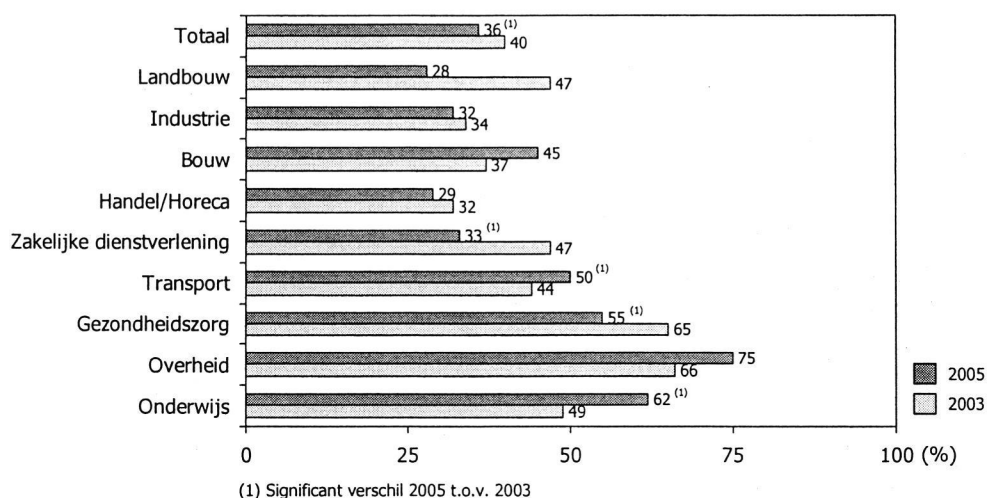
De eerste onderzoeksvraag (Figuur 5.1 en 5.2) was of de werkgever weet dat de bedrijfsarts per 1 januari 2004 de werknemers mag verwijzen en dat de zorgverzekeraar daarvan de kosten vergoedt, voor zover deze binnen het voorzieningenpakket vallen. In 2003 vroegen wij de werkgever of hij weet dat de bedrijfsarts per 1 januari 2004 de werknemers mag gaan verwijzen en dat de zorgverzekeraar daarvan de kosten vergoedt voor zover deze binnen het voorzieningenpakket vallen.

In tegenstelling tot wat men zou verwachten is er in 2005 een kleiner percentage van het totaal werkgevers op de hoogte van de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts. Dit verschil is weliswaar gering, maar wel significant. Het is wel duidelijk dat de bekendheid met de verwijfsfunctie een directe relatie heeft met de grootte van ondernemingen (Figuur 5.1). Dit is onder andere te verklaren uit het feit dat daar frequenter een beroep op de bedrijfsarts wordt gedaan.



Figuur 5.1 Percentage werkgevers dat op de hoogte is van verwijfsfunctie bedrijfsarts (naar grootteklasse, n=1.600)

De verschillen die er per sector zijn (Figuur 5.2), zijn ook om die reden te verklaren. Sectoren met gemiddeld grotere werkgevers scoren hoger dan de typische MKB-sectoren. Evenals vorig jaar zijn werkgevers in de non-profit sector om die reden beter geïnformeerd dan in de profit-sectoren.



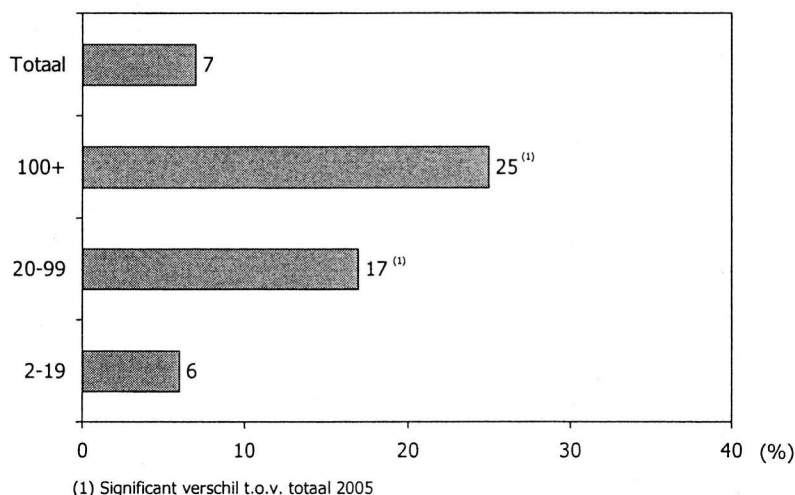
Figuur 5.2 Percentage werkgevers dat op de hoogte is van verwijsfunctie (naar sector, n=1.600)

5.4

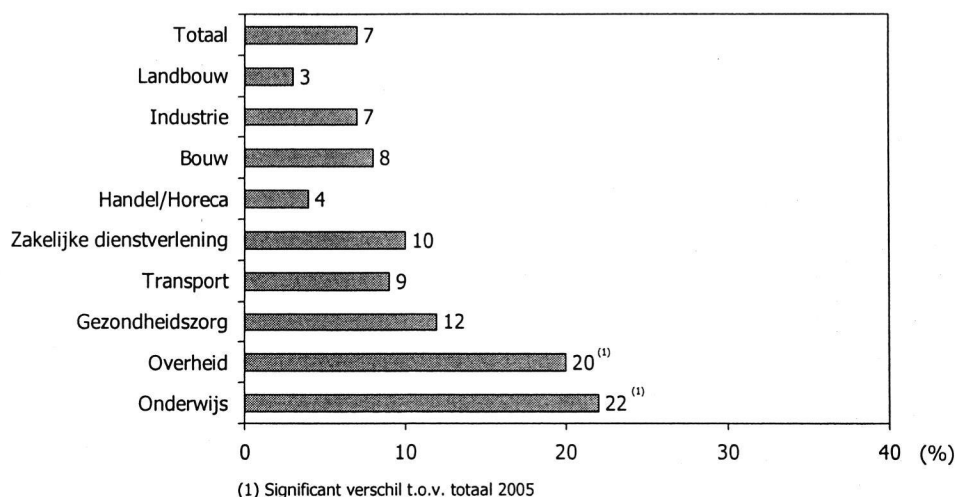
Onderzoeksvraag 2: Aantal werkgevers dat gebruik heeft gemaakt van verwijsfunctie

De tweede onderzoeksvraag (Figuur 5.3 en 5.4) betreft het aantal werkgevers dat aangeeft gebruik te hebben gemaakt van de verwijsfunctie voor hun werknemers, om daarmee de terugkeer naar werk te versnellen. Dit betreft een nieuwe vraag om te toetsen wat er op dit terrein het afgelopen jaar feitelijk gebeurd is.

Vanuit kwalitatief onderzoek (deelproject 'De mening van besluitvormers') weten we dat het aantal verwijzingen naar de reguliere zorg ongeveer 0,5 per bedrijfsarts was in 2004. De onderstaande cijfers moeten dan ook geïnterpreteerd worden als verwijzingen naar de tweedelijns arbocuratieve zorg. Het aantal verwijzingen naar de reguliere zorg is immers te klein om in een onderzoek als dit zichtbaar te worden. Wel duidelijk is dat grotere bedrijven vaker laten verwijzen dan het kleine MKB, wat weer zijn oorzaak vindt in het feit dat daar het verzuim hoger is. De grootteklasse 20-99 en 100+ wijken significant af van het gemiddelde en hetzelfde geldt voor de sectoren overheid en onderwijs.



Figuur 5.3 Percentage werknemers dat gebruik heeft gemaakt van de verwijsfunctie (naar grootteklasse, 2005, n=1.600)

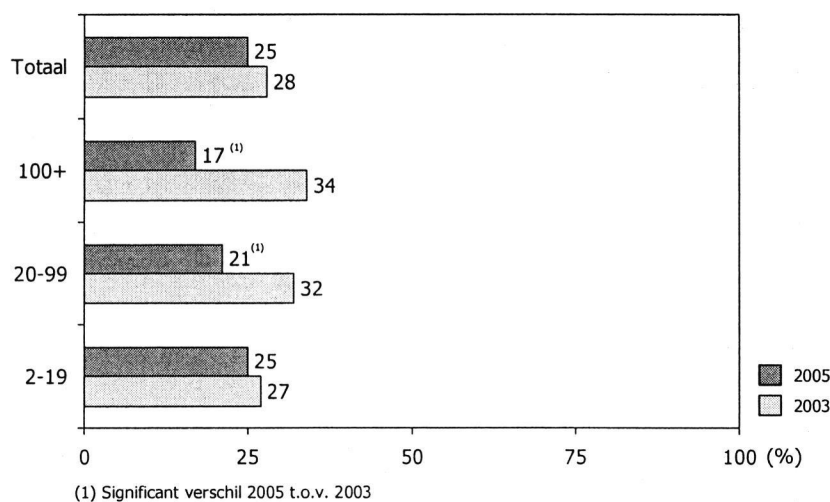


Figuur 5.4 Percentage werknemers dat gebruik heeft gemaakt van de verwijsfunctie (naar sector, 2005, n=1.600)

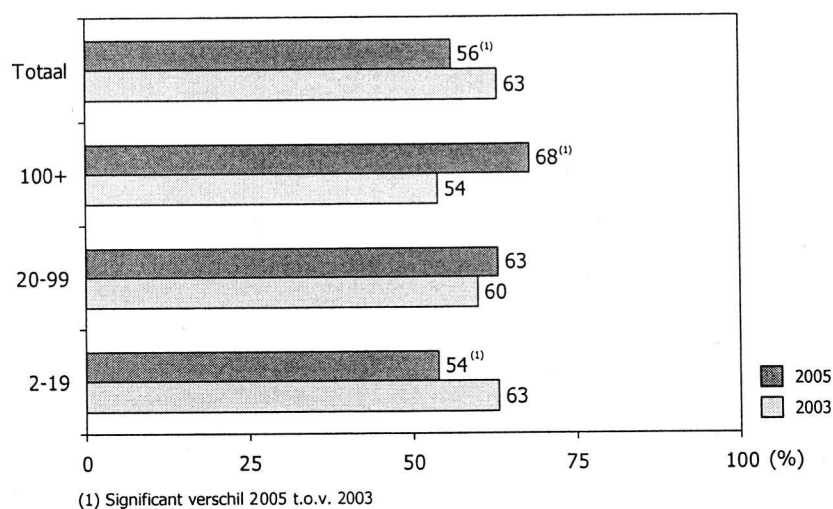
5.5 Onderzoeksvraag 3: Verwijsfunctie gericht op reguliere of gespecialiseerde zorg

De derde onderzoeksvraag (Figuur 5.5 t/m 5.8) betreft de vraag of de verwijsfunctie vooral gericht moet zijn op reguliere zorg, of op zorg die gespecialiseerd is in het reïntegreren van de werknemer.

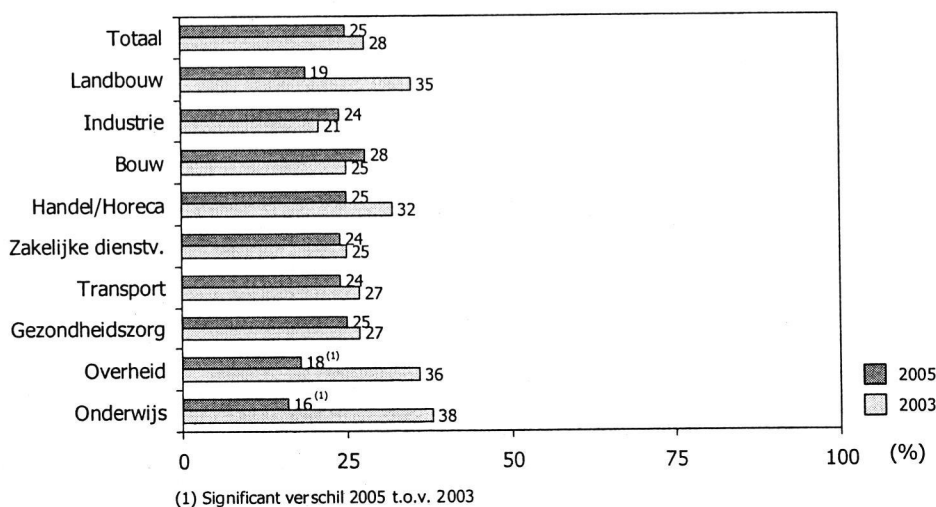
Het is helder dat tot op heden de voorkeur uitgaat naar verwijzing naar de gespecialiseerde zorg (tweedelijs arbocuratieve). Hiervoor zijn meerdere redenen (zie deelproject 'De mening van besluitvormers'). De tweedelijs arbocuratieve zorg voorziet in een betere bescherming tegen verzuim en wordt gestimuleerd doordat de inkomensverzekeraar deze dekt of de arbodienst deze in huis beschikbaar heeft. Het verschil tussen reguliere en gespecialiseerde zorg is significant en er zijn geen relevante significante verschillen naar grootteklasse en branche.



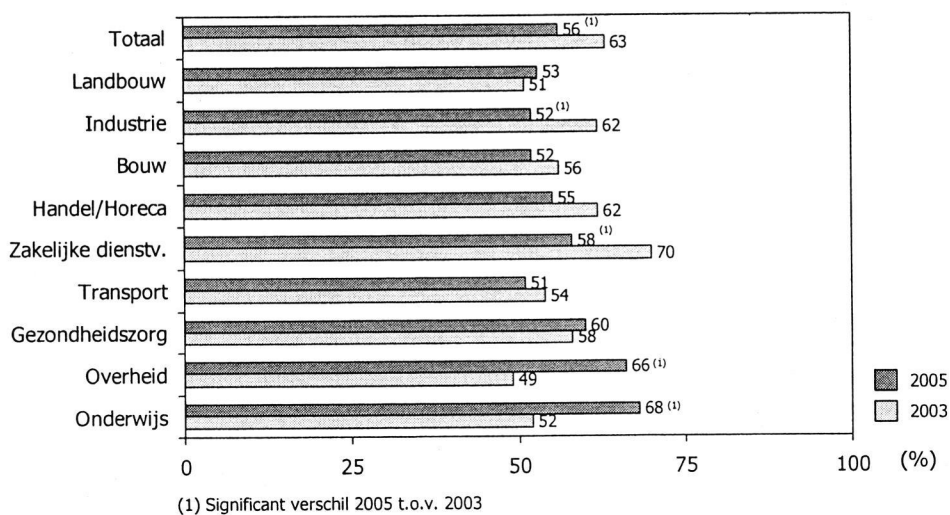
Figuur 5.5 Moet deze verwijsfunctie gericht zijn op reguliere zorg... (naar grootteklasse, 2005, n=1.600)



Figuur 5.6 of moet deze verwijsfunctie gericht zijn op de gespecialiseerde zorg (naar groottekla-
se, 2005, n=1.600)



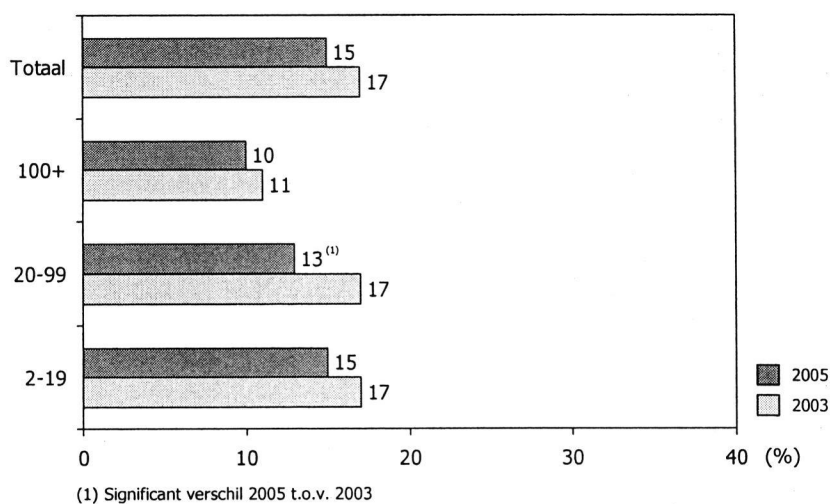
Figuur 5.7 Moet deze verwijsfunctie gericht zijn op reguliere zorg... (naar sector, 2005, n=1.600)



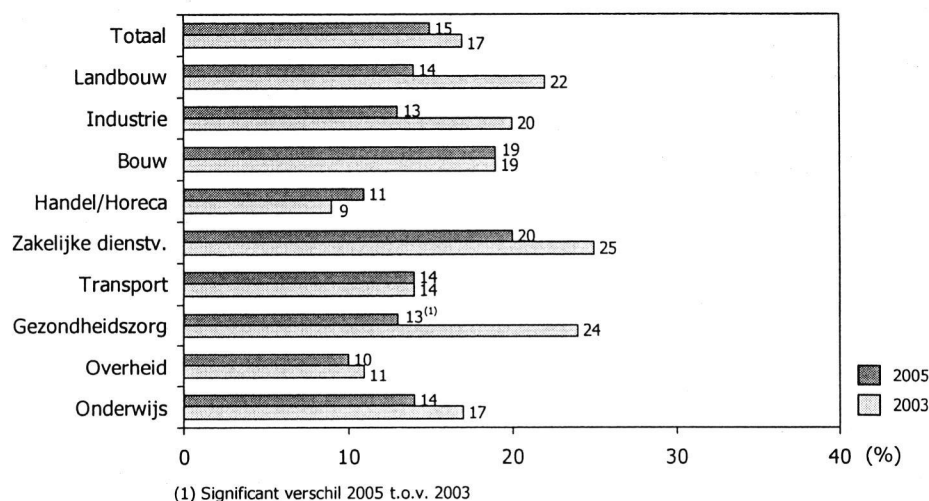
Figuur 5.8 of moet deze verwijsfunctie gericht zijn op de gespecialiseerde zorg (naar sector,
2005, n=1.600)

5.6 Onderzoeksvraag 4: Ongewenste effecten verwijsfunctie

De vierde onderzoeksvraag (Figuur 5.9 en 5.10) betreft de vraag of de werkgever verwacht dat de verwijsfunctie ongewenste effecten heeft op het terrein van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts? Het beeld dat uit de beantwoording van deze vraag komt is dat zowel bij de nulmeting als bij de eindmeting de werkgever weinig problemen ziet op dit terrein. Werkgevers in de grootteklasse met 20-99 werknemers (Figuur 5.9) verwachten significant minder ongewenste effecten op het terrein van de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts ten opzichte van 2003. Bij de sectoren geldt dat alleen voor de sector gezondheidszorg.



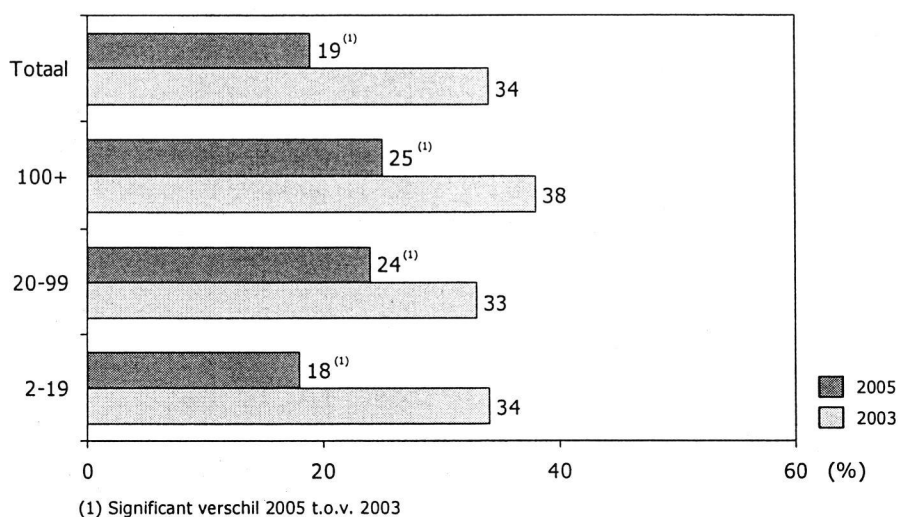
Figuur 5.9 Percentage organisaties dat ongewenste effecten verwacht op het terrein van de onafhankelijkheid bedrijfsarts (naar grootteklasse, n=1.600)



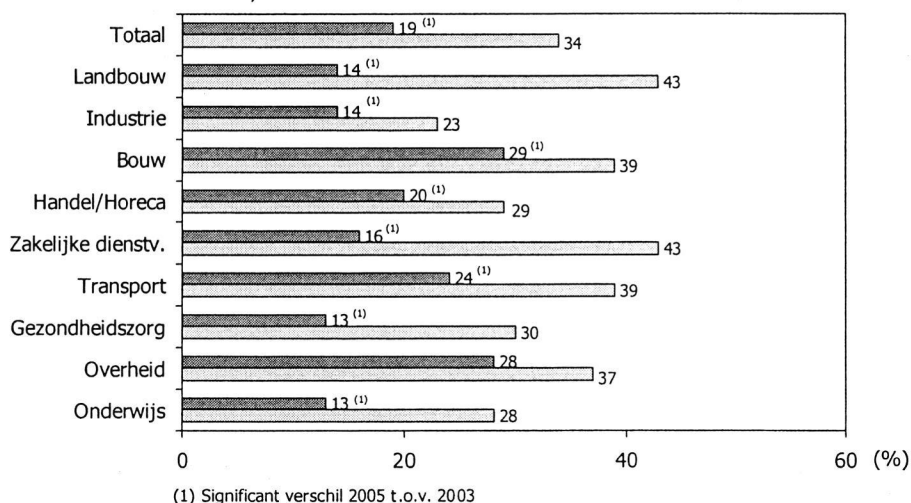
Figuur 5.10 Percentage organisaties dat ongewenste effecten verwacht op het terrein van de onafhankelijkheid bedrijfsarts (naar sector, n=1.600)

5.7 Onderzoeksvraag 5: Gaan werkgevers gebruik maken van pluspakketten

De vijfde onderzoeksvraag (Figuur 5.11 en 5.12) betreft de vraag of werkgevers gebruik gaan maken van pluspakketten met arbeidsgerelateerde zorg op de basisverzekering, indien zorgverzekeraars die aan gaan bieden. Aangezien inmiddels de wetgeving rond de basisverzekering en de relevantie van collectiviteiten veel duidelijker is geworden dan een jaar geleden, is deze vraag explicieter gesteld dan in 2003. De uitslag laat zien dat dit voornemen aanzienlijk is teruggelopen. Uit het deelproject 'De mening van besluitvormers' blijkt dat de meeste zorgverzekeraars inmiddels producten ontwikkelen als extra op de basisverzekering. Een deel daarvan is gericht op de bedrijvenmarkt: arbocuratieve pluspakketten. Waarschijnlijk zijn alle veranderingen op het terrein van zorg en zekerheid er de oorzaak van dat werkgevers, anders dan een paar jaar geleden, een afwachtende houding aannemen. Alle grootteklassen wijken hierbij significant af van het gemiddelde evenals de meeste branches. Dit vraagstuk leeft inmiddels meer bij grotere ondernemingen die nu ook al collectiviteiten hebben en zich af zullen vragen of ze deze in het nieuwe zorgstelsel zullen handhaven.



Figuur 5.11 Gebruik maken van pluspakketten zorgverzekeraars (naar grootteklasse, 2005, n=1.600)



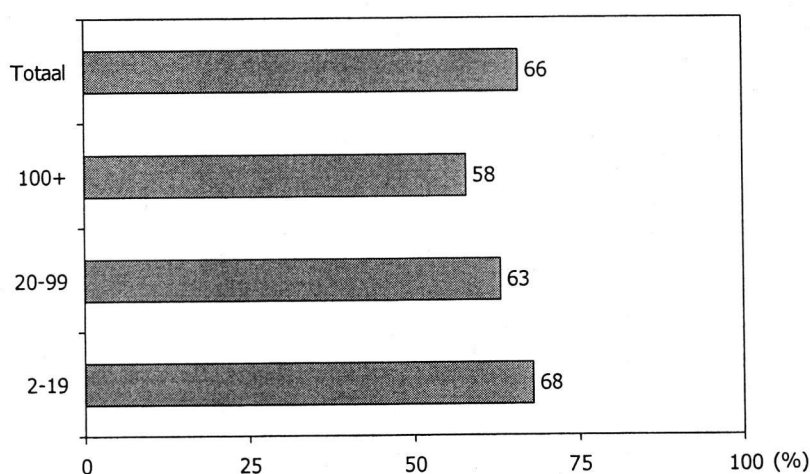
Figuur 5.12 Gebruik maken van pluspakketten zorgverzekeraars (naar sector, gewogen naar werkgevers, 2005, n=1.600)

5.8 Onderzoeksvraag 6: Zijn kosten verwijzing vergoed

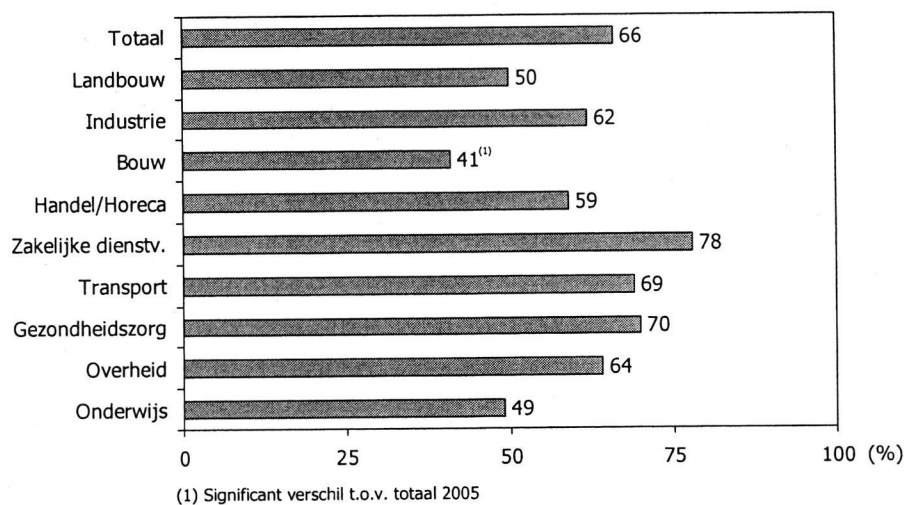
De zesde onderzoeksvraag (Figuur 5.13 en 5.14) betreft de vraag of de kosten van de verwijzing zijn vergoed door het ziekenfonds of de AWBZ.

Dit betrof een vraag die niet in de nulmeting was opgenomen omdat bij de nulmeting er nog geen ervaring was op dit terrein.

In tweederde van de gevallen zeggen de respondenten dat de kosten zijn vergoed door ziekenfonds of AWBZ. Kennelijk schenken werkgevers, arbodiensten en verzekeraars veel aandacht aan de mogelijkheid de kosten vergoed te krijgen.



Figuur 5.13 Zijn de kosten verwijzing vergoed door ziekenfonds of AWBZ (naar grootteklasse, gewogen naar werkgevers, 2005, n=120)



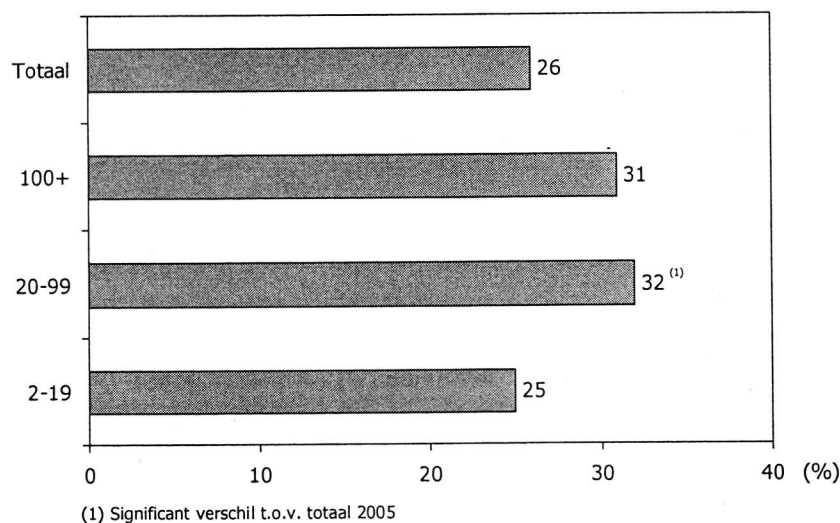
Figuur 5.14 Zijn de kosten verwijzing vergoed door ziekenfonds of AWBZ (naar sector, gewogen naar werkgevers, 2005, n=120)

5.9 Onderzoeksvraag 7: Stelt werkgever het op prijs als bedrijfsarts huisartsentaken overneemt

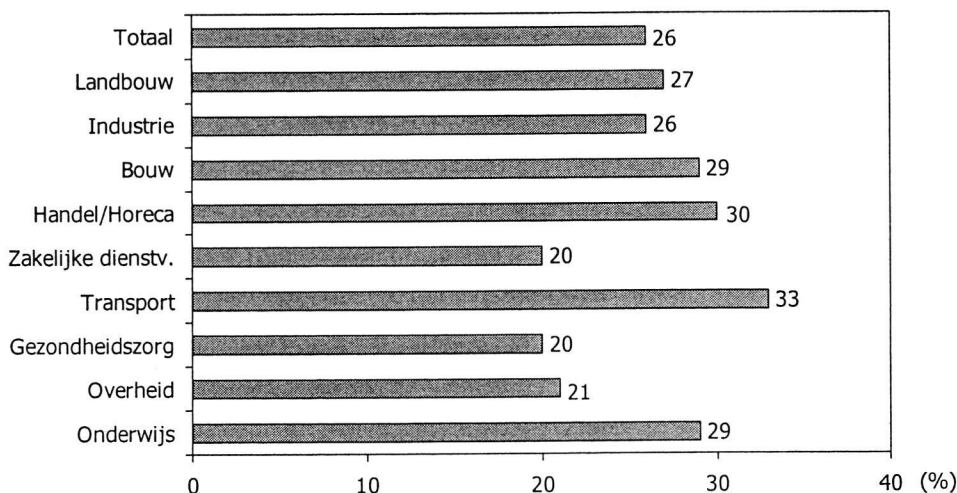
De zevende onderzoeksvraag (Figuur 5.15 en 5.16) betreft de vraag of de werkgever het op prijs stelt als de bedrijfsarts een aantal huisartsentaken overneemt.

Ook deze vraag is niet in de nulmeting opgenomen.

De uitslag geeft aan dat er toch wel wat gebeurt in de perceptie van de werkgevers ten aanzien van de bedrijfsarts. Een deel van de markt wil weer een rol die te vergelijken is met de bedrijfsarts in de tijd van de bedrijfsgeneeskundige dienst, daar waar in het recente verleden de algemene opinie was dat de verwijfsfunctie niet zou mogen leiden tot medicalisering. Vanuit het kwalitatieve onderzoek (deelproject 'De mening van besluitvormers') zien we dat een enkele arbodienst hier ook al op inhaakt en dat er zelfs zorgverzekeraars zijn die bedrijfsartsen willen gaan plaatsen binnen gezondheidscentra. Een andere verklaring is dat steeds meer zichtbaar wordt dat de huisarts z'n relatie verliest met de zorgconsument en voor werknemers en werkgevers onvoldoende adequaat beschikbaar is.



Figuur 5.15 Percentage organisaties dat het op prijs stelt als de huisarts een aantal huisartstaken overneemt (naar sector, gewogen naar werkgevers, 2005, n=1.600)



Figuur 5.16 Percentage organisaties dat het op prijs stelt als de huisarts een aantal huisartstaken overneemt (naar sector, gewogen naar werkgevers, n=1.600)

5.10 Conclusies

In de perceptie van de werkgevers over de verwijsfunctie, is gegeven de hiervoor geschetste ontwikkelingen, nog weinig veranderd. Vooral grote bedrijven zijn ervan op de hoogte en specifiek bedrijven in de non-profit sectoren.

Van kleine bedrijven is nog steeds niet meer dan eenderde op de hoogte. Reden zal ongetwijfeld zijn dat door het lagere verzuim in kleinere ondernemingen er minder frequent of geen contact is met de bedrijfsarts.

Het aantal bedrijven dat aangeeft hun werknemers inmiddels gebruik te laten maken van de verwijsfunctie is nog zeer beperkt (minder dan 10%), waarbij ook hier geldt dat grotere bedrijven (circa een kwart) daar wel meer gebruik van maken.

Het vertrouwen in de reguliere zorg om werknemers sneller en adequater te bedienen in hun reïntegratieproces blijkt maar matig aanwezig. Men geeft er nog altijd de voorkeur aan (tweederde) om de werknemers te laten verwijzen naar de gespecialiseerde zorg. De werkgever is dus kennelijk bereid daar extra voor te betalen naast datgene wat de verzuimverzekeraar, de zorgverzekeraar of AWBZ vergoedt. Overigens hebben nogal wat arbodiensten dat soort voorzieningen in het eigen concept verpakt, wat ook kan leiden tot verwijzen naar gespecialiseerde zorg.

Werkgevers zien nauwelijks (15%) ongewenste effecten in de verwijsfunctie schuilen als het gaat om de onafhankelijkheid van bedrijfsartsen. Wat dat betreft is er afgelopen jaar ook geen verandering in de beeldvorming opgetreden.

Ondanks het feit dat er veel meer zicht is gekomen op de inrichting van de nieuwe basisverzekering en het feit dat zorgverzekeraars de werkgeversmarkt op het terrein van arbeidsomstandigheden betreden, is de animo voor collectiviteiten met arbocuratieve pluspakketten teruggelopen. Bij de nulmeting gaf 34% aan dit voornemen te hebben. Thans opteert circa 20% van de bedrijven hiervoor, waarbij die animo groter is bij de 100+ bedrijven (circa 25%). Wellicht komt dit ook omdat op dit moment het grootste deel van de interventies vergoed wordt door de zorgverzekeraars en AWBZ (naast dat wat de inkomensverzekeraar dekt).

Tenslotte is de vraag gesteld of men zou wensen dat de bedrijfsarts taken van de huisarts gaat overnemen. Ondanks de discussie over het gevaar van medicalisering acht toch nog een kwart van de werkgevers dit wenselijk. De neiging bestaat dit te interpreteren als een terugkeer naar de situatie van de Bedrijfsgeneeskundige Diensten.

Samenvattend: de verwijsfunctie heeft sinds de introductie in 2004 nog weinig effect gehad op de perceptie en het gedrag van werkgevers.

6 De mening van besluitvormers, arbodiensten en koepels

6.1 Inleiding en vraagstelling

In de periode januari tot met maart 2005 werden 35 interviews gehouden met besluitvormers binnen de belangrijkste spelers in het veld, die van invloed zijn op de wijze waarop de verwijfsfunctie van bedrijfsartsen vanaf 1 januari 2004 tot stand is gekomen. In principe werden dezelfde beleidsmakers ook geïnterviewd bij de nul- en tussenmeting. Alleen bij wisseling in functie of het verdwijnen van een organisatie werd een vergelijkbare besluitvormer bevraagd.

Vraagstelling van dit deelproject was aldus:

Inzicht te verkrijgen in de wijze waarop beleidsmakers van de belangrijkste marktpartijen (arbodiensten, zorg- en inkomensverzekeraars, reïntegratiebedrijven, brancheorganisaties en beroepsorganisaties) inspelen op de verwijfsfunctie: de zogenaamde 'top-down'-benadering. Hiervoor zijn 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 ook bij de eindmeting groot. Ten opzichte van de nul- en tussenmeting zijn binnen de organisaties een aantal personen geïnterviewd die geen functie op algemeen managementniveau hebben, maar wel inhoudelijk verantwoordelijk zijn voor alle aspecten die met de verwijfsfunctie te maken hebben. Dit geeft overigens aan dat de verwijfsfunctie inmiddels in de lijn is verankerd. Dit betreffen met name functionarissen binnen de arbodiensten en de verzekeraars.

6.2 Methode

De interviews werden afgenomen aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, maar hadden een open karakter. Dat wil zeggen dat alle vragen aan de orde zijn geweest, maar de geïnterviewde de ruimte werd geboden op bepaalde onderdelen dieper in te gaan. Dit betrof met name die delen van de vragenlijst waarin men zelf al de nodige stappen had gezet of juist worstelde met de wijze waarop men een standpunt moest gaan bepalen. Voor koepelorganisaties werden de vragenlijsten gehanteerd van de aan hen gekoppelde sectoren. De interviews namen circa 1,5 uur in beslag en werden schriftelijk uitgewerkt, met de toezegging dat de informatie niet letterlijk met naam en toename openbaar gemaakt zou worden. Na afloop werd de tekst van het verslag aan de geïnterviewde voorgelegd, met het verzoek deze waar nodig te corrigeren en te accorderen. De geaccordeerde versies zijn vervolgens gebruikt voor dit verslag.

Geïnterviewd werden:

8 Arbodiensten

- Achmea Arbo, drs. C. Goudswaard, Kennismanager;
- ArboDuo, drs. K. Hartman, Directeur;
- ArboNed, drs. P. de Wit, Directeur Innovatie;
- Arbo Unie, drs. ing. P. Staal, lid Hoofddirectie;
- Ardyn, drs. A. Janse, Manager Branches en Zorgontwikkeling;
- Commit, drs. J. Bruining, Manager Kennis & Innovatiecentrum;
- KLM Arbo Services, drs. P. Wiltink, Business Manager;
- Maetis, drs. H. Pleiter, Directeur Operations.

6 Zorgverzekeraars

- Agis, L. Bokhout, Adjunct Directeur Marketing & Verkoop, drs. Ko Minderhoud, Manager Verzuimmanagement;
- De Friesland, S. Tilstra, Accountmanager;
- Menzis, H. Ramauter, Commercieel Directeur;
- Salland Verzekeringen, P.J. Kamphuis, Commercieel Directeur;
- VGZ/IZA, mw. drs. S. Bloemendal, Inkoop en Productontwikkeling Unit Bedrijfszorg;
- Achmea Zorg, G. Verheij, Manager Dienstverlening en Organisatie.

5 Inkomensverzekeraars

- Achmea Inkomensverzekeraars, drs. D. Kamermans, Algemeen Directeur;
- De Amersfoortse, mr. F. Romijn, Directeur;
- Movir, drs. J. Balk, Manager Inkomensverzekeringen;
- Nationale Nederlanden, drs. S. Rozema, Manager Inkomensverzekeringen;
- Ohra, drs. M. Duvivier, Directeur Inkomensverzekering.
-

6 Reïntegratiebedrijven

- Agens, R. Kars, Directeur;
- Cenzo, mw. drs. I. Pos, Directeur;
- De Gezonde Zaak, G.J. v.d. Sangen MBA, Voorzitter Directie;
- HSK, prof. dr. C. Hoogduin, Directeur;
- Keerpunt, mr. drs. E. Lotz, Directeur;
- Winnock, drs. V. Höppener, Directeur.

5 Brancheloketten

- SAZAS, drs. M. Vulto, Directeur;
- BOVAG, J. Kleiboer, Hoofd stafbureau;
- Frugiventa, drs. L.A.M. Welschen, Beleidsadviseur;
- KVGO, B. Hoogenboom, Manager afdeling sociale zekerheid;
- Zorgsector Twente/Oost Achterhoek, drs. G.A.J. Nederpelt, Directeur.

5 Koepelorganisaties

- BOA, drs. A. Schoenmaeckers, Directeur;
- NICTIZ, drs. J. van Boven, Directeur;
- NVAB, drs. B. Sorgdrager, Voorzitter;
- VNO/NCW, mw. mr. C. Frenkel, Secretaris Arbeidsomstandigheden;
- Zorgverzekeraars Nederland, M. Bontje, Algemeen Directeur.

6.3 Hoe kijken beleidsmakers (arbodiensten, (zorg) verzekeraars, reïntegratiebedrijven en branchekeopels) tegen de verwijfsfunctie aan?

6.3.1 *Heeft men al bepaald hoe men de verwijfsfunctie inpast in het eigen ondernemingsconcept?*

De arbodiensten hebben de verwijfsfunctie over het algemeen nog niet opgepakt als onderdeel van hun ondernemingsconcept. Er is beperkte vraag naar vanuit de markt en 90% van de bedrijfsartsen realiseren geen of nauwelijks verwijfsingen. Dit levert ogenschijnlijk een tamelijk negatief beeld op. De arbodiensten vinden echter dat het wel past in hun toekomstscenario's als de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht is. Verwijfsen is dus nu nog geen speerpunt en wordt vooral procedureel opgepakt. Verwijfsen zien arbodiensten en zorgverzekeraars als onderdeel van arbocuratieve zorg waar wel marktvraag naar komt, als onderdeel van de inkomens/zorg basisdienstverlening, (eventueel met een huisartsfunctie op locatie, als onderdeel van een collectief pakket of als onderdeel van integrale pakketten gericht op MKB-branches). Brancheorganisaties vinden het jammer dat er nog relatief weinig gedaan wordt, maar vindt de tijd nu rijp met nieuwe kansen rond de invoering van de nieuwe Ziektewet. De NVAB geeft aan veel initiatieven te hebben ondernomen (richtlijn ontwikkeling, ziet ook lokale initiatieven ontstaan, bijvoorbeeld rond de drie pilots met de ROS).

Er zijn wel op grote schaal contracten afgesloten, maar die zijn in 2004 weinig geïmplementeerd. Voorbeelden van volumina van verwijfsingen naar het reguliere circuit die door landelijke arbodiensten zijn genoemd: 130 verwijfsingen door 55 van de 700 bedrijfsartsen; 250 verwijfsingen waarvan 30% van één arts; 132 verwijfsingen waarvan 30-40 verwijfsingen door 100 bedrijfsartsen; 40 verwijfsingen door 40 bedrijfsartsen gerealiseerd.

Alle arbodiensten hebben inmiddels wel richtlijnen en protocollen ingevoerd en opleidingsbijeenkomsten georganiseerd. Enkele arbodiensten experimenteren met een combinatiefunctie waarbij de bedrijfsarts op de bedrijfslocatie tevens de functie van huisarts invult. Hierbij beperkt de bedrijfsarts zich niet tot alleen de arbeidsgelerateerde zorg.

De zorgverzekeraars hebben allemaal de grote arbodiensten en meestal ook een aantal zelfstandige bedrijfsartsen gecontracteerd. Opvallend daarbij is dat ze vrijwel nergens individuele bedrijfsartsen in dienst van arbodiensten contracteert.

Met de komst van de basisverzekering verwachten de zorgverzekeraars dat de reguliere zorg en de arbocuratieve zorg, met name bij collectiviteiten, meer naar elkaar toe zullen groeien en in belang zullen toenemen. Ook de werkgevers blijken arbocuratieve zorg vanuit het reguliere circuit en vergoed door de zorgverzekeraar als welkome aanvulling op de basisverzekering te zien.

Opvallend is dat enkele zorgverzekeraars tegenwoordig zelf bedrijfsartsen aanbieden aan collectiviteiten vooruitlopend op de nieuwe arbowet per 1-7-2005 en daarmee dus concurrent worden van arbodiensten. De zorgverzekeraars zien de bedrijfsarts vooral als procesbegeleider en in mindere mate als behandelaar.

Voor de inkomensverzekeraars is de verwijfsfunctie nog steeds geen item van grote aandacht, anders dan dat in een aantal gevallen ook de zorgverzekeraar meebetaalt aan een interventie en de eerste dus ontlast van de schade. Inkomensverzekeraars bepalen zelf op basis van kosten/batenanalyses of een interventie wordt vergoed. Indien van toepassing verhalen ze achteraf (een deel) van de kosten op de zorgverzekeraar. De

inkomensverzekeraars zien de bedrijfsarts als eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen naast de huisarts.

De inkomensverzekeraars die relaties hebben met ziektekostenverzekeraars verwachten dat er in 2006 collectiviteiten met combinaties van zorg- en inkomensverzekeringen en arbocuratieve ketendienstverlening zullen komen.

De interventiebedrijven werken in toenemende mate samen met zorgverzekeraars. Ze verwachten dat ze in de toekomst deel zullen gaan uitmaken van het arbocuratieve deel van de reguliere zorg en dat hun dienstverlening (deels) door zorgverzekeraars betaald zal worden. De interventiebedrijven staan verder af van verwijzen naar het reguliere circuit. Veelal hebben ze overeenkomsten met arbodienst en of inkomensverzekeraar en via deze met de werkgever. Tweemaal is aangegeven dat er ook een overeenkomst met een zorgverzekeraar is.

De reguliere zorg biedt op dit moment nog niet het aanbod waar de klant behoefte aan heeft en zich door de bedrijfsarts naar laat verwijzen. Er worden echter wel steeds meer experimenten zichtbaar, waarbij vooruitstrevende ziekenhuisdirecties arbocuratieve zorg gaan bieden in private of reguliere omgeving.

Met name de interventiebedrijven zijn kritisch over het toegerust zijn van de bedrijfsarts: 5 van de 6 bedrijven signaleert: geen ervaring en netwerk in reguliere circuit, te weinig arbeidsmarkt relevante kennis, mist vaardigheden/kennis van curatie.

Brancheorganisaties zijn zich aan het oriënteren hoe zij in het kader van de nieuwe arbowetgeving een rol kunnen spelen in het opzetten van eigen, branchegerichte loketten met een geheel of gedeeltelijk ingevoerde maatwerkregeling voor leden. Er gaan hier collectiviteiten ontstaan die ketendienstverlening in gaan kopen op het brede terrein van zorg en zekerheid.

6.3.2 *Vindt u dat de verwijfsfunctie past bij uw huidige profiel, of leidt dit tot een profiel waarvan u juist afstand wilde nemen?*

De arbodiensten zijn allemaal van mening dat de verwijfsfunctie past bij het door hen gewenste profiel. Dit is een manier om de arbodienst/bedrijfsarts op een andere manier te positioneren. De verwijfsfunctie is een logisch onderdeel van het takenpakket van de bedrijfsarts. Ze zien de perspectieven echter vooral als onderdeel van arbocuratieve zorg onder de nieuwe Zorgverzekeringswet. Het is een eerste stap naar curatie, tot nu toe wordt vooral verwezen naar eigen providers.

De meeste arbodiensten vinden de bedrijfsarts voldoende geëquipeerd voor deze rol met de kanttekening dat deze functie wel de nodige aandacht moet krijgen in de (bij)scholing ten aanzien van procesbegeleiding, arbeidsrelevante aandoeningen en NVAB-richtlijnen. Twee arbodiensten merken op dat bedrijfsartsen met een huisartsenachtergrond hier beter toe geëquipeerd zijn dan pas afgestudeerde bedrijfsartsen. Als er veel basisartsen in dienst zijn is voor de verwijzing een procedure dat er een geregistreerde bedrijfsarts de supervisie neemt over de verwijzing.

Alle arbodiensten hebben procedures, richtlijnen en gedragscodes op dit gebied geïmplementeerd. Bijna allemaal hebben ze hier in een interne opleiding aandacht aan besteed. Alleen geregistreerde bedrijfsartsen mogen verwijzen. Een enkele dienst maakt melding van het feit dat het lastig is dat soms geen verlengde armconstructie toegestaan is (bedrijfsarts in opleiding die verwijst onder supervisie van een geregistreerde bedrijfsarts). Ketendienstverlening is bij de meeste niet van toepassing.

De inkomensverzekeraar ziet zich niet als partij. Eventueel wel in de nabije toekomst als er gecombineerde zorg/inkomensproducten ontstaan.

6.3.3 *Levert de verwijfsfunctie een wezenlijke toevoeging die past bij de behoefte van de klanten?*

Anno 2004 is de meerwaarde van de verwijfing beperkt, er is een te klein volume, en is ook te beperkt qua inhoud: wat gebeurt er na de eerste verwijfing? Zo mag de bedrijfsarts geen geneesmiddelen voorschrijven.

Er is op dit moment ook nog nauwelijks sprake van vraag vanuit de markt. De meeste werkgevers zijn ook niet van de mogelijkheid op de hoogte. Het is dus een 'unsought good': een oplossing voor een behoefte die niet als zodanig onderkend wordt. Op dit gebied zal nog het nodige aan aanvullende communicatie moeten plaatsvinden. De arbodiensten zijn wel van mening dat de verwijfsfunctie potentieel een belangrijke toevoeging is aan hun dienstenpakket. Tevens zijn zij het erover eens dat deze proactiever ingezet dient te worden als onderdeel van arbocuratie zorg in het kader van de nieuwe Zorgverzekeringswet dan nu het geval is.

De interventiebedrijven halen 80-100% van hun omzet rechtstreeks bij de arbodienst, bedrijfsarts en inkomensverzekeraar vandaan. Dat is dus op dit moment het meest voor de hand liggende verwijfscircuit en is de reguliere zorg blijkbaar geen alternatief.

De werkgeversorganisaties geven eveneens aan dat de gemiddelde werkgever nauwelijks op de hoogte is van het feit dat de bedrijfsarts mag verwijfen naar de reguliere zorg. Gezien alle veranderingen in de wetgeving op het gebied van zorg en zekerheid die er nu spelen is de verwijfsfunctie van ondergeschikt belang.

6.3.4 *Gaan zorgverzekeraars en inkomensverzekeraars meer of minder tweedelijns arbozorg in hun polissen opnemen?*

Daar waar vorig jaar de meeste zorgverzekeraars al een markt zagen ontstaan voor tweedelijns arbozorg hebben nu bijna alle zorgverzekeraars een concept ontwikkeld waarbij tweedelijns arbozorg in de polis is opgenomen. Een enkele zorgverzekeraar biedt tevens de mogelijkheid om via hen bedrijfsartsen in te huren, vooruitlopend op de nieuwe arbowet.

De inkomensverzekeraars die de eerste twee jaar verzuimrisico dekken, bieden nu allen tweedelijns arbocuratieve zorg. Zorgverzekeraars die nog geen samenwerking met inkomensverzekeraars hebben, zijn bezig deze te zoeken. Met name brancheorganisaties in het MKB krijgen interesse in concepten met een combinatie van zorg- en inkomensverzekeringen via brancheloketten.

De concerns die zowel arbodienstverlening als (zorg)verzekeringen in huis hebben bieden daarom totaalpakketten aan van arbodienstverlening, zorg- en inkomensverzekering, interventie en reïntegratie.

6.3.5 *Zullen werkgeverskoepels stimuleren dat de werknemers actief van de verwijfsfunctie gebruik gaan maken?*

Een deel van de werkgeverskoepels stimuleren het gebruik van de verwijfsfunctie. Andere koepels besteden er nog geen aandacht aan, zolang er nog geen besluit is genomen over het afsluiten van collectiviteiten met daarin arbocuratieve pluspakketten. De verwijfing van de bedrijfsarts beperkt zich nu vaak tot aanvragen voor aanvullend onderzoek.

6.4 Wat zijn de gevolgen van de verwijfsfunctie voor de onderlinge relaties tussen arbodiensten, verzekeraars, reïntegratiebedrijven en werkgeversorganisaties?

6.4.1 *Gaat de verwijzing vooral richting de reguliere zorg of tweedelijns arbocuratieve zorg en wie is hierin bepalend?*

Bijna alle verwijzingen (95%) gaan naar de tweedelijns arbocuratieve zorg. De arbodiensten hebben de afgelopen jaren verwijzingen naar deze organisaties gestimuleerd en hebben ook SLA's, service level agreements, met deze organisaties afgesloten. Hierin zijn onder andere afspraken vastgelegd over kwaliteit van dienstverlening, doorlooptijden en rapportages. De grote arbodiensten hebben de communicatie met deze organisaties geprotocolleerd en geautomatiseerd. Hierdoor is de drempel voor de bedrijfsarts om te verwijzen grotendeels weggenomen. De drempel die overblijft is het feit dat de bedrijfsarts de werkgever moet vragen om financiering. Een arbodienst geeft aan bewust te kiezen voor verwijzen naar de reguliere zorg en niet naar het tweedelijns private circuit en twee arbodiensten melden expliciet dat zij niet sturen op de verwijfsroute maar het aan de bedrijfsarts overlaten.

Anderzijds biedt de reguliere zorg niet wat de bedrijfsarts nodig heeft. Knelpunten zijn de doorlooptijden, het feit dat de reguliere zorg geen oog heeft voor de relatie met het werk en werkhervatting. Ook de rapportage is niet afgestemd op de behoefte van de bedrijfsarts als de reguliere zorg al bereid is deze te leveren.

De arbodiensten die deel uitmaken van ketendienstverleningsconcepten van zorg & zekerheid (=arbo, verzekeren en reïntegratie) kijken in welke mate de kosten van interventies door de reguliere zorgverzekeringen worden gedekt om zodoende dubbele kosten te voorkomen.

Ook de verwijzing naar de tweedelijns reguliere zorg loopt in de regio's waar goed wordt samengewerkt via de huisarts op advies van de bedrijfsarts.

Sommige arbodiensten verwijzen binnen de eigen organisatie. Een enkele zorgverzekeraar heeft ook voorkeur voor verwijzingen binnen de eigen keten, als deze tweedelijns arbocuratieve zorg in eigen huis heeft.

De arbodiensten hebben zoals gesteld inmiddels met alle grote zorgverzekeraars contracten afgesloten. De arbodiensten ervaren dit wel als een behoorlijke belasting, omdat de zorgverzekeraars in principe wel gebruik maken van de samen met ZN en de NVAB opgestelde voorbeeld overeenkomst maar vrijwel allemaal op de details hiervan afwijken. Deze contracten en de komst van de basisverzekering leiden ertoe dat arbodiensten en zorgverzekeraars nu ook buiten de eigen keten onderzoeken hoe ze kunnen samenwerken. Enkele zijn al tot concrete afspraken over gezamenlijke producten gekomen. Ook waar er sprake is van gezamenlijke klanten is samenwerking bekeken. Er is echter ook voorbehoud of ze een dergelijke samenwerking wel zou moeten willen.

Over de verantwoordelijkheid voor de inhoud en kwaliteit van de verwijzing zijn de arbodiensten en de zorgverzekeraars het nog niet erg eens. Dit kan de arbodienst zijn, of de professional of een combinatie daarvan. Hier is dus nog weinig helderheid over.

De zorgverzekeraars geven aan dat zij, uitgezonderd op verzoek van klanten, geen afspraken maken over preferred providers. De arbodienst/bedrijfsarts wordt daarin vrijgelaten.

In principe controleren de zorgverzekeraars niet op de doelmatigheid van de verwijzing met uitzondering van één zorgverzekeraar. De rapportages/monitoring verloopt

nog niet goed omdat de arbodiensten het teveel gedoe vinden en de zorgverzekeraar vindt het nog niet belangrijk, omdat het volume verwaarloosbaar is.

De kosten van de verwijzing zijn nu opgenomen in het abonnementstarief van de arbodienst. Gezien het geringe aantal verwijzingen is het ook niet rendabel deze apart te registreren en te factureren. De arbodiensten zijn wel van mening dat deze kosten, in analogie met de kosten van de verwijzing door de huisarts, door de zorgverzekeraars moet worden vergoed. Verschillende zorgverzekeraars vinden echter dat de positie van bedrijfsarts en huisarts niet te vergelijken is en de kosten bij de werkgever horen (die behoort arbozorg te vergoeden). Wel geven ook de zorgverzekeraars aan dat als met de nieuwe Zorgverzekeringswet er sprake is van functionele aansprakelijkheid, en als de bedrijfsarts onder de eerstelijns zorg komt te vallen, dat dan de bedrijfsarts en huisarts wel vergelijkbare posities kunnen innemen.

Er is geen aansluiting met regionale ICT infrastructuren in de zorg. Over het algemeen zijn arbodiensten nauwelijks op de hoogte van de activiteiten van NICTIZ en hebben ze er ook weinig interesse voor. Voor een enkele arbodienst was deze vraag aanleiding om contact te gaan zoeken, omdat ze onderkennen dat dit een voorwaarde is voor een feitelijke bestendiging van de verwijfsfunctie. NICTIZ blijkt overigens door geen enkele partij benaderd te zijn om de bedrijfsarts aan te laten sluiten. Als dit onderzoek er komt staat NICTIZ er open voor, vermits de arbodiensten rekening houden met de nodige randvoorwaarden.

6.4.2 *Zal er door de verwijfsfunctie een verandering plaatsvinden in de relatie tussen bedrijfsartsen, huisartsen en arbodiensten?*

Bijna alle geïnterviewden geven aan dat de relatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts op beperkte schaal verbetert door het toegenomen contact. Op sommige plaatsen gaat de bedrijfsarts nu ook deel uitmaken van het regionale netwerk in de zorg. Het respect voor de vakkennis van de bedrijfsarts is daar toegenomen. Dit heeft echter nog nauwelijks geleid tot meer arbocuratief denken bij de huisarts. Niemand heeft conflicten tussen huisartsen en bedrijfsartsen gemeld.

De invoering van de verwijfsfunctie heeft geen effect gehad op de relatie tussen arbodienst en bedrijfsarts en ook niet op die tussen bedrijfsarts en werkgever. Uitzondering hierop zijn de pilots waar de bedrijfsarts op bedrijfslocatie de huisartsrol voor de werknemers invult.

Er is bij geen enkele arbodienst melding gemaakt van conflicten over de onafhankelijkheid van de bedrijfsartsen ten opzichte van werknemers of andere ongewenste effecten. Daarbij wordt wel gewezen op het geringe volume. Mocht dit sterk stijgen dan signaleert een enkele arbodienst toch wel het risico van privacy, verkeerd verwijzen, kostenexplosie en medicalisering.

6.4.3 *Is de verwijfsfunctie uitsluitend een zaak van de arbodienst en de zorgverzekeraar, of wordt ook de inkomensverzekeraar partij?*

De inkomensverzekeraar is in toenemende mate een partij hierin. Door het extra risico van het tweede ziektejaar zullen meer werkgevers zich gaan verzekeren. De ketens bieden totaalpakketten zowel in concernverband, maar gedwongen door de markt vraag ook met derden. De doelgroepen hiervoor zijn met name het MKB en brancheorganisaties. De grotere werkgevers zijn vaak eigen risicodragers en organiseren een en ander zelf. De zorgverzekeraars die geen onderdeel van een keten zijn gaan samenwerken met inkomensverzekeraars om zo ook een geïntegreerde oplossing te kunnen aanbieden.

6.5 Wat zijn effecten van de verwijsfunctie voor de directe omgeving en naar de markt?

6.5.1 Hoe ziet de geïnterviewde de rol van de bedrijfsarts?

Alle geïnterviewden zijn evenals vorig jaar nog vrij unaniem van mening (tabel 6.1) dat de bedrijfsarts eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts is. Een kleine meerderheid van de respondenten ziet de bedrijfsarts als procesbegeleider, al dan niet in combinatie met de rol van behandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen.

Tabel 6.1. De mening van de geïnterviewden over de rol van de bedrijfsarts, aantal malen genoemd in 2005 (tussen haakjes 2003)

De mening van respondenten over de rol van de bedrijfsarts	Arbo-diensten	Zorg-verzeke-raars	Inkomens-verzeke-raars	Branche-loketten	Reïntegratie-bedrijven	Koepel-Organisaties (excl. NICTIZ)	Totaal
Eerstelijnsbehandelaar, naast de huisarts	1(2)	0 (1)	0 (1)		1 (0)		2 (4)
Eerstelijnsbehandelaar, voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts	5 (3)	1 (5)	4 (2)	2 (4)	5 (1)	3 (2)	20 (17)
Eerstelijnsbehandelaar en specialist voor arbeidsrelevante aandoeningen, in plaats van de huisarts	1 (0)	1(2)			1(1)		3 (3)
Procesbegeleider, specialist op reïntegratiegebied en terugkeer naar werk	3 (2)	1 (1)	3 (1)	3 (1)	3(4)	1(2)	14 (11)
Behandelaar en procesbegeleider	2 (1)	3 (1)	1 (2)	1(3)	0 (2)	0 (1)	7 (10)
Totaal aantal respondenten	8	6	5	5	6	4	34

6.6 Wat zijn de effecten van de verwijsfunctie?

6.6.1 De arbodiensten hebben de hoogste verwachting van de effecten van de verwijsfunctie (tabel 6.2)

Zorgverzekeraars zien dat het aantal verwijzingen laag is en hebben daardoor hun verwachtingen van de effecten van de verwijsfunctie bijgesteld. Enkele zorgverzekeraars hebben in verband met het geringe aantal verwijzingen deze vraag niet kunnen beantwoorden.

Beperking verzuimduur en verzuimvolume, verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen en een stimulans voor meer arbocuratieve samenwerking zijn de effecten die ze er op termijn van verwachten.

Verkorting van de wachttijden van de reguliere zorg is volgens veel geïnterviewden niet meer aan de orde, omdat dit al grotendeels is opgelost. Door het geringe aantal

verwijzingen achten de geïnterviewden de bijdrage aan het oplossen van het tekort aan huisartsen gering, terwijl ook het takenpakket (geen geneesmiddelen voorschrijven) zich daarvoor nog niet leent.

Enkele zorgverzekeraars en ZN wijzen op de moeizame communicatie met huisartsen en dat huisartsen klagen over onvoldoende informatie. Ook de administratieve aspecten geven af en toe problemen: aanleveren kwartaalgegevens, monitoring niet goed geregeld, lastig te registreren. Gezien het beperkte volume wordt het echter niet gezien als een wezenlijk probleem. Brancheorganisaties zijn sinds de nulmeting opmerkelijk positief geworden en meten weten meer voordelen te benoemen.

Tabel 6.2. De mening van de geïnterviewden of de effecten van de verwijfsfunctie (meerdere antwoorden mogelijk), aantal malen genoemd in 2005 (2003)

De mening van de respondenten over effecten van de verwijfsfunctie	Arbo-diensten	Zorg-verzekeraars	Inkomens-verzekeraars	Branche-loketten	Reïntegratie-bedrijven	Koepel-Organisaties (excl. NICTIZ)	Totaal
Verkortings wachttijden reguliere zorg	4 (7)	1 (3)	1 (1)	5 (2)	2 (3)	2 (1)	15(17)
Beperking verzuimduur	5 (7)	3 (4)	3 (4)	5 (2)	5 (4)	3 (3)	24(24)
Beperking verzuimvolume	4 (6)	3 (4)	3 (3)	5 (2)	4(4)	3 (2)	22(21)
Stimulering arbo-curatieve samenwerking	5 (4)	1 (4)	3 (2)	5 (2)	4 (4)	3 (3)	21(19)
Verbeteren kwaliteit en doelmatigheid zorg werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen	5 (6)	3 (4)	3 (2)	5 (1)	3 (4)	3 (3)	22(20)
Bijdrage oplossen capaciteitstekort huisartsen	5 (8)	1 (3)	1 (1)	3 (2)	3 (3)	2 (1)	15(18)
Totaal aantal respondenten	8	6	5	5	6	5	35

De meeste geïnterviewden geven aan geen negatieve gevolgen van de verwijfsfunctie te ervaren.

Als verdere verbeterpunten zijn genoemd:

- De financiering van de verwijfsfunctie moet geregeld zijn;
- (Regionale) contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen stimuleren;
- De bedrijfsarts aan te laten sluiten op de (regionale) ICT-infrastructuren die thans in de zorgsector worden aangelegd (NICTIZ);
- Een betere gegevensuitwisseling tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

Ten aanzien van de aansluiting van bedrijfsartsen op de ICT-zorginfrastructuur (NICTIZ) blijkt er tot nu toe geen enkel initiatief te zijn. Een enkele arbodienst zal naar aanleiding van de vragen hierover zich oriënteren op dit gebied. Ze willen hier op dit moment niet in investeren.

6.7 Huidige omvang van de verwijfsfunctie en registratie van de effecten

Bij de meeste arbodiensten is het aantal verwijfsingen wel op een of andere manier vastgelegd. Ze hebben de indruk dat deze cijfers niet betrouwbaar zijn omdat vele verwijfsingen niet zijn aangemeld. Bovendien is de registratie op zich niet erg betrouwbaar; deze is vrijwel nergens geautomatiseerd.

Ook de effecten op kosten en verzuimduur zijn niet door arbodiensten of brancheorganisatie vastgelegd.

Bij de arbodiensten die de aantallen wel hebben geregistreerd zien we dat het aantal verwijfsingen nog zeer beperkt is. In 2004 verwees de gemiddelde bedrijfsarts ongeveer 0,5 keer door naar de reguliere zorg.

Het aantal verwijfsingen per bedrijfsarts binnen de verschillende arbodiensten varieerde van 0,2 tot 1 keer. Hierbij valt op dat binnen de kleinere arbodiensten vaker is verwezen dan binnen de grote arbodiensten.

De verwijfsingen komen van een klein percentage (10%) bedrijfsartsen die actief gebruik maken van de verwijfsmogelijkheid. Er was één arbodienst waarbij 30% van de 250 verwijfsingen van één arts afkomstig waren. Er is geen druk op de artsen om te verwijfsen. Een aantal artsen ervaart wel drempels.

6.8 Geïdentificeerde knelpunten

De geïdentificeerde knelpunten worden door de geïnterviewden als volgt beoordeeld (zie tabel 6.3).

Het belangrijkste knelpunt dat de geïnterviewden tot nu toe ervaren is, evenals vorig jaar, het niet vergoeden van de kosten van de verwijfsing door de zorgverzekeraar.

Andere belangrijke knelpunten zijn het ontbreken van zicht bij de arbodienst op de functionele en administratieve afhandeling van de verwijfsing. Tevens zal de bedrijfsarts meer aandacht moeten gaan besteden aan het opbouwen van een relatie met de curatieve sector en aan zijn opleiding.

De samenwerking met de huisarts is nog steeds een knelpunt, maar ze zien hier duidelijk verbetering ontstaan. Hetzelfde geldt voor de opleiding/ervaring van de bedrijfsarts ten aanzien van het verwijfsen.

Medicaliseren waar de geïnterviewden vorig jaar een probleem in zagen, blijkt erg mee te vallen, evenals het medisch shoppen door werknemers.

Het feit dat alleen de geregistreerde bedrijfsarts mag verwijfsen blijkt in de praktijk nauwelijks een probleem op te leveren. De oorzaak kan het beperkte volume zijn, maar kan ook tot het beperkte volume hebben geleid.

Tabel 6.3. De geïdentificeerde knelpunten, aantal malen genoemd in 2005 (2003)

Knelpunten	Bestaat nog steeds	Wordt door ons aan gewerkt	Zie verbetering ontstaan	Is opgelost
Onvoldoende opleiding/ervaring bedrijfsarts	8 (3)	1 (6)	3 (1)	3 (1)
Barrière om kosten verwijzing op zorgverzekeraar te verhalen	14 (6)	1 (6)		2 (1)
Beperking tot geregistreerde bedrijfsartsen	2 (3)	1 (2)		7 (3)
Bedrijfsartsen moeten relatie met curatieve circuit opbouwen	10 (5)	4 (2)	3 (2)	1 (0)
Medicaliseren	4 (12)	3 (3)	4 (1)	13 (1)
Medisch shoppen door werknemers	1 (4)		1 (1)	8 (1)
Afsluiten contracten arbodies-ten/zorgverzekeraars	4 (3)	3 (1)	2 (1)	1 (0)
Samenwerking met huisarts	14 (12)	2 (2)	11 (1)	5 (0)
Onvolledige dossiers	2 (0)			2 (0)
Mate waarin bedrijfsarts bereid is in zichzelf te investeren	0 (1)	1 (1)	2 (2)	2 (0)
Ongebreidelde verwijzing naar dure interventies	0 (1)	1 (1)	0 (2)	5 (2)
Definitie arbeidsrelevant wordt opgerekt	3 (1)	0 (1)		3 (1)
Kostenverhogingen als het niet goed gaat	1 (6)	0 (1)		3 (0)
Miscommunicatie tussen ba-ha-wg en verzekeraar	3 (3)	0 (3)	1 (0)	2 (0)
Werkgever onbekend met verwijfsfunctie	3 (2)	0 (2)	1 (1)	1 (0)
Amateurisme in curatie	3 (1)		1 (1)	2 (0)
Bedrijfsarts wordt belangrijker en minder aanstuurbaar	0 (4)	1 (0)	1 (0)	3 (0)
Curatieve sector moet mee willen denken in reïntegratie concept	4 (2)	4 (6)	2 (1)	
Geen zicht op functionele en administratieve afhandeling	9 (2)	0 (2)	0 (4)	1 (0)

6.9 Conclusies

Een jaar na de invoering van de mogelijkheid tot verwijzen naar de reguliere zorg door de bedrijfsarts blijkt dat er tot op heden minimaal gebruik van is gemaakt. De arbodiensten hebben de verwijfsfunctie over het algemeen nog niet uitgewerkt als onderdeel van hun ondernemingsconcept. Wel werden er op grote schaal contracten met zorgverzekeraars gesloten, die echter nauwelijks geïmplementeerd zijn.

Dit komt mede door een beperkte actieve vraag vanuit de markt. Als we deze conclusie leggen naast de nulmeting, blijkt van de voornemens om de verwijfsfunctie al in 2004 grootschalig op te pakken, weinig terecht te zijn gekomen.

Het aantal verwijzingen per bedrijfsarts binnen de verschillende arbodiensten varieerde van 0,2 tot 1 keer per jaar. Het gemiddeld aantal verwijzingen per bedrijfsarts komt daarmee op 0,5 per bedrijfsarts over geheel 2004. Hierbij valt op dat door de kleinere arbodiensten vaker wordt verwezen dan door de grote arbodiensten.

De verwijzingen komen van een klein percentage (10%) bedrijfsartsen dat actief gebruik maakt van de verwijfsmogelijkheid. Zo was er één landelijke arbodienst waarbij 30% van de 250 verwijzingen van 1 arts afkomstig waren.

Alle arbodiensten hebben inmiddels wel richtlijnen en protocollen ingevoerd en opleidingsbijeenkomsten georganiseerd. Enkele arbodiensten experimenteren met een combinatiefunctie, waarbij de bedrijfsarts op bedrijfslocaties tevens de functie van huisarts invult. Op strategisch niveau is er inmiddels wel nagedacht om de verwijfsfunctie meer inhoud te gaan geven.

Alle zorgverzekeraars hebben de grote arbodiensten en vaak ook een deel van de zelfstandige bedrijfsartsen gecontracteerd. Deze contacten en de komst van de basisverzekering, hebben ertoe geleid dat arbodiensten en zorgverzekeraars nu ook buiten de eigen keten onderzoeken hoe ze kunnen samenwerken. Enkele zijn al tot concrete afspraken over gezamenlijke producten gekomen. Ook waar er sprake is van gezamenlijke klanten wordt samenwerking bekeken.

Voor de inkomensverzekeraars en werkgeversorganisaties is de verwijfsfunctie nog steeds geen item van grote aandacht, anders dan dat in een aantal gevallen ook de zorgverzekeraar meebetaalt aan een interventie. Ze bepalen zelf op basis van kosten/batenanalyse of een interventie wordt vergoed of dat men ervoor betaalt. Ook hier is zichtbaar dat er gedacht wordt aan ketenconcepten: samenwerking met zorgverzekeraars en arbodiensten als totaaloplossing voor verzuimrisico's in het MKB.

De arbodiensten zijn van mening dat de verwijfsfunctie past bij het door hen gewenste profiel. Dit is een manier om de arbodienst/bedrijfsarts op een andere manier te positioneren. De verwijfsfunctie is een logisch onderdeel van het takenpakket van de bedrijfsarts. De meeste arbodiensten vinden de bedrijfsarts voldoende geëquipeerd voor deze rol omdat er reeds ervaring is met verwijzen naar tweedelijns arbocuratieve interventies.

De werkgeversorganisaties geven aan dat de gemiddelde werkgever nauwelijks op de hoogte is van het feit dat de bedrijfsarts mag verwijzen naar de reguliere zorg.

Vorig jaar zagen de meeste zorgverzekeraars al een markt voor tweedelijns arbozorg ontstaan als alternatief voor het minder toegesneden aanbod in de reguliere zorg. Inmiddels hebben daarom bijna alle zorgverzekeraars concepten ontwikkeld waarbij tweedelijns arbozorg in aanvullende polissen is opgenomen. Een enkele zorgverzeke-

raar biedt tevens de mogelijkheid om via hen bedrijfsartsen in te huren, waarmee ze inspelen op de wetswijziging per 1-7-2005 rond opting out van arbodienstverlening.

Bijna alle verwijzingen (>95%) gaan volgens de arbodiensten naar de tweedelijns arbocuratieve zorg. Dit komt overeen met de conclusies uit het deelproject 'De mening van professionals'. Daarnaast is het opmerkelijk dat arbodiensten aangegeven er vooral regionaal meer samenwerking is ontstaan tussen huisartsen en bedrijfsartsen. De tendens die daarbij zichtbaar wordt is dat de huisarts in die situatie de feitelijke verwijzing blijft doen, maar dat het overleg daarover geïntensiveerd wordt. De arbodiensten hebben de afgelopen jaren verwijzingen naar tweedelijns arbocuratieve zorg gestimuleerd en hebben SLA's (service level agreements) met deze private organisaties afgesloten. De meeste arbodiensten sturen echter per individuele casus niet actief op het verwijzen naar een van beide kanalen (reguliere zorg of tweedelijns arbocuratieve zorg) maar laten dat aan de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts en de voorkeur van de werknemer en werkgever over. Maar sommige arbodiensten geven aan dat zij een nulde lijn willen, die indiceert of een werknemer naar de bedrijfsarts of huisarts zou moeten. Dus een arboverpleegkundige als poortwachter.

De verwijzing naar de tweedelijns reguliere zorg wordt in een aantal gevallen gedaan door de huisarts op advies van de bedrijfsarts. Dit is ook de lijn die de voorzitter van de NVAB zegt te stimuleren.

Er wordt in de reguliere zorg, in tegenstelling tot in de tweedelijns arbocuratieve zorg, nauwelijks gewerkt met preferred providers. Sommige arbodiensten verwijzen in concernverband naar tweedelijns arbocuratieve zorg binnen de eigen keten.

Enkele zorgverzekeraars hebben de arbodiensten aangekondigd verwijzingen naar tweedelijns arbocuratieve zorg in de vorm van preferred providers uit te zullen werken. Ze willen daarmee inspelen op de behoefte van zakelijke klanten in collectiviteiten.

De arbodiensten vinden dat de bedrijfsarts als verwijzende professional, zelf verantwoordelijk is voor de inhoud en kwaliteit van de verwijzing. Bij zorgverzekeraars is de mening minder rigide ze vinden ook de arbodienst verantwoordelijk. De zorgverzekeraars controleren niet op doelmatigheid van de verwijzing. Dat willen ze wel, maar het volume is daarvoor nog te beperkt. Wel zijn er enkele verzekeraars die de verwijfsfunctie beperken, door bijvoorbeeld alleen verwijzingen naar paramedici toe te staan. Verwijzingen naar tweedelijns medisch specialistische zorg worden dan niet vergoed.

De kosten van de verwijzing door de bedrijfsarts zijn nu nog opgenomen in de polisvoorwaarden van de verzuimverzekeraar, het abonnementstarief van de arbodienst of rechtstreeks aan de werkgever in rekening gebracht. Gezien het geringe aantal verwijzingen vinden arbodiensten het nog niet rendabel deze apart te registreren en te factureren. De arbodiensten zijn wel van mening dat deze kosten, in analogie met de kosten van de verwijzing door de huisarts, door de zorgverzekeraars zouden moeten worden vergoed, zeker zodra de bedrijfsarts onderdeel is geworden van de reguliere eerstelijnszorg. Verschillende zorgverzekeraars zien hiervoor pas mogelijkheden als de bedrijfsarts en huisarts ook gelijk zijn geschakeld in het kader van de functionele afspraken onder de nieuwe Zorgverzekeringswet.

Er is geen aansluiting met de regionale ICT infrastructuur in de zorg. Over het algemeen zijn arbodiensten niet op de hoogte van de activiteiten van NICTIZ of hebben ze hier tot nu toe geen prioriteit aan gegeven. Van geen enkele partij of koepel zijn er formele verzoeken geweest om ook de bedrijfsarts aan te laten sluiten.

Als de individuele arbodiensten de context van de ICT-zorginfrastructuur die in 2006 ontstaat voorgelegd krijgen, realiseren ze zich pas dat het essentieel voor de verwijfsfunctie is, dat ze de bedrijfsarts erop moeten gaan aansluiten.

Bijna alle geïnterviewden zien dat de relatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts enigszins is verbeterd door het toegenomen contact. Op sommige plaatsen gaat de bedrijfsarts nu ook deel uitmaken van het eerstelijns regionale netwerk in de zorg (ROS). Het respect voor de vakkennis van de bedrijfsarts is daar toegenomen. De bedrijfsarts informeert de huisarts in die situatie over de verwijzing. Niemand heeft echte conflicten tussen huisartsen en bedrijfsartsen op dit terrein gemeld. Er is ook bij geen enkele arbodienst melding gemaakt van conflicten betreffende de onafhankelijkheid van de bedrijfsartsen t.o.v. werknemer/werkgever. Met name de zorgverzekeraars signaleren een moeizame communicatie tussen de huisarts en de bedrijfsarts.

Alle geïnterviewden zijn het er evenals bij de nulmeting vrijwel unaniem over eens dat de bedrijfsarts de eerstelijnsbehandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen, naast de huisarts is. Een kleine meerderheid van de respondenten ziet de bedrijfsarts als procesbegeleider, al dan niet in combinatie met de rol van behandelaar voor arbeidsrelevante aandoeningen.

De arbodiensten hebben de hoogste verwachting van de effecten van de verwijfsfunctie, maar formuleren na een jaar ervaring de effecten nog steeds in termen van "zou moeten, zou kunnen". Het is niet gebaseerd op feitelijke ervaringen. Zorgverzekeraars zien dat het aantal verwijzingen laag is en hebben daardoor hun verwachtingen van de effecten van de verwijfsfunctie bijgesteld. Beperking verzuimduur en verzuimvolume, verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen en een stimulans voor meer arbocuratieve samenwerking zijn de effecten die ze er op termijn van verwachten.

Verkorting van de wachttijden van de reguliere zorg is volgens veel respondenten niet meer aan de orde, omdat dit al grotendeels is opgelost. Door het geringe aantal verwijzingen acht ze de bijdrage aan het oplossen van het tekort aan huisartsen gering.

Overigens geven de meeste geïnterviewden aan geen negatieve gevolgen van de verwijfsfunctie te ervaren.

Het belangrijkste knelpunt dat arbodiensten en brancheorganisaties tot nu toe ervaren is, evenals vorig jaar, het niet vergoeden van de kosten van de verwijzing door de zorgverzekeraar.

Andere knelpunten zijn het ontbreken van zicht bij de arbodienst op de functionele en administratieve afhandeling van de verwijzing en het nog niet voldoende aansluiten van het aanbod van de curatieve sector op de specifieke zorgvraag uit het bedrijfsleven. Tevens zal de bedrijfsarts meer aandacht moeten gaan besteden aan het opbouwen van een relatie met de curatieve sector, vooral de tweede lijn.

Samenwerking met de huisarts is nog steeds een knelpunt, maar vooral de arbodiensten zien hier duidelijk verbetering ontstaan. Hetzelfde geldt voor de opleiding/ervaring van de bedrijfsarts ten aanzien van het verwijzen.

Medicaliseren waar vooral brancheorganisaties en verzuimverzekeraars vorig jaar nog een probleem in zagen, blijkt niet te bestaan, evenals het medisch shoppen door werknemers.

De verwijfsfunctie is in de huidige situatie nog nauwelijks uit de startblokken gekomen. Veel procedurele zaken zijn geregeld. Van direct verwijzen naar het tweedelijns reguliere circuit is vrijwel geen sprake.

7 De uitkomsten van het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening

7.1 Het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening (LMA)

Om in het kader van de monitorfunctie tijdig mogelijke knelpunten in de verwijfsfunctie 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 verwijfsfunctie 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 verwijfsfunctie 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 eindrapportage brengen wij de meldingen van heel 2004 in beeld. We concentreren ons daarbij op de meldingen door werknemers die zijn verwezen. Ontwikkelingen in de meldingen worden inzichtelijk gemaakt door de eerste en de tweede helft van 2004 met elkaar te vergelijken. We kijken ook naar verschillen tussen meldingen via internet en de meldingen via de telefonische helpdesk.

7.2 De melders

In 2004 zijn in totaal 112 meldingen binnengekomen waarbij de melder was verwezen naar een andere zorgverlener; 70 in de eerste helft en 42 in de tweede helft van 2004. In zowel de eerste als tweede helft zijn meer meldingen via internet dan via de helpdesk binnengekomen (zie tabel 7.1). Het percentage verwijzingen van het totaal aantal meldingen verschilt ook tussen de helpdesk en internet (tabel 7.1). De melders van de internetenquête zijn vaker verwezen (24%) dan de melders van de telefonische helpdesk (7%).

Tabel 7.1 Verwijzingen binnen de LMA

Heeft de bedrijfsarts u ooit verwezen naar een andere arts behandelaar	1ste helft 2004	2de helft 2004	Helpdesk 2004	Internet 2004	Totaal 2004
% verwijzingen	15	9	7	24	12
Totaal (aantal meldingen)	409	395	563	241	804

Een overzicht van de persoonskenmerken van melders is weergegeven in bijlage 3. Hoewel de percentages tussen de eerste en tweede helft van 2004 lijken te verschillen voor wat betreft geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, zijn deze verschillen niet significant. Ditzelfde geldt voor de verschillen in persoonskenmerken tussen helpdesk- en internetregistratie. De totale groep melders (N=112) bestaat merendeels uit vrouwen (70%), tussen de 36 en 65 jaar (75%), en middelbaar tot hoog opgeleid (83%).

In tabel 7.2 is samengevat met welke gezondheidsproblemen de melders te kampen hebben. Wat betreft gezondheidsproblemen verschillen melders in de eerste helft van 2004 van de melders in de tweede helft van 2004. In de eerste helft van 2004 zijn er relatief meer melders met 'lichamelijke én psychische gezondheidsproblemen en/of arbeidshandicap' dan in de tweede helft.

Er zijn ook verschillen tussen de helpdesk- en internet enquête. De melders van de internetenquête hebben relatief gezien vaker 'lichamelijke' en 'lichamelijke en psychische', en minder vaak allen 'psychische' gezondheidsproblemen en/of arbeidshandicap dan melders via de telefonische helpdesk.

Tabel 7.2 Gezondheidsproblemen/arbeidshandicap van de melders, uitgesplitst naar de eerste en tweede helft van 2004

Gezondheidsprobleem/ arbeidshandicap	1 ^{ste} helft '04	2 ^{de} helft '04	Helpdesk '04	Internet '04	Totaal '04
Lichamelijk	8	19	0	17***	12
Psychisch	28	45	79	17***	34
Lichamelijk en psychisch	64	36*	21	66***	54
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	53	31	24	60	84

* = $p < 0,05$; *** = $p < 0,001$

7.3

Meldingen bij het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening

De resultaten van de vragen over verwijzingen staan weergegeven in tabel 7.3. Soms lijken verschillen aanwezig te zijn tussen eerste en tweede helft van 2004 en tussen de helpdesk- en internetregistratie. Deze verschillen kunnen echter niet getoetst worden op significantie omdat het aantal melders soms te laag is in bepaalde groepen. In gevallen dat wel getoetst kan worden, zijn de verschillen niet significant. Om die reden rapporteren we dan ook alleen de resultaten voor de hele groep melders in 2004.

Van de melders ($N=112$) zegt 16% op eigen initiatief het spreekuur van de bedrijfsarts te hebben bezocht. Melders geven aan dat de bedrijfsarts in de meeste gevallen verwijst naar de fysio- of oefentherapeut (44%), gevolgd door een verwijzing naar maatschappelijk werk of psycholoog (27%) en tenslotte naar een specialist (9%). Dit patroon wijkt af van de resultaten van het deelproject 'De kwaliteit van de verwijzing', waar de meeste verwijzingen naar een psycholoog waren.

Meestal heeft de verwijzing plaatsgevonden met instemming van de melders (89%). In meer dan de helft van de gevallen (60%) was de melder het eens met de keuze van de persoon naar wie de bedrijfsarts verwees. In 19% van de gevallen mocht de melder zelf kiezen naar wie hij/zij wilde worden verwezen. Van de melders gaf 12% aan liever een andere arts te willen en gaf 9% aan geen verwijzing te willen. In 44% van de gevallen komt het advies van de bedrijfsarts niet overeen met het advies van de andere zorgverlener. Indien hierover geen overeenstemming bestaat, volgt de melder in meer dan de helft van de gevallen (54%) het advies van de huisarts of behandelaar op en in mindere mate het advies van de bedrijfsarts (31%). Opvallend is dat meer dan de helft aangeeft dat de verwijzing *niet* heeft bijgedragen aan een verbetering van de gezondheidsklachten (56%) of aan de terugkeer naar (aangepast) werk (63%).

Tabel 7.3 Resultaten omtrent de verwijzing in 2004, uitgesplitst naar 1^{ste} en 2^{de} helft 2004 en naar helpdesk- en internetregistratie

Vraag	1 ^{ste} helft '04	2 ^{de} helft '04	Help- desk'04	Internet '04	Totaal 2004
<i>Naar wie heeft de bedrijfsarts u verwezen?</i>					
naar huisarts (%)	8	2	0	9	6
naar een medisch specialist (%)	10	7	7	10	9
naar maatschappelijk werker/psycholoog (%)	23	33	65	6	27
naar fysio-/oefentherapie (%)	46	41	20	57	44
Anders (%)	13	17	8	18	14
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	70	42	40	72	112
<i>Waarom bezocht u het spreekuur van de bedrijfsarts?</i>					
Eigen initiatief (%)	21	8	8	22	16
Op uitnodiging van bedrijfsarts of op advies van werkgever (%)	79	92	92	78	84
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	62	36	40	58	98
<i>Vond de verwijzing met uw instemming plaats?</i>					
Ja (%)	90	86	93	86	89
Nee, zonder mijn instemming (%)	10	14	7	14	11
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	62	36	40	58	98
<i>Hoe kwam de keuze van diegene naar wie u werd verwezen tot stand?</i>					
Ik mocht zelf kiezen (%)	19	17	10	24	19
Ik was het eens met de keuze van bedrijfsarts (%)	65	53	77	48	60
Ik wilde liever andere arts (%)	8	19	3	19	12
Ik wilde geen verwijzing (%)	8	11	10	9	9
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	62	36	40	58	98
<i>Komt het advies van de bedrijfsarts overeen met advies huisarts/specialist/behandelaar?</i>					
Ja (%)	59	50	55	57	56
Nee, de adviezen zijn tegenstrijdig (%)	41	50	45	43	44
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	54	26	33	47	80

Vraag	1 ^{ste} helft '04	2 ^{de} helft '04	Help- desk'04	Internet '04	Totaal 2004
<i>Indien het advies tegenstrijdig is: Welk advies heeft u opgevolgd?</i>					
Dat van de (huis)arts/behandelaar (%)	54	54	53	55	54
Dat van de bedrijfsarts (%)	32	31	20	40	31
Geen van beide (%)	14	15	27	5	15
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	22	13	15	20	35
<i>Heeft de verwijzing bijgedragen aan een verbetering van uw gezondheidsklachten?</i>					
Ja (%)	40	50	57	34	44
Nee (%)	60	50	43	66	56
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	43	28	30	41	71
<i>Bevordert de verwijzing de terugkeer naar (aangepast) werk?</i>					
Ja (%)	39	36	43	33	37
Nee (%)	61	64	57	67	63
Totaal	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	39	28	28	39	67

7.3.1

Toelichting bij de meldingen

De melders hadden ruimte om een toelichting te geven bij de melding. Een uitgebreide weergave van de toelichtingen bij meldingen over de eerste helft van 2004 staat in de tussenrapportage. In dit gedeelte gaan we nader in op de tweede helft van 2004.

In de tweede helft van 2004 zijn 42 meldingen binnengekomen. Van deze groep geven 17 melders een negatieve toelichting over de rol van de bedrijfsarts, slechts één melder is positief gestemd. De meeste melders klagen over een negatieve bejegening door de bedrijfsarts (9x). De melders ervaren in deze gevallen veelal onvoldoende tot geen enkele ondersteuning of advisering door de bedrijfsarts. In zes gevallen geven melders aan dat er een gebrek aan afstemming is tussen bedrijfsarts en arts/behandelaar. Tot slot wijzen twee melders op een gebrek aan onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. In bijlage 4 staan voorbeelden van deze meldingen gegeven.

7.4

Conclusies

Dit deelproject betreft een inventarisatie van meldingen over verwijzingen door de bedrijfsarts. In de periode van 1 januari 2004 tot 1 januari 2005 zijn bij het Landelijk Meldpunt Arbodienstverlening 112 meldingen binnengekomen waarover ook gegevens over de verwijzing door de bedrijfsarts beschikbaar zijn. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de meldingen van de eerste en tweede helft van 2004. De resultaten wijzen niet op het voorkomen van structurele knelpunten bij de implementatie van de verwijfsfunctie.

8 De omvang van het aantal verwijzingen

8.1 Inleiding

Het doel van dit deelproject is om te onderzoeken welke effecten de introductie van de verwijzfunctie van de bedrijfsarts op macroniveau heeft. Dit gebeurt in twee stappen te weten:

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

In de tussenrapportage van september 2004 zijn de resultaten van de nulmeting weergegeven. Daarin is gerapporteerd over het laatste kwartaal van 2003. In 2005 is onderzocht, aan de hand van gegevens over het laatste kwartaal van 2004 of in de landelijke registraties effecten waarneembaar zijn van verschuivingen in verwijzpatronen. Deze verschuivingen kunnen tweërlei zijn:

- bedrijfsartsen kunnen verwijzen naar medisch specialisten en paramedische disciplines; en
- het verwijzgedrag van de bedrijfsarts kan indirect de verwijzingen door huisartsen beïnvloeden.

De effectmeting in 2005 gebaseerd op de gegevens van het laatste kwartaal van 2004 heeft beperkt plaatsgevonden. Bij een eerste inventarisatie van de verschillende registraties bleek dat het aantal verwijzingen van de bedrijfsarts nihil of verwaarloosbaar klein was. Een verdere koppeling van de gegevens uit de bronregistraties met CBS-bestanden en Vektis-bestanden heeft daarom in overleg met de opdrachtgever slechts beperkt plaatsgevonden. Er is wel gekeken naar wijziging in het verwijzpatroon van de huisarts omdat dat uiteraard wel meetbaar was.

Deze rapportage geeft derhalve een samenvatting van de nulmeting en een weergave van de beperkte effectmeting. Allereerst wordt kort de methodologische achtergrond beschreven. Daarna komen de resultaten van de effectmeting aan de orde. Tot slot trekken wij conclusies.

8.2 Methodologie

De opzet was om de verwijzingen van de bedrijfsarts naar de verschillende zorgaanbieders te bepalen aan de hand van de volgende gegevensbestanden:

1. de Landelijke Ambulante ZorgRegistratie (LAZR);
2. de Landelijk informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ);
3. het Zorg Informatie Systeem (Zorgis);
4. het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH); en
5. het Verzekerden - en schade bestand van Vektis.

Deze gegevensbestanden worden in bijlage 5 nader omschreven.

Het doel was om met bovengenoemde registraties te 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 was een analyse van de verwijzingen van de huisarts (bron LINH) gepland. Vervolgens was het de bedoeling om de kostenverschuiving van de verwijzingen in kaart te brengen. Dat kan aan de hand van de LiPZ en Zorgis waar de kosten voldoende in worden geregistreerd en het verzekerden en schadebestand van Vektis omdat deze kosten niet in de LAZR worden geregistreerd.

Aangezien we geïnteresseerd zijn in de verwijzingen van de bedrijfsarts, zijn alleen de veranderingen in verwijzingspatroon van werknemers relevant. Hiertoe zouden de bestanden vervolgens gekoppeld worden met het Verzekerde Personen en Dienstverbanden (VPD)-bestand van het CBS. De koppeling wordt gelegd via gegevens uit de gemeentelijke basisadministratie (GBA).

8.3 Resultaten

Als eerste stap is zowel in 2004 als in 2005 nagegaan welke aantallen verwijzingen door bedrijfsartsen aanwezig zijn in de verschillende registraties (LAZR, LiPZ en Zorgis).

Onderstaande tabel geeft het selectieproces weer in 2004 en de omvang van het uiteindelijke bestand waarmee wij de analyses hebben uitgevoerd.

Tabel 8.1 Gegevensbestanden eerste selectie

Registratie	Selectie-datum	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. Verzekeringswijze 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 8.2 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	

In 2005 is dit selectieproces niet gevolgd. In de totale bestanden is eerst gekeken of er überhaupt verwijzingen van bedrijfsartsen waren geregistreerd. De constatering was dat het aantal verwijzingen door de bedrijfsarts in deze registraties nihil (LAZR en Zorgis) of verwaarloosbaar klein (LiPZ, minder dan vijf) was.

Door het ontbreken van deze verwijzingen hebben de voorgenomen analyses op deze verwijzingen verder geen zin. Door ons is dan ook afgezien van de geplande gegevensbewerkingen, waaronder de koppelingsprocedure bij het CBS.

De vraag is wel interessant of de introductie van de verwijfsfunctie tot gevolg heeft dat de huisarts minder of anders is gaan verwijzen. Dit is gebeurd aan de hand van de verwijzingen die in de LIN-H zijn vastgelegd. Daartoe zijn de uitkomsten uit de nulmeting (vierde kwartaal 2003) vergeleken met de uitkomsten van het vierde kwartaal 2004. Er heeft op deze bestanden wederom een koppeling bij het CBS plaatsgevonden om te kunnen selecteren op het gegeven 'werknemer'. De koppelingsprocedure is exact zo uitgevoerd als bij de nulmeting (zie voor een uitgebreide beschrijving van deze koppelingsprocedure bijlage 6).

De koppeling met het werknemersbestand van het CBS leverde een vergelijkbaar resultaat op als de eerste koppeling. Ongeveer een kwart van de huisartsverwijzingen te weten ongeveer 5000, betrof ziekenfondsverzekerde werknemers in de leeftijd tussen de 16 en 65 jaar. Vervolgens is de populatie uit de eerste koppeling vergeleken met de populatie uit 2004. Er bleken geen verschillen tussen deze populaties in geslacht en leeftijd.

In de volgende tabellen worden de resultaten weergegeven.

Tabel 8.3 Vergelijking geslacht

	2004		2003	
	N	%	N	%
Man	1941	38,28	2429	38,15
Vrouw	3129	61,72	3938	61,85
Totaal	5070	100	6367	100

Tabel 8.4 Vergelijking leeftijd

	2004		2003	
	N	%	N	%
16-20	391	7,71	489	7,68
21-25	550	10,85	673	10,57
26-30	584	11,52	777	12,20
31-35	544	10,73	681	10,70
36-40	870	17,16	1049	16,48
41-45	647	12,76	847	13,30
46-50	654	12,90	838	13,16
51-55	470	9,27	641	10,07
56-60	311	6,13	309	4,85
61-64	49	0,97	63	0,99
Totaal	5070	100	6367	100

In vergelijking met 2003 waren er in 2004 significant meer verwijzingen van de huisarts naar het ziekenhuis en minder naar de fysiotherapie. Dit beeld komt ook terug in het verwijfsechelon; er waren in 2004 significant minder verwijzingen naar de 1^e lijn en meer naar de 2^e lijn.

In de volgende tabellen worden de resultaten weergegeven. De tabel met de verwijfspecialismen is geordend naar relatieve toename. In de laatste kolom staat de procentuele toe- of afname van het aandeel van het betreffende specialisme in het totaal van

de verwijzingen. Opvallend daarin is dat de specialismen die een relatief groot deel arbeidsrelevante aandoeningen betreffen zoals neurologie, orthopaedie, revalidatie, eerstelijns psycholoog, in de categorie relatief 'toegenomen' vallen. Paramedische therapie zoals fysiotherapie, manuele therapie en mensendieck vallen in de categorie specialismen die afgenomen zijn.

Tabel 8.5 Specialismen waarnaar is verwezen door huisarts

Specialisme	2004		2003		Relatieve toe/afname
	N	%	N	%	
Psycholoog	64	1,33	48	0,78	71%
Patholoog anatoom	28	0,58	25	0,41	43%
Orthopaedie	382	7,96	381	6,20	28%
Gastro-enterologie	32	0,67	32	0,52	28%
Revalidatie	36	0,75	37	0,60	25%
Neurologie	259	5,39	280	4,56	18%
Riagg	53	1,10	58	0,94	17%
Plastisch chirurg	104	2,17	115	1,87	16%
Eerstelijns psychol.	56	1,17	62	1,01	16%
Verloskundige	16	0,33	18	0,29	14%
Cesartherapie	69	1,44	79	1,29	12%
Kno	277	5,77	323	5,25	10%
Overigen	102	2,12	119	1,94	10%
Dermatologie	316	6,58	381	6,20	6%
Psychiatrie	91	1,90	110	1,79	6%
Oogheelkunde	224	4,66	273	4,44	5%
Diëtiste	66	1,37	83	1,35	2%
Interne geneesk.	190	3,96	241	3,92	1%
Chirurgie	330	6,87	422	6,87	0%
Maatsch. werk	25	0,52	32	0,52	0%
Urologie	141	2,94	182	2,96	-1%
Longarts	50	1,04	65	1,06	-2%
Kaakchirurg\mondhk.	16	0,33	21	0,34	-2%
Cardiologie	90	1,87	123	2,00	-6%
Rheumatologie	58	1,21	80	1,30	-7%
Podotherapie	73	1,52	101	1,64	-7%
Echografie	17	0,35	24	0,39	-9%
Fysiotherapie	1281	26,68	1867	30,37	-12%
Manuele therapie	43	0,90	63	1,02	-13%
Gynaecol/verlosk.	271	5,64	418	6,80	-17%
Logopedie	11	0,23	18	0,29	-22%
Mensendiecktherap.	31	0,65	66	1,07	-40%
Totaal	4802	100,00	6147	100,00	0%

Deze tabellen dienen enerzijds voorzichtig geïnterpreteerd te worden, omdat niet alle huisartsen alle soorten verwijzingen even goed registreren. Volgens eigen zeggen registreert 80% van de LINH-huisartsen >90% van nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist, 60% van de LINH-huisartsen registreert >90% van alle verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie, 40% van de LINH-huisartsen registreert >90% van alle verwijzingen naar logopedie en minder dan 30% van de LINH-huisartsen registreert >90% van de verwijzingen naar de GGZ (psychogeriatric, psycholoog/psychologische zorg, psychotherapie, MW). Vooral bij verwijzingen naar de GGZ is er dus sprake van

een forse onderregistratie. Anderzijds worden bij de LINH de praktijken buiten beschouwing gelaten die om een of andere reden tijdelijk minder goed registreren.

We kunnen aannemen dat de onderregistratie in de tijd gelijk is gebleven. De belangrijkste resultaten in onderstaande tabellen betreffen dus niet het absolute aantal en percentage verwijzingen, maar het relatieve verschil tussen beide metingen.

Tabel 8.6 Totalen specialismen waarnaar is verwezen door huisarts

Verwezen naar:	2004		2003	
	N	%	N	%
Ziekenhuis	2526	52,60	2981	48,50
Fysiotherapie	1424	29,65	2075	33,76
GGZ	144	3,00	168	2,73
Overig	708	14,74	923	15,02
Totaal	4802	100	6147	100

Tabel 8.7 Echelon waarnaar is verwezen door huisarts

Verwezen naar:	2004		2003	
	N	%	N	%
Eerste lijn	1683	35,05	2391	38,90
Tweede lijn	2921	60,83	3543	57,64
Overige verwijfsdisciplines	198	4,12	213	3,47
Totaal	4802	100	6147	100

8.4

Conclusies

Door het ontbreken van de verwijzingen in de gegevensbestanden is de effectmeting uiteindelijk niet uitgevoerd zoals voorgenomen. Wel zijn de voorbereidende stappen gezet voor de analyse van de effecten. De analyse had zonder noemenswaardige problemen kunnen worden uitgevoerd. De 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 medisch-specialisten, GGZ en fysiotherapeuten. De gegevens van de nulmeting zijn nog steeds beschikbaar bij het CBS. Over een bewaartermijn moeten nog afspraken worden gemaakt indien de effectmeting op langere termijn herhaald gaat worden.

Voor het ontbreken van geregistreerde verwijzingen door bedrijfsartsen zijn verschillende verklaringen te geven. Uit andere onderdelen van het project is gebleken dat bedrijfsartsen wel verwijzen maar nog steeds mondjesmaat. Het totaal aantal verwijzingen wordt in het deelproject 'De mening van besluitvormers' geschat op 1000 op een totaal van ruim 2000 bedrijfsartsen. Deze verwijzingen vinden met name plaats naar het particuliere circuit zoals blijkt uit de interviews van de deelprojecten 'De mening van professionals' en 'De mening van besluitvormers'. Het is derhalve logisch dat in de reguliere registraties nog geen effecten zijn waar te nemen; deze praktijken vallen niet onder de gebruikte registraties. De conclusie is gerechtvaardigd dat de verwijfsmogelijkheid nog te kortgeleden geïntroduceerd is om op dit moment een substantieel effect te meten in de landelijke registraties.

De verschuivingen bij de verwijzingen door huisartsen worden sterk beïnvloed door externe factoren. In het laatste kwartaal van 2004 zijn er op verschillende plaatsen in het land acties van huisartsen begonnen tegen het overheidsbeleid. Deze acties bestonden onder andere uit meer verwijzen naar ziekenhuizen. De toename van het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis kan deels hierdoor verklaard worden.

Het verwijfspatroon van de huisartsen is het afgelopen jaar wel wat veranderd. Huisartsen zijn relatief meer gaan verwijzen naar specialismen die veel arbeidsrelevante aandoeningen hebben en minder naar paramedici. De constatering dat huisartsen minder naar fysiotherapeuten verwijzen is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat slechts een beperkt aantal bezoeken aan de fysiotherapeut sinds 1 januari 2004 wordt vergoed via het basispakket van het ziekenfonds. Verwijzingen naar fysiotherapiepraktijken zouden ook minder via de huisarts en meer via de bedrijfsarts kunnen lopen. Dit wordt echter nog niet geregistreerd door de LiPZ. Dat kan te maken hebben met adaptieproblemen bij het invullen. Tevens zijn de praktijken die deelnemen aan de LiPZ een beperkte steekproef. Bedrijfsartsen verwijzen vaak via geselecteerde fysiotherapeuten die gespecialiseerd zijn op arbocuratief gebied. Bij de geringe aantallen verwijzingen is het goed mogelijk dat deze buiten deze steekproef vallen.

9 Ontwikkelingen rond de invoering van de verwijsfunctie: aanvullende gegevens

Om de ontwikkelingen rond de verwijsfunctie goed te kunnen volgen zijn, naast de deelprojecten, ook andere extra informatiebronnen benut.

In de eerste plaats is gebruik gemaakt van de mogelijkheid om extra vragen mee te nemen in de arbomonitor. Hierover is in deel project 4 (hoofdstuk 4) gerapporteerd. Verder is gebruik gemaakt van de mogelijkheid om extra vragen mee te laten lopen in een breed monitoronderzoek dat wordt uitgevoerd voor het ministerie van SZW. Het betreft de TNO ArbeidsSurvey (TAS). De uitkomsten wat betreft het onderdeel verwijsfunctie (voor zover beschikbaar ten tijde van de voor de oplevering van deze nulmeting) zullen we hier rapporteren.

9.1 Representatieve steekproeven onder werknemers: NEA en TAS

Bij de nulmeting is gerapporteerd over de omvang van het verwijzen door bedrijfsartsen aan de hand van vragen die zijn opgenomen in de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA). Dit is een breed opgezet monitoronderzoek over arbeidsomstandigheden dat wordt uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven en gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Voor de eindmeting bestond de mogelijkheid dezelfde vragen ook mee te laten lopen in de TNO ArbeidsSurvey (TAS) die tweejaarlijks (afwisselend met de NEA) wordt afgenomen.

Voor beide surveys geldt dat ze tot doel hebben een representatief beeld te geven van de wijze waarop werknemers hun arbeidsomstandigheden ervaren. In totaal worden een groot aantal blokken van vragen over uiteenlopende onderwerpen voorgelegd. Eén van deze blokken betrof een beperkt aantal vragen dat tot doel had vast te stellen hoe vaak er bij een representatieve steekproef van werknemers sprake is van een verwijzing door de bedrijfsarts. Door het toepassen van weegfactoren geven de uitkomsten een voor leeftijd, geslacht en bedrijfstak representatief beeld van de Nederlandse werknemerspopulatie. Dit geldt voor zowel de NEA als TAS. De antwoorden van de werknemers hebben betrekking op verwijzingen naar zorgverleners, ongeacht de vraag of het om Zfw/AWBZ – verzekerde zorg gaat.

De NEA is ingevuld door circa 10.000 werknemers, de TAS door circa 4800 werknemers. De TAS is afgenomen in oktober en november 2004, precies één jaar na afname van de NEA. Het betreft hier een eerste analyse van TAS-gegevens, waarbij de uitkomsten over verwijzingen betrekking hebben op ongewogen analyses.

Van alle werknemers geeft 54,3% aan dat zij in de afgelopen 12 maanden wel eens verzuimd heeft (dit was in 2003 54,5%). Van de werknemers die in de afgelopen 12 maanden wel eens verzuimd hebben, geeft 30,3% aan dat zij in verband met dat verzuim contact hebben gehad met een medewerker van de arbodienst (dit was 27,1%). Het eerste contact met de arbodienst vond gemiddeld 2,1 weken na de eerste verzuimdag plaats. Dit gemiddelde is relatief hoog vanwege een beperkt aantal medewerkers bij wie de periode tot het eerst contact relatief lang is. De percentages werknemers die contact hebben gehad na 1, 2, 3, en 4 weken zijn resp. 56%, 77%, 85%, 91% (dit was 51%, 72%, 82% en 90%).

Vervolgens is gevraagd of de bedrijfsarts de werknemer heeft verwezen naar een andere zorgverlener. In totaal is van alle werknemers die contact hebben gehad met de arbodienst 20,4% verwezen naar een andere zorgverlener (dit was 23,5%). Kijken we

naar werknemers die contact met de bedrijfsarts hebben gehad dan gaat het om 22,4% verwezen werknemers (dit was 25,8%).

Terugredenerend naar de totale onderzoekspopulatie betekent dit dat in 2004 3,4% van de werknemers is verwezen (95% betrouwbaarheidsinterval: 2,9% – 3,9%). Vorig jaar was dit 3,5% (95% betrouwbaarheidsinterval: 3,2% – 3,9%).

Dit betekent dat in 2004 circa 251.250 werknemers van de 7,5 miljoen Nederlandse werknemers door een bedrijfsarts zijn verwezen naar een andere zorgverlener. Een jaar eerder waren dat er 262.500. Er is dus sprake van een lichte daling. De overlap van de betrouwbaarheidsintervallen voor 2004 en 2003 geeft aan dat er geen sprake is van een statistisch significante daling. Ook is gevraagd hoe lang het duurde (vanaf de verwijzing) voordat men bij de andere zorgverlener terecht kon. Gemiddeld kon men na 2,6 weken terecht (dit was 3,0 weken). Ook hier is het gemiddelde relatief hoog ten gevolge van een beperkt aantal lange 'wachttijden'. De percentages werknemers die na 1, 2, 3, en 4 weken bij de andere zorgverleners terecht konden, zijn resp. 53%, 71%, 73%, 87% (dit was 45%, 68%, 74% en 83%).

Van de verwezen werknemers vindt 78,8% (dit was 77,9%) dat men voldoende snel terecht kon bij de andere zorgverlener. We kunnen concluderen dat er geen veranderingen zijn opgetreden in het afgelopen jaar.

Er zijn in totaal 162 werknemers verwezen van de totale populatie van 4.834 werknemers (3,4%) tegenover 353 van de 10.075 in 2003 (3,5%). Deze groep van verwezen werknemers heeft ook aan kunnen geven naar wie zij zijn verwezen.

Sommige werknemers hebben op de vraag naar wie zij door de bedrijfsarts zijn verwezen, meerdere antwoorden aangekruist (28 werknemers in 2003 en 11 in 2004). Als bijvoorbeeld huisarts en medisch specialist zijn aangekruist is niet altijd is duidelijk naar wie de bedrijfsarts heeft verwezen. Voor de analyse van verschillen in verwijfspatronen tussen 2003 en 2004 hebben we verschillende codeerstrategieën toegepast. De uitkomsten zijn echter zeer vergelijkbaar.

De veranderingen in het verwijspatroon in 2004 ten opzichte van 2003 geven we hieronder weer voor de werknemers die één optie hebben aangekruist (in beide jaren meer dan 90% van de verwezen werknemers):

- huisarts: 0,43% van alle werknemers (was 0,46%);
- medisch specialist (excl. psychiater): 0,43% (was 0,37%);
- fysiotherapeut: 0,66% (was 0,52%);
- psychische zorgverlener (incl. psychiater): 1,34% (was 1,45%);
- overig: 0,25% (was 0,42%).

Geen van deze verschillen is significant.

Concluderend kunnen we stellen dat in 2004 het totaal aantal door de bedrijfsarts verwezen werknemers niet significant is veranderd ten opzichte van 2003.

Werknemers die worden verwezen konden in 2004 wat sneller terecht bij de zorgverlener waarheen ze waren verwezen dan in 2003. Verder vond 79% van de verwezen werknemers dat ze voldoende snel terechtkonden bij die andere zorgverlener.

9.2

Activiteiten gemeld vanuit de begeleidingscommissie

Leden van de begeleidingscommissie hebben de volgende activiteiten gemeld die bijdragen aan de implementatie van de verwijfsfunctie voor bedrijfsartsen.

CVZ. CVZ heeft een nieuwsbrief uitgebracht, invitationals/symposia georganiseerd, contacten met partijen onderhouden, een internet cursus ondersteund (nspoh) en reacties op verwijfsfunctie@cvz.nl geïnventariseerd.

NVAB

Oktober 2004	- Publicatie en presentatie Leidraad 'Verwijzen door de bedrijfsarts' - Workshop voor NVAB-Netwerk over verwijzen door de bedrijfsarts - berichten over het verschijnen van de Leidraad in Medisch Contact, CVZ Nieuwsbrief, Magazine van het Kennisnetwerk gezondheid en Arbeid
November 2004	- Artikel in TBV over de Leidraad - Workshop op het KNGF-congres voor fysiotherapeuten over verwijzen door en samenwerken met de bedrijfsarts
November 2004 t/m mei 2005	- Ontwikkeling van de publicaties 'Handreiking voor de huisarts bij de zorg voor werkende patiënten' (NHG-LHV-NVAB-uitgave, zie de websites van deze drie organisaties) en 'Bedrijfsarts en de eerste lijn' (NVAB-uitgave, zie website)
December 2004	- Overleg met STECR over implementatie van de Leidraad - Presentatie over verwijzen en samenwerken op Medwerk-bijeenkomst te Hilversum
Januari 2005	- Overleg met NSPOH over e-learningmodule over de verwijfsfunctie
Februari 2005	- Opstellen van concept-patiëntenbrief samen met BPV; deze brief wordt aan de patiënt meegegeven samen met de verwijfsbrief aan de hulpverlener
Maart t/m mei 2005	- pstellen van concept-brieven voor hulpverleners naar wie verwezen wordt; de hulpverlener ontvangt deze toelichtende brief samen met de verwijfsbrief
Juni 2005	- Vaststellen en publicatie van definitieve tekst voor de begeleidende brieven - Afronding implementatieproject verwijfsfunctie bedrijfsarts - Voorstel voor vervolgproject in samenhang met NVAB-Project 'De factor "arbeid" binnen de nieuwe ondersteuningsstructuren in de eerste lijn'

LHV. Vanuit de LHV zijn er diverse initiatieven geweest om de verwijfsfunctie bij de huisartsen onder de aandacht te brengen. voor een deel werd dit ingepast binnen projecten waarin de LHV participeerde, die tot doel hadden de samenwerking huisarts-bedrijfsarts te bevorderen. Een van die projecten draaide in ZO Brabant waar Het volgende werd ondernomen tav dit thema: 'Het kernteam 'Samenwerktbeter' heeft in samenwerking met de toenmalige DHV een symposium georganiseerd met als titel 'De bedrijfsarts verwijst; communicatie vereist!'. Tevoren had het Kernteam regionale richtlijnen opgesteld voor alle disciplines die met de verwijzing te maken zouden kunnen krijgen. De verwijfsfunctie en de richtlijnen kregen verder een plaats in het DKB-programma waarmee koppels van een huisarts en een bedrijfsarts naar Hagro's en DKB-groepen gingen om een avond scholing te verzorgen over de samenwerking huisarts-bedrijfsarts. Verder kreeg het onderwerp een plaats in andere gezamenlijke nascholingen, bijvoorbeeld over conflicten op het werk en RSI.

ZN. Door ZN is op diverse manieren bijgedragen aan de implementatie van de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts: het informeren/instrueren van de achterban/leden, publicatie in ZN-journaal, ontwikkeling checklist in samenwerking met BOA en VNO/NCW en een eigen domein "verwijfsfunctie bedrijfsarts" op de website www.zn.nl.

VVV. De eerlijkheid gebied te zeggen dat dit onderwerp voor de inkomensverzekeraars (nog) niet hoog op de agenda staat. Wel is er binnen het Verbond van Verzekeraars op gezette tijden aandacht voor het onderwerp. Met name in de Issuecommissie Zorg en Sociale Zekerheid. De achterban is indertijd via een circulaire op de hoogte

gebracht van de verwijfsfunctie en de mogelijkheden daarvan. Voorts is er ook in het bulletin Verzekerd op dit onderwerp ingegaan.

KNGF. Op het KNGF congres 2004 is in een lezing aandacht besteed aan het onderwerp. Verder is er in een publicatie in de FysioPraxis kort aandacht aan besteed. Tot slot is een bijdrage geleverd over fysiotherapie in een publicatie over de samenwerking met de bedrijfsarts (van Noks Nauta).

GGZ Nederland. GGZ Nederland heeft aandacht gegeven aan de invoering van de verwijfsfunctie via GGZ Direct (Nieuwsbrief voor directieleden) en www.ggzkennisnet.nl.

Bijlage 1: De begeleidingscommissie

Leden van de begeleidingscommissie

Organisatie	Persoon
KNMG	Mw. drs. M.H.H. (Marjolein) Bastiaanssen
FNV	Dhr. dr. H.F. (Henk) van der Velden
ZN	Dhr. drs. A.L.J.E. (Armand) Martens
BOA	Dhr. drs. L.W.J.P (Paul) de Wit
NVAB	Dhr. drs. E.P. (Ernst) Harderwijk
LHV	Mw. drs. M. (Marijke) Nelissen
AWVN	Dhr. R.W.P.A.M. (Ronald) de Leij
VVV	Dhr. drs. S. (Sietze) Rozema
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 KvL 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.

Bijlage 2: De perceptie van werkgevers

Inleiding

Het deelproject 'De mening van werkgevers' betreft het kwantitatieve onderzoek onder werkgevers, naar hun perceptie van de verwijfsfunctie. Als bron is hiervoor het jaarlijkse onderzoek Arbodienstenmonitor gebruikt dat door Intomart wordt uitgevoerd in opdracht van MarketConcern. Bij de eindmeting februari 2005 zijn er naast de vragen over de verwijfsfunctie die onderdeel uitmaakte van de nulmeting, nog drie extra vragen toegevoegd, omdat die nu pas relevant zijn.

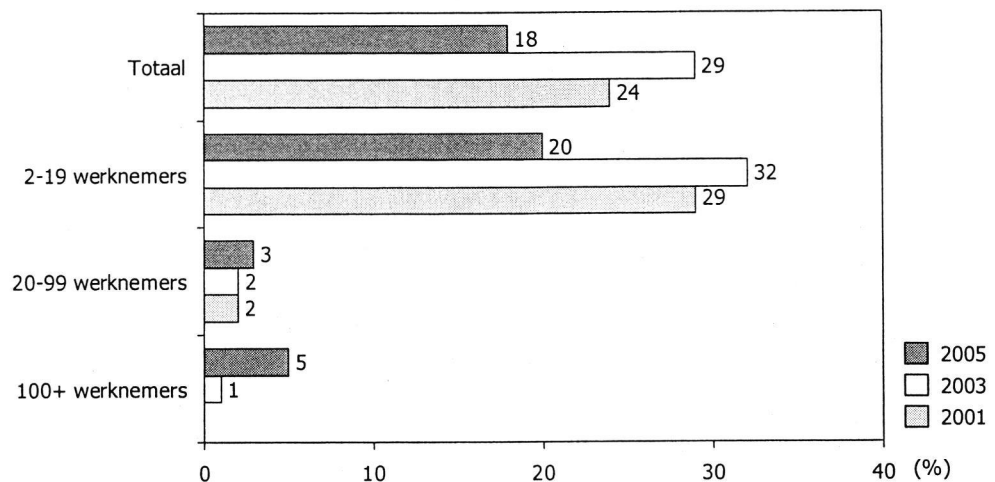
Werkgevers zijn op verschillende manieren betrokken bij de verwijfsfunctie. In de eerste plaats zijn ze als werkgever verantwoordelijk voor de loondoorbetaling bij ziekte. Kleine werkgevers hebben dit vaak verzekerd, grote zijn over het algemeen eigenrisicodragers. In de tweede plaats zijn zij als premiebetaler betrokken bij de financiering van de reguliere zorg. Indien deze niet gericht is op adequate zorg en tijdige werkherleving betekent dit extra kosten vanwege loondoorbetaling en evt. vervangingskosten. In de derde plaats worden werkgevers vaak (met succes) gevraagd om begeleidingstrajecten in de buitenreguliere zorg aanvullend te financieren omdat juist daar wel adequate en tijdige zorg aangeboden wordt, het MKB is hiervoor veelal (70%) verzekerd via hun verzuimverzekeraar.

Voor grote werkgevers (meer dan 100 personeelsleden in dienst) geldt dat zij veelal eigen risicodragers zijn en daarom zijn bij deze groep de effecten van veranderingen in de kosten van zorg en loondoorbetaling (bij gebrek aan een verzekeraar) ook alleen bij die werkgevers zelf te meten.

Uit de Arbodienstenmonitor 2005 blijkt dat in 2004 een groei is ontstaan in het MKB (van 62 naar 70%) om zich te verzekeren tegen loonschade als gevolg van arbeidsuitval in de eerste twee jaar van ziekte. Binnen de polisvoorwaarden worden ze daarbij voorzien van een arbodienst. Vaak gaat het om een arbodienst uit het eigen huis van de verzekeraar. Het verzuim is in die periode echter afgenomen, waardoor bij grotere bedrijven minder vaak een beroep is gedaan op de arbodienst. De arbodiensten hebben daardoor een terugloop gehad in hun omzet en hebben dat deels weten te repareren door een betere prestatie te leveren. Dit alles heeft ertoe geleid dat de animo om per 1 juli 2005 de relatie met de arbodienst af te bouwen sterk is verminderd. Wat wel zichtbaar wordt is dat bedrijven hun verzuimbeheer steeds meer in eigen hand nemen en daarbij dus minder een beroep doen op de arbodienst.

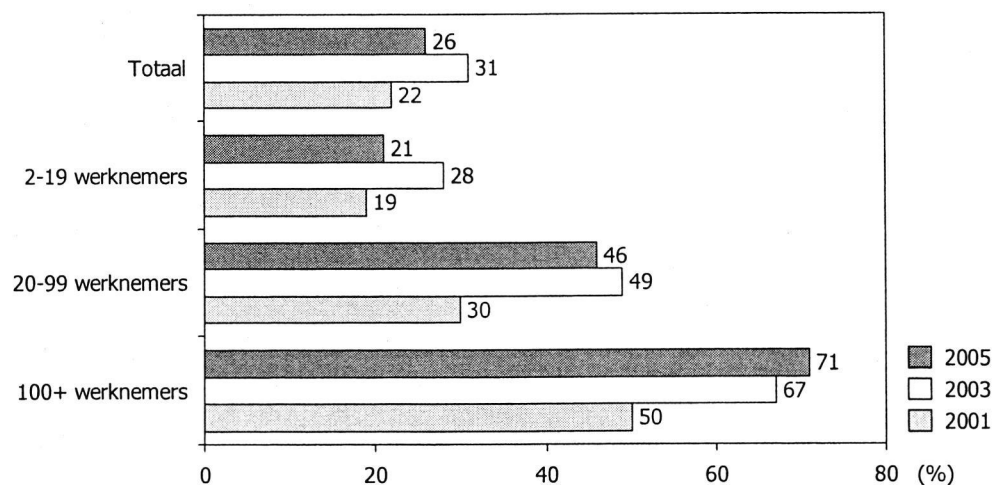
De algemene interesse in Nederland voor arbeidsomstandigheden onder werkgevers

Uit de Arbodienstenmonitor 2005 blijkt, evenals in 2003, dat de interesse voor arbeidsomstandigheden een relatie vertoont met de grootteklasse van bedrijven. Bedrijven zonder arbodienst bevinden zich met name in het kleine MKB en dat aantal loopt terug nu het risico van verzuimschade zich vergroot heeft van 1 naar 2 jaar. Grote bedrijven hebben vrijwel allemaal een (externe) arbodienst. Onderstaande figuur (fig. 1) laat zien dat vrijwel uitsluitend kleine bedrijven geen arbodienst inhuren en dat dit aantal terugloopt.



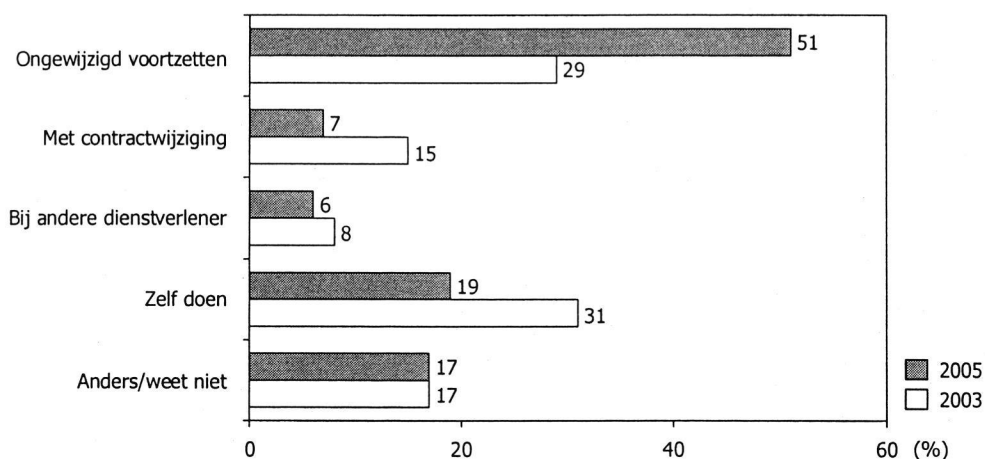
Figuur 1 Percentage organisaties zonder arbodienst (naar grootteklasse)

De waardering voor arbodiensten wordt in Nederland te nadrukkelijk gezien vanuit de perceptie van 'alle' werkgevers, waarbij de stem van kleine werkgevers, die weinig met de verplichtstelling van arbodiensten op hebben, doorklinkt. Gesteld kan worden dat naar mate een bedrijf zelf meer visie en beleid ontwikkelt op het terrein van arbeidsomstandigheden, de acceptatie en waardering van een arbodienst toeneemt. In figuur 2 zijn werkgevers gevraagd naar de invloed die ze arbodiensten toedichten op hun verzuim. Hierin bestaat een duidelijke relatie naar grootte, waarin grote bedrijven deze invloed onderkennen en kleinere nauwelijks.



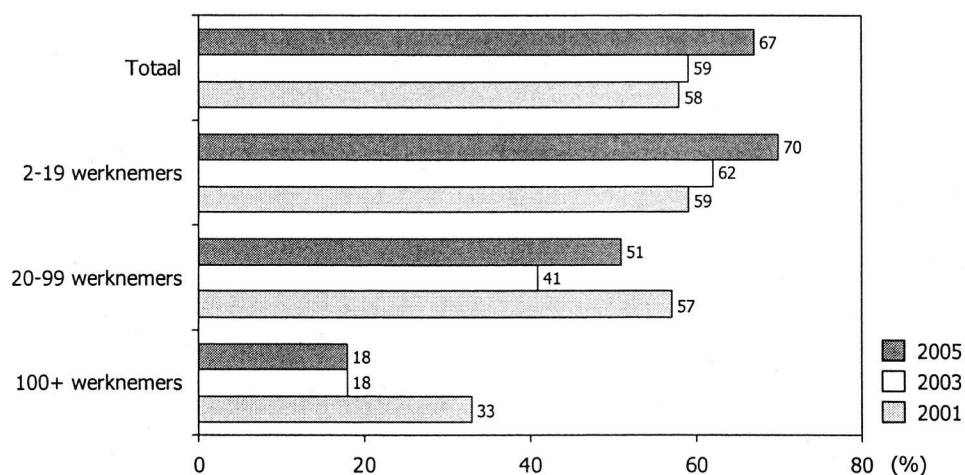
Figuur 2 Percentage organisatie dat arbodienst positieve invloed toedicht op het verzuim (naar grootteklasse)

In het afgelopen jaar (2004) is er een wezenlijke omslag ontstaan in de mate waarin werkgevers na 1 juli 2005 de relatie met de arbodienst zien. Gevraagd is of men na 1 juli 2005 het contract met de arbodienst continueert (fig. 3). Ruim de helft van de bedrijven zegt nu dat ze deze relatie continueren, dus aanzienlijk meer dan een jaar geleden. Hiervoor zijn drie oorzaken aan te wijzen. Vorig jaar was het vooral het kleine MKB dat het voornemen uitsprak zonder arbodienst verder te gaan, zich niet realiserend dat de randvoorwaarden dat onwaarschijnlijk maakte.



Figuur 3 Wijze van voortzetten contract met arbodienst na de liberalisering arbomarkt per 1-7-2005 (gewogen naar werkgevers)

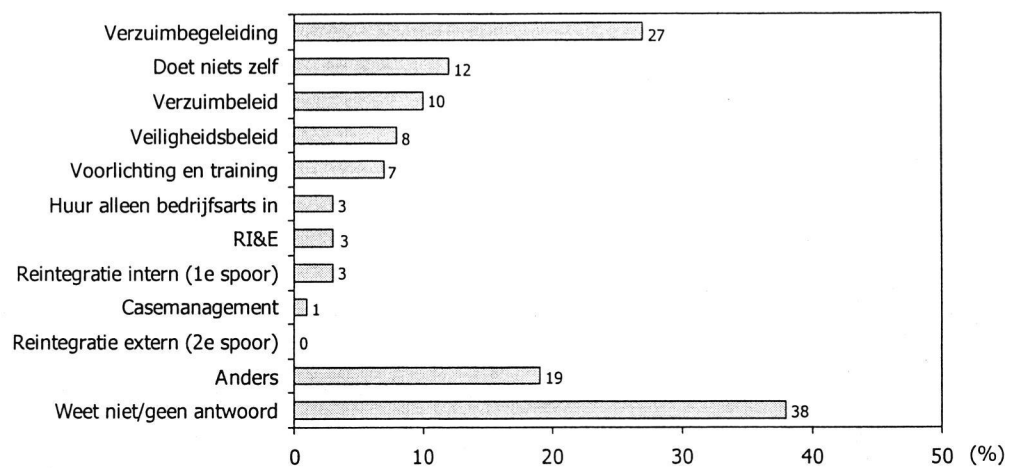
Inmiddels heeft een belangrijk deel van dit MKB (fig. 4) zich verzekerd tegen de extra risico's van loonschade (van 1 naar 2 jaar) en via deze verzekeraars een polis genomen inclusief arbodienstverlening.



Figuur 4 Penetratie verzuimverzekeringen (naar grootteklasse, gewogen naar werkgevers)

Daarnaast zijn er nog twee andere relevante redenen dat men de relatie bestendigt. De arbodiensten hebben onder druk van de teruglopende omzet veel meer aandacht besteed aan het leveren van een betere prestatie. De gemiddelde waardering van klanten steeg daarmee van 6,2 (Arbodienstenmonitor 2003) naar 6,7 (Arbodienstenmonitor 2005). Tenslotte bleek uit dit onderzoek dat de veelheid aan wettelijke veranderingen een hoge mate aan onzekerheid heeft geschapen, waardoor werkgevers voorlopig een pas op de plaats maken.

Van het beperkte deel dat zegt de relatie met de arbodienst aan te passen, gebruikmakend van de mogelijkheden na 1 juli 2005, blijkt men dit toch vooral te zoeken in de verzuimbegeleiding (fig. 5). Slechts een beperkt deel heeft nu al de intentie uitsluitend een bedrijfsarts in te huren.



Figuur 5 Wat gaat de werkgever zelf doen met de liberalisering arbomarkt per 1 juli 2005 (naar grootteklasse, gewogen naar werkgevers)

Bijlage 3: Persoonskenmerken melders LMA

Tabel A: persoonskenmerken van de melders, uitgesplitst naar de eerste en tweede helft van 2004

Vraag	1 ^{ste} helft '04	2 ^{de} helft '04	Helpdesk- '04	Internet '04	Totaal '04
Geslacht					
Man (%)	36	19	26	32	30
Vrouw (%)	64	81	74	68	70
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	69	42	39	72	111
Leeftijd					
15-25 (%)	1	2	2	2	2
26-35 (%)	16	33	24	22	23
36-45 (%)	43	31	50	32	38
46-65 (%)	40	33	24	44	37
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	68	42	38	72	110
Opleiding					
Lager (%)	20	12	8	22	17
Middelbaar (%)	39	48	46	40	42
Hoger (%)	41	40	46	38	41
Totaal (%)	100	100	100	100	100
Totaal (aantal meldingen)	69	42	39	72	111

Bijlage 4: Toelichting bij LMA meldingen

Onafhankelijkheid van de bedrijfsarts

- Wanneer ik de gelegenheid kreeg om uit te leggen wat ik zelf denk dat ik heb, heb ik gezegd dat ik denk dat ik last heb van een burn-out. Daarop vraagt de huisarts mij of ik soms psychologie heb gestudeerd. Vervolgens leg ik uit dat mijn partner psychologie heeft gedaan en een vriendin werkt als reïntegratieadviseur en beide aangaven dat ik last heb van een burnout (overspannen). Verder in het gesprek refereert de bedrijfsarts op voorgaande door te zeggen "je moet niet te veel naar je psychologische vriendjes luisteren". Verder luistert hij niet naar mijn klachten. Ik heb tijdens de vakantie op X [Buitenland] in het ziekenhuis gelegen. De informatie die ik uit X heb meegekregen heeft hij niet naar gevraagd. Ik heb last van een hoge bloeddruk, deze is niet door hem opgenomen en gecontroleerd. Tevens heb ik van mijn werkgever een vragenlijst gekregen en in moeten vullen, daar is ook niet naar gevraagd en gekeken. De arts komt al vrij snel met het voorstel, als je dat al zo kan noemen, dat ik halve dagen moet gaan werken. Hij heeft totaal geen oog gehad voor mijn klachten. Ik gaf nog aan tegen welke problemen ik aanloop op het werk. Mijn contract wordt per 1 december verlengd, door mijn afwezigheid is deze nog niet door mij getekend. De bedrijfsarts geeft aan dat ik van het niet tekenen maar dankbaar gebruik moet maken en maar moet stoppen. Volgens mij is dat niet echt een constructieve manier om een werknemer weer beter te maken. Dit lijkt erg op een samenspel van mijn werkgever en de bedrijfsarts. Wanneer je in het bedrijf klaagt wordt als snel aangegeven dat je er niet hoeft te werken. Bij mijn bedrijfsarts heb ik niet het idee gehad dat hij erg objectief is geweest en alleen oog voor de werkgever heeft gehad.

Afstemming

- inhoud medisch dossier onjuist: had verkeersongeluk gehad, maar volgens arbo had ik ook last van burnout/post traumatische stress stoornis. Volgens mijn coach (werk) en de maatschappelijk werkster (verwijzing arbo-arts) was daar geen sprake van.
- Vanaf 1 maart ben ik ziek gemeld met een hielspoorontsteking. Ik ben kraamverzorgster en kon niet lopen. Ik heb uitsluitend telefonisch contact gehad met de arbodienst (geen arts, alleen een consulente of zo). Ik moest wel één keer bij de arbodienst komen voor een onderzoek bij een fysiotherapeut. Die heeft me medische fysiotherapie aangeraden en via de huisarts ben ik daar ook terecht gekomen. Het plan van aanpak is opgesteld door de werkgever en moest ik ondertekenen, daarna is het naar de arbodienst gegaan. Een arbo-arts heb ik dus nooit gezien of gesproken. Is dat normaal? En dat er zo weinig onderlinge samenwerking is tussen die functionarissen? Verder zei de medische fysiotherapeut dat ik zo min mogelijk moest lopen maar wel veel moest fietsen in verband met mijn conditie. Toen zei die arboconsulente: "O, dan kun je wel weer beginnen". Ik ben toen weer gedeeltelijk aan de gang gegaan. En nu werk ik 50% tegen loonwaarde en 50% op arbeidstherapeutische basis. Het komt neer op vier uur per dag gewoon in de kraamverzorging. Alleen. Klopt dat wel? Ik moet de vaders vragen om de baby de trap op te dragen of een blad met koffie naar boven te dragen. En na de vakantie willen ze dat ik me weer volledig beter meld. Terwijl mijn voet er door dat werken niet beter op is geworden. Wat kan ik doen?

Bejegening (ondersteuning/advisering)

- Ik zit nu al 8 maanden in de ziektewet met rugklachten. geen enkel advies ontvangen van de bedrijfsarts, hij heeft tot nu toe niets voor me gedaan, ik bepaal zelf wat en hoeveel ik wil werken. Toen ik na 3 maanden vroeg hoe het verder moest als het niet beter met mij ging was zijn antwoord dat ik dan eerst eens 1 jaar verder moest zijn. Toen na 8 maanden bleek dat ik niet verder kwam met mijn rugklachten heb ik contact opgenomen met rugpoli X. En toen ik hem dat vertelde verwijst hij me opeens door naar de bedrijfsfysiotherapeut, omdat ik er volgens hem aan onderdoor ga. Ik snap niet wat ik bij de bedrijfsarts moet doen, ik moet toch alles zelf oplossen en achteraan gaan.
- Ik heb te maken met twee werkgever en dus twee arbodiensten. Bij de eerst geen problemen maar der tweede luistert vanaf het begin slecht. Wilde ook geen contact met arts van de eerste arbo. In het eerste jaar geen plannen van aanpak of probleemanalyses gemaakt, na berisping van UWV werd er ineens aangedrongen ook bij hun aan het werk te gaan. In het eerste jaar had mijn werkgever twee maal geprobeerd mij te ontslaan op grond van niets dus dat werd teruggedraaid. Herhaaldelijk heb gemeld dat ik geen contact had met werkgever en gevraagd of arbodienst mij hierbij kon helpen. Geen reacties. Wel merkte ik aan bepaalde info dat mijn werkgever ook contact had over mij met de bedrijfsarts. Na precies een jaar werd ik beter gemeld en na second opinion bij UWV weer ziek. Andere bedrijfsarts toegewezen gekregen. Hier begon alles van voor af aan dus gesprek met leidinggevende gehad over klacht. Eindelijk werd er naar me geluisterd en werd geadviseerd over doorsturen naar revalidatiecentrum. Maar contact met de werkgever is er nog steeds niet en excuses heb ik niet gekregen. Het verhaal is nog niet ten einde.

Positief

- Ik ben heel tevreden over de arbodienst. Die heeft me doorverwezen naar een psycholoog. Die persoon wist echter niets van burn-out. Na een gesprek met de arboarts ben ik doorverwezen naar een psycholoog die er wel veel van wist en die heeft me enorm goed geholpen en heel veel instrumenten aan de hand gedaan.

Bijlage 5: De gebruikte registraties

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 verwijzpatroon van bedrijfsartsen. Met name in 2005, wanneer mogelijk verschuivingen in verwijzingen worden gemeten, zal dit een belangrijke rol spelen.

5. *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.

Bijlage 6: Toelichting koppelingsprocedure deelproject 'Verschuivingen in het verwijfspatroon'

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.

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.

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%

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

