

TNO-rapport
PG 97.021

De huisarts en de relatie Chronisch zieken - arbeid

TNO Preventie en Gezondheid
Divisie Collectieve Preventie

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 5 18 18 18
Fax 071 5 18 19 20

auteurs:
W. Davidse
AMJ Chorus
RJM Perenboom

datum:
juli 1997

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

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

© 1997 TNO



Davidse, W

ISBN 90-6743-489-2

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr.
99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 97.021

INHOUD	pagina
1. INLEIDING	1
1.1 Aanleiding tot het onderzoek	1
1.2 Doelstelling van het onderzoek	2
1.3 Opbouw van de rapportage	2
2. OPZET VAN HET ONDERZOEK	3
2.1 Keuze voor huisartsen	3
2.2 Keuze van de aandoeningen	3
2.3 Relevante literatuur	5
2.4 De vragenlijst	6
2.5 Steekproeftrekking	8
3. RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE ONDER HUISARTSEN	9
3.1 Respons	9
3.2 Algemene gegevens deelnemende huisartsen	10
3.3 Werk- en thuissituatie in het algemeen	11
3.4 Contacten met bedrijfsartsen en adviezen	14
3.5 Status na hartinfarct	16
3.6 Diabetes mellitus, type II	18
3.7 Chronisch rugpijn	19
3.8 CARA	20
3.9 Overspannenheid	21
3.10 Migraine	23
3.11 De aandoeningen vergeleken	24
3.12 Jeugdige patiënten en beroep	26
3.13 Opvattingen van huisartsen	27
4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	29
4.1 Conclusies algemee	29
4.2 Enkele conclusies uit het onderzoek	30
4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	31

	pagina
LITERATUUR	35
BIJLAGEN	39
SAMENVATTING	57

1. INLEIDING

In dit inleidende hoofdstuk worden de aanleiding tot het onderzoek en de doelstelling beschreven. Vervolgens de opbouw van deze rapportage weergegeven.

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Chronische ziekten nemen een steeds belangrijker plaats in de activiteiten van de curatieve sector in. Veel meer dan bij acute ziekten spelen bij chronische aandoeningen de gevolgen een rol (beperkingen en handicaps) een rol. Behandelend artsen, in het bijzonder de huisarts, en andere hulpverleners krijgen daar in toenemende mate mee te maken. Een van de aspecten die van belang zijn bij patiënten met chronische aandoeningen, zijn het werk en eventuele problemen daarmee.

Van verschillende zijden is de laatste jaren meermalen het standpunt naar voren gebracht dat de curatieve sector meer dan in het verleden een belangrijke rol zou moeten gaan spelen bij de preventie van en de sociaal-medische begeleiding bij problemen met/op het werk in het algemeen en ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in het bijzonder.

Momenteel bestaat er geen systematisch inzicht in de aandacht die behandelaars schenken aan de arbeidssituatie van chronische patiënten. In de nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisarts praktijk is in de deelnemende praktijken geregistreerd welk werk patiënten doen (Foets & Van der Velden, 1991; NIVEL, 1993). Deze studie levert evenwel geen informatie op over problemen die zich daarbij kunnen voordoen en wat huisartsen aan die problemen kunnen doen. Hetzelfde geldt voor ander onderzoek in de huisarts praktijk, waaruit bleek dat het werk slechts in beperkte mate wordt geregistreerd (De Melker et al., 1994). Zoals vermeld zegt het registreren van het beroep van patiënten nog niet zoveel over de aandacht die individuele huisartsen schenken aan het werk en eventuele problemen met/op het werk. Het door de NCCZ uitgebrachte rapport over de arbeidsmarktpositie van chronisch zieken bevat geen informatie over de aandacht voor werk door behandelaars (Wevers et al., 1993). Een uitzondering wordt gevormd door het inventariserend onderzoek naar RIAGG en werk (Bijl et al., 1994). Het ontbreken van een overzicht van de wijze waarop behandelaars in de gezondheidszorg omgaan met het werk en problemen daarmee in relatie tot chronische aandoeningen vormde voor TNO-PG aanleiding dit project te starten.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is tweeledig:

- het krijgen van antwoord op de vraag of en op welke wijze de curatieve sector aandacht schenkt aan de werksituatie van patiënten met chronische aandoeningen.
- het verkrijgen van inzicht in knelpunten die zich daarbij voordoen.

Sommige actuele vragen, zoals betreffende de invloed van wachtlijsten/wachttijden op de snelheid van werkherleving en dergelijke, kunnen niet door een onderzoek als het onderhavige worden beantwoord en zijn dan ook buiten beschouwing gelaten.

Het onderzoek is toegespitst op de situatie van patiënten met een aantal belangrijke chronische aandoeningen, die als voorbeeld kunnen worden beschouwd. De gegevens zijn verzameld door middel van een vragenlijst die naar huisartsen is verstuurd. In hoofdstuk 2 wordt de opzet verder beschreven.

1.3 Opbouw van de rapportage

In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van het vragenlijstonderzoek dat onder huisartsen is gehouden. In hoofdstuk 4 tenslotte worden enkele conclusies getrokken. Bovendien worden aanbevelingen gedaan voor het vervolgtraject.

2. OPZET VAN HET ONDERZOEK

In dit tweede hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde de keuze van huisartsen, de in het onderzoek te betrekken aandoeningen, de methode van onderzoek (vragenlijst) en tenslotte de steekproeftrekking.

2.1 Keuze voor huisartsen

In het vorige hoofdstuk werd gesproken van curatief werkende artsen. Tijdens de uitwerking van het onderzoeksvoorstel is ervoor gekozen het onderzoek (in eerste instantie) te richten op huisartsen. In een vervolgproject zouden dan ook andere curatief werkende hulpverleners erbij betrokken kunnen worden.

Voor huisartsen is gekozen omdat zij een centrale rol spelen in de gezondheidszorg en omdat binnen de beroepsgroep van huisartsen vaak wordt gesteld dat de huisarts een duidelijke taak heeft met betrekking tot problemen met/op het werk (Sietsma & ten Berge 1995).

2.2 Keuze van de aandoeningen

Hoewel het mogelijk is huisartsen vragen te stellen over chronische ziekten in het algemeen is ervoor gekozen de vragenlijst toe te spitsen op een aantal specifieke chronische ziekten. Dit is gedaan om het onderwerp voor de te enquêteren behandelaars minder abstract en daarmee tastbaarder te maken. De te selecteren ziekten kunnen beschouwd worden als voorbeeld-ziekten.

Bij de keuze zijn enkele criteria gehanteerd:

- de aandoeningen dienen algemeen als chronisch te worden beschouwd;
- er moet sprake zijn van aandoeningen met een niet te lage prevalentie in de huisarts praktijk (zeldzame aandoeningen blijven dus buiten beschouwing);
- het moeten herkenbare aandoeningen zijn voor huisartsen en het moet aandoeningen betreffen waarbij huisartsen een rol kunnen spelen in de behandeling;
- van belang is ook de leeftijd waarop chronische aandoeningen zich manifesteren. Aandoeningen die in overwegende mate voorkomen op een leeftijd waarop men niet meer in het arbeidsproces zit, zijn buiten beschouwing gelaten. Als voorbeeld kan genoemd worden de ziekte van Parkinson.

- het reeds bij TNO-PG bekend zijn van informatie over de arbeidssituatie, verkregen van patiënten. TNO-PG doet ander onderzoek naar bepaalde ziekten (kanker, MS, bewegingsapparaat, diabetes mellitus). Het kan interessant zijn in een later stadium van het onderzoek of tijdens het vervolgtraject de in dit project verkregen informatie te vergelijken met andere verzamelde of te verzamelen gegevens.

Op grond van genoemde criteria en het bestand van de eerder vermelde Nationale Studie werd de volgende voorlopige selectie gemaakt:

- kanker van de dikke darm
- hartinfarct
- diabetes mellitus
- artrose en/of lage rugpijn
- CARA
- één of enkele psychische ziekten.

Ziekten waarnaar door TNO-PG reeds onderzoek is verricht in de vorm van patiëntenenquêtes maar die moesten afvallen vanwege de lage prevalentie zijn MS en nierinsufficiëntie.

Na gesprekken met enkele huisartsen is de definitieve selectie gemaakt. Kanker van de dikke darm viel af omdat deze ziekte meestal optreedt op een leeftijd waarop men niet meer werkzaam is en omdat de behandeling zich vrijwel uitsluitend in de tweedelijns afspeelt. Toegevoegd werd migraine.

De definitieve selectie ziet er als volgt uit:

- (status na) hartinfarct
- diabetes mellitus, type II
- lage rugpijn
- CARA
- overspannenheid
- migraine

Het begrip 'chronisch' wordt ruim opgevat. Lage rugpijn is meestal van kortdurende aard; hier gaat het om langer bestaande danwel recidiverende lage rugpijn. Hetzelfde geldt min of meer voor overspannenheid.

2.3 Relevante literatuur

Voorafgaande aan het ontwikkelen van de vragenlijst is een literatuursearch gedaan naar de relatie tussen chronische ziekten en het werk. Daarbij ging het niet zozeer om epidemiologisch getoonzette noch om zuiver medisch artikelen, maar om de vraag wat het beleid van behandelend artsen in deze is. Zeer weinig publikaties bleken bruikbaar voor de ontwikkeling van de vragenlijst in dit onderzoek. Een aantal publikaties heeft betrekking op de arbeidsmarktpositie van chronisch zieken (bijvoorbeeld Wevers et al., 1993; NCCZ, 1995; Van Elderen et al., 1995; Nijhuis et al., 1995). Veel publikaties hebben betrekking op de relatie tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen/verzekerings geneeskundigen; deze publikaties zijn meestal opiniërend van karakter en bevatten weinig tot geen directe aanknopingspunten voor de vragenlijst.

Een goede samenwerking, al dan niet met het intact laten van de scheiding tussen behandeling en controle, wordt bepleit in een aantal publikaties (genoemd kunnen worden onder andere Van Dijk & Hogervorst, 1991; Cuijpers et al., 1992; Sietsma & Ten Berge, 1995; Visch, 1994; Post, 1994; Van den Haak, 1994; Prins & Koster, 1996). Ook staat in een aantal artikelen het beroepsgeheim en hoe dat te respecteren centraal (zie bijvoorbeeld KNMG, 1995I).

Weer andere publikaties hebben betrekking op relevante maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het ontstaan van bedrijvenpoli en de wijziging en later afschaffing van de ziektewet (KNMG, 1994; Oosterling-Schiereck, 1994; KMNG, 1995II; Lanphen, 1995).

De laatste categorie publikaties die niet direct relevant zijn voor dit onderzoek betreffen meer epidemiologisch getint onderzoek in de huisarts praktijk (NIVEL, 1991; Foets & Van der Velden, 1990; Hofmans-Okkes, 1994; Van de Velden et al., 1995).

Een potentiële bron van informatie wordt gevormd door de Standaarden die het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) uitbrengt. Deze Standaarden bevatten concrete richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling/begeleiding. Over de meeste van de geselecteerde aandoeningen is inmiddels een NHG-Standaard uitgebracht (Bartelink et al., 1993; Bottema et al., 1993; Cromme et al., 1993; Dirksen et al., 1993; Van der Waart et al., 1993; Markwijk et al., 1994; Rutten et al., 1994; Faas et al., 1996). Geen van deze Standaarden bevat voor de ontwikkeling van de vragenlijst nuttige informatie over de relatie chronische aandoeningen - werk.

Van belang is dat in een onderzoek in huisarts praktijken onder arbeidsongeschikte patiënten bleek dat werkadviezen relatief weinig werden gegeven door de huisarts (Blanken et al., 1994). Voorts bleek, uit

een proefschrift uit 1986, dat in relatief veel gevallen van ziekteverzuim de huisarts daar niet van op de hoogte was (Groothoff, 1986). Het is mogelijk dat de situatie sindsdien veranderd is.

2.4 De vragenlijst

Als laatste onderdeel van de eerste fase van het onderzoek is een vragenlijst voor huisartsen ontwikkeld. Ter voorbereiding hiervan is informatie verkregen uit verschillende bronnen: bestaande literatuur, voor zover relevant (zie vorige paragraaf), gesprekken met huisartsen, bedrijfsartsen, medewerkers uit de kring van het beleid en patiëntenverenigingen).

De ontwikkelde vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen (in het volgende hoofdstuk worden de resultaten in deze volgorde gerapporteerd):

1. *Achtergrond vragen.*

Gevraagd is naar:

- leeftijd van de respondent;
- geslacht van de respondent;
- praktijkvorm;
- aantal huisartsen in duo- en groepspraktijken;
- de regio waarin men werkt;
- praktijkomvang;
- hoe lang men al praktizerend huisarts is.

2. *Algemene vragen over chronische ziekten.*

De volgende vragen zijn hier gesteld:

- hoe vaak komen de thuissituatie en het werk ter sprake in contacten met patiënten?
- wie neemt het initiatief daartoe?;
- bij welk deel van de patiënten komt het werk ter sprake?;
- hoe vaak hebben patiënten een zekere schroom om over het werk te praten en wat zijn hiervan de redenen?;
- hoeveel keer is er contact geweest met de bedrijfsarts en op wiens initiatief*?;

* Aan dit aspect wordt maar in beperkte mate aandacht geschonken, omdat juist ten aanzien van de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding reeds een ander onderzoek was gestart en inmiddels afgerond (Van Amstel & Buijs, 1997). Om deze reden komt in onderhavig onderzoek de gegevensuitwisseling tussen huisartsen en bedrijfsartsen in het algemeen en de KNMG-code daaromtrent verder niet aan de orde.

- hoe vaak zijn adviezen gegeven en hoe doen de huisartsen dat?;
- spelen chronische aandoeningen bij jeugdige patiënten een belangrijke rol bij de keuze van beroep en werkzaamheden en wat kunnen huisartsen daaraan bijdragen?.

3. *Vragen over de afzonderlijke aandoeningen.*

Hier gaat het om de volgende punten:

- bij alle aandoeningen is gevraagd wiens taak het primair is om in de praktijk van alledag de patiënt te adviseren over werkhervatting, danwel het werkaspect te betrekken in de behandeling/begeleiding;
- de overige vragen verschillen per aandoening; ze betreffen het beleid dat huisartsen kunnen voeren ten aanzien van de relatie tussen de betreffende aandoening en het werk. Veelal zijn dit open vragen;
- ten aanzien van chronische lage rugpijn en overspannenheid is gevraagd of er in de behandeling/begeleiding van patiënten verschil wordt gemaakt tussen degenen die betaald werk doen en degenen die dat niet doen.

4. *Meningsvragen.*

Over een aantal aspecten van de relatie chronische ziekten en werk zijn enkele stellingen geformuleerd. De huisartsen konden aangeven in hoeverre zij het daar mee eens of oneens zijn. In de stellingen zijn de volgende aspecten opgenomen:

- de aandacht die men schenkt aan het werkaspect van chronische patiënten;
- de invloed die men al dan niet denkt te kunnen uitoefenen op niet-medische zaken;
- de behoefte aan bijscholing over de consequenties van chronische aandoeningen voor het werk van patiënten;
- de vraag of bedrijfsartsen de laatste tijd de belangen van werkgevers laten prevaleren boven die van chronische patiënten (de laatste tijd heeft betrekking op de situatie na de stelselherziening; de eventuele gevolgen van afschaffing van de ziektewet speelden ten tijde van de enquête nog niet);
- de vraag of in contacten met niet-chronische patiënten het werk vaker aan de orde komt dan bij chronische patiënten;
- wat men vindt van faciliteiten als een avondspreekuur.

2.5 Steekproeftrekking

Voor het trekken van een steekproef is gebruik gemaakt van het gegevensbestand van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hieruit een aselechte steekproef getrokken van 625 artsen die geregistreerd staan als huisarts.

Omdat het IGZ-bestand ook artsen omvat die weliswaar geregistreerd huisarts zijn, maar nog niet of niet meer gevestigd of werkzaam (en dit aantal is vrij hoog), zijn deze gegevens gecontroleerd met behulp van het geneeskundig adresboek en de CD-foongids. Artsen die in de laatste bronnen niet voorkwamen zijn verwijderd; hoewel niet is bijgehouden hoeveel artsen dit betrof, ging het om een vrij groot aantal. In hun plaats zijn andere huisartsen (aselect) geselecteerd uit het IGZ-bestand.

3. RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE ONDER HUISARTSEN

Zoals in het vorige hoofdstuk werd vermeld is er, teneinde de vragen concreter te maken, voor gekozen een aantal chronische ziekten als voorbeeld te nemen: (status na) hartinfarct, diabetes mellitus type II, langer bestaande, danwel recidiverende lage rugpijn, CARA, overspannenheid en migraine.

Na enkele opmerkingen over de respons wordt begonnen met het weergeven van de resultaten voor zover deze betrekking hebben op de algemene vragen. Daarna komen afzonderlijke aandoeningen aan bod, waarna in een aparte paragraaf de verschillende aandoeningen op enkele punten worden vergeleken. Vervolgens wordt besproken of en op welke wijze huisartsen werkaspecten bij jeugdige personen aan de orde stellen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de reactie van de deelnemende huisartsen op een aantal opiniërende vragen.

Zoals uit de tabellen zal blijken is een aantal vragen niet beantwoord door alle deelnemende huisartsen. Dit wordt niet apart per tabel aangegeven. De percentages hebben betrekking op het aantal huisartsen dat de betreffende vraag heeft beantwoord, tenzij anders wordt aangegeven.

3.1 Respons

Van de 625 benaderde huisartsen hebben er 136 (22%) de vragenlijst ingevuld. Daarnaast hebben 178 huisartsen de vragenlijst teruggestuurd met alleen de algemene gegevens ingevuld (leeftijd, geslacht, werkgebied en praktijkvorm en -omvang).

Van de totale groep van 625 benaderde huisartsen is alleen het geslacht en de leeftijd bekend (deze gegevens zitten in het IGZ-bestand). Tussen respondenten en niet-respondenten is geen verschil wat betreft geslacht. Er is wel een significant verschil in leeftijd; de respondenten zitten relatief vaker in de leeftijdsklasse 30-39 jaar en zijn daarmee iets jonger dan de niet-respondenten.

Tussen de 136 huisartsen die de (hele) vragenlijst hebben ingevuld en de 178 huisartsen die alleen de algemene gegevens hebben geleverd, bestaat geen significant verschil wat betreft leeftijd, geslacht, werkgebied, praktijkvorm en praktijkomvang.

Concluderend kan gesteld worden dat de respons laag is en dat er sprake is van een verschil in leeftijd

tussen de respondenten en de niet-respondenten. Dit heeft twee gevolgen voor het onderzoek. De eerste is dat de uitkomsten niet gegeneraliseerd kunnen worden. En in de tweede plaats is gekozen voor een eenvoudige analyse van het gegevensbestand. Het inventariserende karakter van het onderzoek verzet zich daar overigens ook niet tegen.

3.2 Algemene gegevens deelnemende huisartsen

In tabel 1 wordt de verdeling van de leeftijd van de deelnemende huisartsen weergegeven.

Tabel 1 Leeftijdverdeling van de deelnemende huisartsen

leeftijd	aantal	percentage
30-39	40	30%
40-49	67	50%
50-59	21	16%
≥ 60	6	4%

Van de huisartsen is 87% man (n=117), 13% vrouw (n=17).

In de volgende tabel worden gegevens over de praktijkvorm van de deelnemende huisartsen gepresenteerd.

Tabel 2 De praktijkvorm van de deelnemende huisartsen

praktijkvorm	aantal	percentage
solopraktijk	69	52%
duopraktijk	38	29%
groepspraktijk	26	19%

Tabel 3 bevat informatie over het gebied waar de deelnemende huisartsen werkzaam zijn.

Tabel 3 Het werkgebied van de deelnemende huisartsen

werkgebied	aantal	percentage
platteland	50	37%
stedelijk < 100.000	48	36%
grote stad > 100.000	36	27%

De praktijkomvang per huisarts wordt weergegeven in de volgende tabel. In geval van een groepspraktijk is het gemiddelde aantal patiënten per huisarts genomen.

Tabel 4 De praktijkomvang (aantal patiënten per huisarts) van de deelnemende huisartsen

aantal patiënten	aantal huisartsen	percentage
0-1500	26	19%
1500-2000	23	17%
2000-2500	30	23%
2500-3000	42	32%
> 3000	13	9%

De gemiddelde praktijkomvang bedraagt 2.660, hetgeen bijna 400 ligt boven het landelijke gemiddelde van 2.275 patiënten per huisarts.

3.3 Werk- en thuissituatie in het algemeen

Aan de huisartsen is gevraagd aan te geven bij welke aandoening de thuissituatie en het werk het meest dan wel het minst ter sprake komen in contacten met patiënten. De resultaten staan in de volgende tabel. Aangezien een aantal huisartsen meer dan één aandoening als belangrijkste heeft aangegeven en als gevolg daarvan in een aantal gevallen een aandoening niet is gescord, is de som van de aantallen in de tabel niet gelijk aan het aantal huisartsen dat de vragenlijst heeft ingevuld.

Tabel 5 Bij welke aandoeningen komen de thuissituatie en het werk het meest of het minst ter sprake?
(aantallen huisartsen; tussen haakjes staat de rangorde).

chronische ziekte	thuissituatie meest	minst	werk meest	minst
status na hartinfarct	22 (2)	9 (4)	20 (3)	4 (6)
diabetes mellitus, type II	13 (4)	49 (1)	8 (4)	59 (1)
lage rugpijn	10 (5/6)	13 (3)	48 (2)	7 (4)
CARA	21 (3)	7 (5)	5 (6)	5 (5)
overspannenheid	73 (1)	6 (6)	66 (1)	9 (3)
migraine	10 (5/6)	26 (2)	7 (5)	29 (2)

De thuissituatie komt het meest ter sprake bij overspannen patiënten, op grote afstand gevolgd door status na hartinfarct en CARA. Bij patiënten met diabetes mellitus en migraine komt de thuissituatie het minst ter sprake.

Het werk komt verreweg het meest aan de orde bij patiënten met overspannenheid, gevolgd door patiënten met lage rugpijn en personen met een status na hartinfarct. Ook hier scoren diabetes mellitus en migraine het laagst.

De vraag is nu wie over het algemeen het initiatief neemt om de thuissituatie of het werk ter sprake te brengen, de huisarts of de patiënt. Het antwoord dat de huisartsen op deze vraag hebben gegeven staat in tabel 6. Doordat per ziekte het aantal respondenten varieert, is de som van de aantallen in de eerste en tweede respectievelijk derde en vierde kolom niet gelijk.

Tabel 6 Wie neemt het initiatief om de thuissituatie en het werk ter sprake te brengen?
(aantallen huisartsen)

chronische ziekte initiatief:	thuissituatie huisarts	patiënt	werk huisarts	patiënt
status na hartinfarct	86	44	68	58
diabetes mellitus, type II	65	53	47	64
lage rugpijn	73	48	71	53
CARA	94	29	73	47
overspannenheid	85	45	79	53
migraine	62	61	50	70

Wat betreft de thuissituatie is het zo dat het initiatief om deze ter sprake te brengen relatief vaak bij de huisarts ligt als het gaat om patiënten met CARA, status na infarct of overspannenheid. Bij migraine en diabetes mellitus zeggen de huisartsen dat het initiatief relatief vaak bij de patiënt ligt. Het zou kunnen zijn dat daarom in de perceptie van de huisartsen deze aandoeningen ook minder ter sprake komen in contacten met patiënten, hetgeen een gedeeltelijke verklaring zou zijn van de bevinding uit tabel 5. Informatie om dit te staven ontbreekt echter.

Ten aanzien van het initiatief om het werk aan de orde te stellen is het beeld globaal hetzelfde. Opvallend is dat hier het initiatief over de hele linie vaker ligt bij de patiënt in vergelijking met de thuissituatie; bij migraine en diabetes mellitus is het volgens de huisartsen zo dat het vaker de patiënt is die het werk ter sprake brengt dan de huisarts. Ook hier geldt dat dit misschien voor een deel verklaart dat huisartsen rapporteren (zie tabel 5) dat deze aandoeningen het minst ter sprake komen. Wat migraine betreft is dat niet zo vreemd; nogal wat huisartsen gaven aan dat zij geen (causaal) verband zien tussen migraine en de arbeidssituatie.

Aan de huisartsen die aangeven dat zij over het algemeen het initiatief nemen om het werk aan de orde te stellen is gevraagd waar dat vanaf hangt. De meest genoemde factor is het vermoeden dat de patiënten een probleem met betrekking tot het werk hebben (de helft van de huisartsen). Een kwart van de huisartsen is van oordeel dat je arbeid stelselmatig aan de orde moet stellen, ook wanneer de patiënt er (op dat moment) geen directe aanleiding toe geeft. Een kwart vindt dat het eigenlijk ad hoc gaat.

Vervolgens is de aandacht gericht op de groep patiënten tot 65 jaar met de 6 genoemde chronische aandoeningen, voor zover zij betaalde arbeid (incl. ziektewet of tijdelijke WAO) verrichten. De huisartsen is gevraagd een schatting te maken van het gedeelte van deze groep waarbij in het afgelopen jaar tijdens een consult of visite het werkaspect ter sprake is gekomen. De resultaten staan in tabel 7.

Tabel 7 Bij welk deel van de patiënten met betaalde arbeid is het werk in het afgelopen jaar ter sprake gekomen?

gedeelte patiënten	aantal huisartsen	percentage
75-100%	34	27%
50-75%	58	47%
25-50%	30	24%
≤ 25%	3	2%

Driekwart van de huisartsen meldt dat bij de helft of meer van de patiënten met betaalde arbeid het werk aan de orde is gekomen. In een aparte analyse is nagegaan of er verband is tussen aan de ene kant het initiatief nemen om het werkaspect te bespreken en aan de andere het percentage van de patiënten waarbij het werk daadwerkelijk ter sprake komt. Dat blijkt inderdaad het geval te zijn; huisartsen die zelf het initiatief nemen, schatten het percentage patiënten hoger in dan huisartsen die niet zelf het initiatief nemen. Als huisartsen een afwachtende houding aannemen, kan dus verwacht worden dat mogelijk relevante informatie wordt gemist.

Een mogelijke reden van patiënten om het werkaspect niet aan de orde te stellen kan gelegen zijn in een zekere schroom om met hun huisarts over het werk te praten. Gevraagd is hoe vaak dat naar de ervaring van de huisartsen voorkomt. Een vijfde deel zegt dat dit regelmatig voorkomt, ongeveer tweederde zegt dat dit weinig voorkomt, en een zesde deel dat dit (vrijwel) nooit het geval is.

De belangrijkste oorzaken voor genoemde schroom zijn volgens de huisartsen de volgende:

- patiënten zien het verband tussen de klachten en het werk vaak niet (69 maal genoemd);
- nogal wat patiënten geloven dat de huisarts geen invloed kan hebben op de arbeidssituatie (46 maal genoemd);
- patiënten ontkennen vaak problemen op het werk (25 maal genoemd);
- patiënten denken dat dit primair de taak van de bedrijfsarts is (24 maal genoemd);
- patiënten zien het als controle (18 maal genoemd);
- patiënten denken dat de (medische) klachten toch wel spoedig over gaan (13 maal genoemd).

3.4 Contacten met bedrijfsartsen en adviezen

Omdat elders reeds een project liep dat specifiek geconcentreerd was op de relatie tussen behandelend artsen en bedrijfsartsen (zie hoofdstuk 1) is in dit onderzoek volstaan met enkele algemene vragen hierover. De eerste vraag heeft betrekking op het geschatte aantal contacten per ziektegroep met bedrijfsartsen, hetzij op initiatief van de huisartsen, hetzij op dat van de bedrijfsarts. De resultaten staan vermeld in tabel 8. Ook wordt aangegeven het aantal huisartsen dat zegt helemaal geen contact te hebben gehad in het afgelopen jaar.

Tabel 8 Aantal contacten van huisartsen met bedrijfsartsen in het afgelopen jaar (per ziektegroep)

chronische ziekte	initiatief huisarts gemiddelde aantal contacten	initiatief bedrijfsarts gemiddelde aantal contacten	geen contact aantal huisartsen
status na hartinfarct	< 1	1	97
diabetes mellitus, type II	1	< 1	119
lage rugpijn	1	2	62
CARA	< 1	<1	106
overspannenheid	1	2	52
migraine	1	1	121

Huisartsen geven aan dat het aantal contacten met bedrijfsartsen over patiënten met de betreffende aandoeningen zeer laag is (de spreiding is vrij groot). In veel gevallen hebben zij in het afgelopen jaar zelfs helemaal geen contact gehad. Hierbij dient bedacht te worden dat de aantallen niet gedurende het jaar zijn geregistreerd, maar achteraf opgegeven door de huisartsen. Het is mogelijk dat de schatting negatief beïnvloed is door een niet optimale relatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen. In welke mate dit eventueel is gebeurd valt niet te zeggen. Het lijkt zo te zijn dat de bedrijfsarts vaker het initiatief neemt, al is het door de lage aantallen moeilijk daar iets met zekerheid over te zeggen.

In het eerder vermelde onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen werd een hoger aantal contacten gevonden; de bedrijfsarts is in het overgrote deel van de gevallen de initiatiefnemer (Van Amstel & Buijs, 1997). Dat onderzoek had evenwel betrekking op alle patiënten (zowel kortdurende klachten/ziekten als chronische); bovendien kunnen die resultaten vanwege de betrekkelijk lage respons van huisartsen ook niet (zonder meer) gegeneraliseerd worden.

De tweede vraag over de relatie tussen huisartsen en bedrijfsartsen was hoe vaak de huisartsen in het afgelopen jaar direct aan patiënten met de zes chronische aandoeningen en aan bedrijfsartsen advies hebben gegeven met betrekking tot preventieve maatregelen op het werk, dat wil zeggen aanpassingen en/of eventueel ander werk. De antwoorden worden in de volgende tabel vermeld. Ook wordt het aantal huisartsen vermeld dat zegt in het geheel geen advies te hebben gegeven.

Tabel 9 Aantal adviezen van huisartsen aan patiënten en bedrijfsartsen in het afgelopen jaar

soort advies	gemiddelde aantal adviezen	geen advies aantal huisartsen
aan patiënten	19	5
aan bedrijfsarts	2	55

Hier zien we wat adviezen aan bedrijfsartsen betreft hetzelfde beeld als in de vorige tabel. Het gemiddelde aantal adviezen aan de patiënten zelf is aanzienlijk hoger, met een grote spreiding. Bijna de helft van de deelnemende huisartsen geeft aan dat zij helemaal geen adviezen hebben gegeven.

Ook is aan de huisartsen gevraagd op welke wijze zij advies geven aan patiënten. In onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven.

Tabel 10 Hoe adviseren de huisartsen?

wijze advisering	aantal huisartsen	percentage
niet van toepassing: ik geef dergelijke adviezen niet	2	2%
ik geef mijn advies direct aan de patiënt	52	44%
ik vraag de patiënt of deze naar de bedrijfsarts gaat	60	50%
ik zoek zelf contact met de bedrijfsarts	2	2%
overige wijze van advisering	3	2%

Huisartsen zoeken zelf weinig contacten met bedrijfsartsen, hetgeen overeenkomt met het beeld uit tabel 8. De relatief grootste groep huisartsen doet dat wel indirect, namelijk door aan de patiënt te adviseren naar de bedrijfsarts te gaan. Ook wordt vaak een advies sec aan de patiënt gegeven, zodat het aan hem of haar is te beslissen of verdere actie ondernomen dient te worden. Van verwijzing, zoals naar een klinisch specialist, is dus geen sprake.

3.5 Status na hartinfarct

Er is een NHG-Standaard over angina pectoris, niet over infarct (Rutten et al., 1994). Deze bevat geen informatie die in het kader van dit rapport relevant is.

Aan de huisartsen is gevraagd wiens taak het primair is om in de praktijk van alledag de patiënt te adviseren over een eventuele werkhervatting. De antwoorden worden weergegeven in tabel 11.

Tabel 11 Wiens taak is het primair om patiënten te adviseren over werkhervatting?

wiens taak primair	aantal huisartsen	percentage
huisarts, aangezien deze behandelaar is	13	10%
huisarts, ook als een ander behandelaar is	8	6%
bedrijfsarts	28	22%
cardioloog	77	62%

Een duidelijke meerderheid is van oordeel dat de cardioloog de aangewezen persoon is om de patiënt over een werkhervatting te adviseren. Enkelen vinden dat zij dat moeten doen, ook als zij geen behandelaar zijn. Opvallend is dat bijna een kwart vindt dat hier de primaire taak is weggelegd voor de bedrijfsarts.

Een zesde deel van de huisartsen is van oordeel dat genoemde advisering primair hun taak is. Hun is gevraagd bij welk deel van de hartinfarct-patiënten zij het initiatief nemen om over een eventuele werkhervatting te praten. Uit de volgende tabel blijkt dat een grote meerderheid dat doet bij de helft of meer van deze patiënten.

Tabel 12 Bij welk deel van de patiënten nemen de huisartsen zelf het initiatief om over werkhervatting te praten?

	aantal huisartsen	percentage
75-100%	7	33%
50-75%	11	52%
25-50%	2	10%
≤ 25%	1	5%

Over een eventuele werkhervatting beginnen huisartsen al in een vroeg stadium van de revalidatie te spreken met de patiënt: gemiddeld 6 weken na het infarct (spreiding 2-9 weken). Gevraagd is welke onderwerpen nog meer aan de orde komen in deze fase. De belangrijkste zijn de beleving van de patiënt en de lichamelijke conditie, gevolgd door puur medische zaken (geneesmiddel gebruik, prognose e.d.).

Zoals vermeld acht een grote meerderheid van de huisartsen advisering over werkhervatting primair de taak van de cardioloog of de bedrijfsarts. Desondanks ziet 82% van deze huisartsen nog wel een taak voor zichzelf weggelegd. Dit betreft vooral aanvullend adviseren, indien gewenst, en bij de patiënt nagaan of deze door de cardioloog of de bedrijfsarts goed is geïnformeerd.

3.6 Diabetes mellitus, type II

Er is een NHG-Standaard over diabetes type II (Cromme et al., 1993). Deze bevat geen informatie die in het kader van dit rapport relevant is.

Evenals met betrekking tot patiënten die een hartinfarct hebben gehad is aan de huisartsen gevraagd wiens taak het primair is om in de praktijk van alledag de patiënt met diabetes type II voor te lichten over werkaspecten. De antwoorden worden weergegeven in tabel 13.

Tabel 13 Wiens taak is het primair om patiënten voor te lichten over werkaspecten?

wiens taak primair	aantal huisartsen	percentage
huisarts, aangezien deze behandelaar is	100	79%
huisarts, ook als een ander behandelaar is	14	11%
bedrijfsarts	10	8%
internist	3	2%

Hoewel eerder bleek dat het werkaspect bij patiënten met type II diabetes relatief minder aan de orde komt dan bij bijvoorbeeld patiënten met een hartinfarct, is een grote meerderheid van de huisartsen van oordeel dat het de primaire taak van de huisarts is om dit te doen. Dit hangt samen met het feit dat de huisarts in hoge mate de behandelaar is van type II diabetici, veel meer dan bij patiënten die een infarct hebben doorgemaakt. Toch ziet 10% van de huisartsen de voorlichting als de primaire taak van een ander.

Bijna alle huisartsen geven op dat de voorlichting erop gericht is de patiënt gerust te stellen, door onder andere te zeggen dat ze in feite alles kunnen doen. Een tweede belangrijk doel van de voorlichting is het bereiken van een zekere regelmaat in het werk.

3.7 Chronische rugpijn

In de NHG-Standaard over lage-rugpijn komt het werkaspect ter sprake in het gedeelte over chronische lage-rugpijn. Genoemd worden: kijken of aanpassingen in het werk helpen, nagaan of er sprake is van ziekteverzuim, zo nodig overleg met de bedrijfsarts (Faas et al., 1996).

In tabel 14 worden de antwoorden van de huisartsen weergegeven op de vraag wiens taak het primair is om in de praktijk van alledag patiënten met langer bestaande of recidiverende lage rugpijn te adviseren over werkaspecten.

Tabel 14 Wiens taak is het primair om aandacht te schenken aan werkaspecten?

wiens taak primair	aantal huisartsen	percentage
huisarts, aangezien deze behandelaar is	83	67%
huisarts, ook als een ander behandelaar is	9	7%
bedrijfsarts	29	24%
ander	3	2%

Ook hier zien we dat de meeste huisartsen vinden dat de voorlichting primair hun taak is, samenhangend met het feit dat zij de behandelaar zijn. Opvallend is dat een kwart van oordeel is dat hier de primaire taak ligt bij de bedrijfsarts.

De huisartsen die 'aandacht schenken aan werkaspecten' als primair hun taak zien, geven allemaal op één na aan dat men altijd probeert na te gaan of de rugpijn (mede) veroorzaakt wordt door belastend werk of een verkeerde houding op het werk.

Vervolgens is, door middel van een open vraag, nagegaan wat het beleid is wanneer men aanwijzingen vindt dat er een relatie is tussen werk en de lage rugpijn; de resultaten staan in tabel 15.

Tabel 15 De verschillende vormen van beleid van huisartsen bij chronische lage rugpijn*

aard advies	aantal huisartsen	percentage
bedrijfsarts (laten) informeren	68	50%
verwijzing naar paramedische therapeut	23	17%
patiënt het probleem op werk kenbaar laten maken	17	13%
ander inhoudelijk advies	12	9%
patiënt het zelf laten uitzoeken	4	3%
advies algemeen	16	12%

* > 1 antwoord mogelijk, zodat het aantal niet sommeert tot 134 en het percentage niet tot 100%

Verreweg het meest genoemd is het (laten) informeren van de bedrijfsarts. Eerder bleek dat dit in het overgrote merendeel van de gevallen erop neerkomt dat de huisarts de patiënt vraagt naar de bedrijfsarts te gaan; zelf contact zoeken komt relatief weinig voor.

Gevraagd is tenslotte of er in de behandeling/begeleiding van patiënten met langer bestaande of recidiverende lage rugpijn verschil is tussen patiënten die betaald werk doen en patiënten bij wie dat niet het geval is (bijvoorbeeld qua verwijzing). Nee, zegt 71% van de huisartsen, er is geen verschil. Deze groep omvat ook degenen die zeggen dat zij soms wel verschil maken, namelijk dat bij werkenden de bedrijfsarts wordt ingeschakeld (direct of indirect); aangezien die mogelijkheid voor niet-werkenden niet bestaat, is deze groep gerekend tot de nee-zeggers. In principe nee, maar door omstandigheden gedwongen, zegt 9%. Dat kan zijn druk van de bedrijfsarts of van de patiënt om nader onderzoek te doen. Van de deelnemende huisartsen geeft 20% aan (waarschijnlijk) wel verschil te maken. In deze groep is de relatief meest voorkomende reden daarvoor het eerder verwijzen van werkenden (naar de fysiotherapeut), al dan niet op verzoek of na aandringen van de bedrijfsarts.

3.8 CARA

Er is een NHG-Standaard over CARA. Deze bevat geen informatie die in het kader van dit rapport relevant is (Bottema et al., 1993; Dirksen et al., 1993; Van der Waart et al., 1993).

In tabel 16 worden de antwoorden van de huisartsen weergegeven op de vraag wiens taak het primair is om in de praktijk van alledag te letten op het aspect van werk van CARA-patiënten.

Tabel 16 Wiens taak is het primair om aandacht te schenken aan werkaspecten?

wiens taak primair	aantal huisartsen	percentage
huisarts, aangezien deze behandelaar is	79	65%
huisarts, ook als een ander behandelaar is	21	17%
bedrijfsarts	17	14%
longarts	5	4%

Ook bij CARA zijn de meeste huisartsen van oordeel dat het primair hun taak is op het werkaspect te letten; dat is ook het geval als een ander de behandelaar is. De longarts wordt nauwelijks gezien als degene die hier een taak heeft.

Een grote meerderheid van de huisartsen ziet aandacht schenken aan werkaspecten dus primair als hun taak. Van deze groep probeert 86% altijd na te gaan of eventuele exacerbaties mede door prikkels in de werkomgeving optreden, 14% doet dat niet altijd. Als belangrijkste reden hiervoor wordt aangegeven dat naar het oordeel van de betreffende huisartsen andere factoren dan werk belangrijker zijn.

Als u, zo luidde de volgende - open - vraag, aanwijzingen vindt dat een exacerbatie (mede) veroorzaakt wordt door werkfactoren, wat is dan over het algemeen uw beleid? In onderstaande tabel worden de antwoorden weergegeven.

Tabel 17 De verschillende vormen van beleid van huisartsen bij CARA*

aard advies	aantal huisartsen	percentage
bedrijfsarts (laten) informeren	72	54%
advies over werk	25	19%
contact met CARA-ver pleeg kundige of specialist	9	7%
advies m.b.t. ziek te/medicatie	5	4%
patiënt zelf laten uitzoeken	4	3%
advies algemeen	26	19%

* > 1 antwoord mogelijk, zodat het aantal niet sommeert tot 134 en het percentage niet tot 100%

Ook hier zien we dat het (laten) informeren van de bedrijfsarts duidelijk het meest wordt genoemd. Dit komt er, zoals eerder bleek, in het overgrote merendeel van de gevallen erop neer komt dat de huisarts de patiënt vraagt naar de bedrijfsarts te gaan; het komt weinig voor dat de huisarts zelf contact zoekt. Overigens zullen exacerbaties die duidelijk samenhangen met werkfactoren slechts bij een deel van de CARA-patiënten voorkomen.

3.9 Overspannenheid

Over overspannenheid is geen NHG-Standaard verschenen, noch is deze in voorbereiding.

In de volgende tabel worden de antwoorden van de huisartsen weergegeven op de vraag wiens taak het primair is om bij de behandeling en begeleiding van overspannen patiënten te letten op het werkaspect.

Tabel 18 Wiens taak is het primair het werkaspect een plaats te geven in de behandeling en begeleiding?

wiens taak primair	aantal huisartsen	percentage
huisarts, aangezien deze behandelaar is	101	79%
huisarts, ook als een ander behandelaar is	11	9%
bedrijfsarts	14	11%
ander	1	1%

Bijna 90% van de huisartsen is van oordeel dat zij degenen zijn die primair aan het werkaspect aandacht dienen te schenken. Zij proberen ook allemaal, op één na, in geval van overspannenheid altijd na te gaan in hoeverre overspannenheid samenhangt met factoren op het werk.

Het beleid dat men kiest wanneer er aanwijzingen zijn dat overspannenheid (mede) veroorzaakt wordt door werkfactoren, wordt weergegeven in de volgende tabel. Voor de volledigheid: ook hier betreft het antwoorden op open vragen.

Tabel 19 De verschillende vormen van beleid van huisartsen bij overspannenheid*

beleid	aantal huisartsen	percentage
bedrijfsarts (laten) informeren	69	51%
bespreekbaar maken van het probleem	27	20%
contact met werkgever	30	22%
algemeen advies	17	13%
rust voorschrijven/oorzaak aanpakken	18	13%

* > 1 antwoord mogelijk, zodat het aantal niet sommeert tot 134 en het percentage niet tot 100%

Ook hier zien we dat het (laten) informeren van de bedrijfsarts duidelijk het meest wordt genoemd. Evenals ten aanzien van hiervoor besproken aandoeningen betekent dit meestal dat de huisarts de patiënt vraagt naar de bedrijfsarts te gaan.

In de opsomming hiervoor ontbreekt de mogelijkheid patiënten te verwijzen. Expliciet is aan de huisartsen gevraagd een schatting te maken van het percentage van deze patiënten dat verwezen wordt voor behandeling naar bijvoorbeeld het RIAGG of speciale cursussen gericht op werk en dergelijke. Dat percentage bedraagt 23%, waarbij aangetekend dient te worden dat de spreiding hier zeer groot is (37% van de huisartsen verwijst 10% van de overspannen patiënten of minder, 16% daarentegen de helft of meer).

Evenals bij lage rugpijn is aan de huisartsen gevraagd of er in de behandeling/begeleiding van overspannen patiënten verschil is tussen patiënten die betaald werk doen en patiënten bij wie dat niet het geval is. Zonder meer nee zegt 70% van de respondenten. Een kwart zegt wel verschil te maken; uit de antwoorden valt op te maken dat enerzijds het hebben van werk en de werksituatie en anderzijds het niet doen van betaalde arbeid gerelateerd zijn aan de (mogelijkheden) van therapie en begeleiding. Bijvoorbeeld voor huisvrouwen is het moeilijk rust voor te schrijven. Aan de andere kant kan de werksituatie een rol spelen bij het ontstaan van de klachten en kan de werksituatie onderdeel uitmaken van de behandeling. Het genoemde verschil in behandeling/begeleiding heeft dan ook niets te maken met het voortrekken van werkenden of zoiets. In een klein aantal gevallen (ca. 5%) wordt wel verschil gemaakt, in die zin dat overspannen personen met betaalde arbeid eerder worden verwezen, al dan niet op verzoek of suggestie van de bedrijfsarts.

3.10 Migraine

Er is een NHG-Standaard over migraine (Bartelink et al, 1993). Deze bevat geen informatie die in het kader van dit rapport relevant is.

In tabel 20 worden de antwoorden van de huisartsen gepresenteerd op de vraag wiens taak het primair is om bij de behandeling en begeleiding van patiënten met migraine aandacht te schenken aan het werkaspect.

Tabel 20 Wiens taak is het primair het werkaspect een plaats te geven in de behandeling en begeleiding?

wiens taak primair	aantal huisartsen	percentage
huisarts, aangezien deze behandelaar is	98	78%
huisarts, ook als een ander behandelaar is	12	9%
bedrijfsarts	14	11%
neuroloog	2	2%

Bijna 90% van de huisartsen is van oordeel dat zij degenen zijn die primair aan het werkaspect aandacht dienen te schenken (het beeld is vrijwel identiek aan dat bij overspannenheid). Van deze groep huisartsen probeert 74% altijd na te gaan in hoeverre migraine samenhangt met factoren op het werk, 26% doet dat niet altijd. Als belangrijkste reden om dat niet te doen, wordt opgegeven dat men

het verband met het werk niet ziet**. Dat driekwart aangeeft altijd na te gaan of er een verband is met het werk, lijkt niet helemaal in overeenstemming met tabel 5, waaruit blijkt dat het werk bij migraine juist relatief het minst aan de orde komt.

Het beleid dat men kiest indien er aanwijzingen zijn dat migraine samenhangt met werkfactoren wordt weergegeven in tabel 21. Ook hier gaat het om antwoorden op een open vraag.

Tabel 21 De verschillende vormen van beleid van huisartsen bij migraine*

beleid	aantal huisartsen	percentage
bedrijfsarts (laten) informeren	34	25%
contact met bedrijf	8	6%
verwijzing naar maatschappelijk werk	2	1%
advies algemeen	63	47%
advies m.b.t. werk	18	13%
medicatie aanpassen	3	2%

* > 1 antwoord mogelijk, zodat aantal niet sommeert tot 134 is en percentage niet tot 100%

3.11 De aandoeningen vergeleken

Uit de beschrijving per aandoening kan worden geconcludeerd dat er verschil is tussen deze aandoeningen in de aanpak van de deelnemende huisartsen. In onderstaande tabel wordt per aandoening aangegeven wiens taak het primair is patiënten te adviseren over werkhervatting danwel het werkaspect ter sprake te brengen of een plaats te geven in de behandeling en begeleiding van patiënten. De kolom 'huisartsen' heeft zowel betrekking op huisartsen die aangeven dat het primair hun taak is omdat ze de behandelaar zijn als op huisartsen die (ten aanzien van de betreffende aandoening) geen behandelaar zijn, maar die desondanks het werkaspect als primair hun taak zien.

** uit de antwoorden blijkt dat nogal wat huisartsen deze vraag hebben geïnterpreteerd in epidemiologische/oorzakelijke zin

Tabel 22 Wiens taak is het primair om patiënten te adviseren over het werk?

aandoening	huisarts	bedrijfsarts	overig
hartinfarct	16%	22%	62%
diabetes mellitus (type II)	90%	8	2%
chronische rugpijn	74%	24%	2%
CARA	82%	14%	4%
overspannenheid	88%	11%	1%
migraine	88%	11%	2%

Bij diabetes mellitus type II, CARA, overspannenheid en migraine zien de huisartsen het zeer duidelijk als primair hun taak het werkaspect ter sprake te brengen of een plaats te geven in de behandeling en begeleiding. De bedrijfsarts heeft in hun ogen een bescheiden taak. Geen rol is er weggelegd voor overige hulpverleners (internist, longarts en neuroloog).

Ten aanzien van hartinfarcten is de rol van huisartsen op het punt van werkhervatting bescheiden. Volgens de meeste huisartsen is dit primair de taak van de cardioloog, hetgeen niet zo vreemd is, aangezien de behandeling van hartinfarct-patiënten wordt verzorgd door cardiologen. Een vijfde deel van de huisartsen ziet hier een belangrijke taak weggelegd voor de bedrijfsarts. Blijkbaar vinden huisartsen dat anderen meer specifieke kennis hebben van de relatie tussen belastbaarheid van patiënten met een status na hartinfarct en de belasting in concrete functies.

Wat betreft chronische rugpijn, is het percentage huisartsen ook iets lager dan bij de andere aandoeningen (minus hartinfarct). Een kwart is van oordeel dat hier de primaire taak bij de bedrijfsarts ligt. Wellicht heeft dit te maken met diens specifieke kennis van de belasting van individuele werknemers. Bij CARA wordt het weer minder een taak gevonden voor de bedrijfsarts. Opvallend is hier dat een grote meerderheid van de huisartsen het schenken van aandacht aan werkaspecten als primair haar taak ziet, ook als patiënten worden behandeld door de longarts (17%).

3.12 Jeugdige patiënten en beroep

Wat betreft jeugdige patiënten met chronische aandoeningen is aan de huisartsen gevraagd of volgens hun ervaring deze aandoeningen een belangrijke rol spelen bij de keuze door deze patiënten van hun beroep en/of werkzaamheden. Zoals blijkt uit de volgende tabel wordt deze vraag door de helft van de huisartsen bevestigend beantwoord.

Tabel 23 Spelen chronische aandoeningen een belangrijke rol bij de keuze van beroep en/of werkzaamheden?

aandoening speelt rol	aantal huisartsen	percentage
ja	63	49%
soms	24	19%
nee	41	32%

Vervolgens is aan de huisartsen gevraagd, door middel van een open vraag, hoe men kan bewerkstelligen dat deze patiënten later onder voor hen optimale condities kunnen werken. In onderstaande tabel worden de antwoorden weergegeven.

Tabel 24 De verschillende vormen van beleid van huisartsen bij jeugdige patiënten*

beleid	aantal huisartsen	percentage
advies over beroepskeuze	89	64%
verwijzing	29	22%
alert zijn	4	3%
nader medisch onderzoek	3	2%
weinig tot niets	15	11%

* > 1 antwoord mogelijk, zodat aantal niet sommeert tot 134 is en percentage niet tot 100%

Zoals blijkt geeft tweederde van de huisartsen aan zelf een advies te geven over de beroepskeuze; een vijfde verwijst de betreffende kinderen. Dat kan zijn naar het arbeidsbureau, de (toenmalige) GMD, patiëntenverenigingen en het beroepskeuzebureau.

Tenslotte is aan de huisartsen gevraagd op welke wijze zij adviezen geven; adviseert men stelselmatig? Nee, niet stelselmatig, zegt 79%. Ja, rapporteert 21%

3.13 Opvattingen van huisartsen

Het laatste onderdeel van de vragenlijst betrof het oordeel van de deelnemende huisartsen over een aantal stellingen. In onderstaande tabel worden de resultaten weergegeven. Vanwege de lage respons is ervan afgezien de uitkomsten te relateren aan de beantwoording van eerdere vragen.

Tabel 25 Oordeel van deelnemende huisartsen over een aantal stellingen (percentages)

stelling	helemaal mee eens	mee eens	mee oneens	in het geheel niet mee eens
Op niet strikt medische zaken oefen je als huisarts wel degelijk veel invloed uit	16%	67%	15%	2%
In zijn algemeenheid zouden huisartsen meer aandacht dienen te schenken aan het werkaspect in de behandeling en begeleiding van chronische patiënten	8%	69%	21%	2%
Ik zou behoefte hebben aan bijscholing betreffende de consequenties die chronische aandoeningen hebben voor het werk van mijn patiënten	3%	61%	34%	2%
Een goede huisarts dient zijn chronische patiënten een advies te geven over de vraag of en wanneer het werk te hervatten	17%	48%	31%	4%
Bedrijfsartsen laten de laatste tijd de belangen van de werkgever prevaleren boven die van mijn chronische patiënten	6%	40%	53%	1%
In contacten met niet-chronische patiënten komt het werk vaker aan de orde dan in contacten met chronische patiënten in de werkzame leeftijd	4%	39%	49%	8%
Als huisarts neem je over het algemeen bij chronische patiënten vaker het initiatief om het werk ter sprake te brengen dan bij niet-chronische patiënten	2%	36%	57%	5%
Juist bij chronische patiënten met een baan zijn speciale faciliteiten als een avondsprekuur nodig ten einde te voorkomen dat ze te vaak moeten verletten	9%	48%	41%	2%

Op grond van de reactie van de huisartsen op de stellingen kunnen enkele conclusies worden getrokken. In de eerste plaats is driekwart van de huisartsen van mening dat men nu te weinig aandacht schenkt aan het werkaspect van chronische patiënten, terwijl er een grote meerderheid is voor de opvatting dat men op niet-medische zaken wel invloed uit kan oefenen en de meerderheid tevens van oordeel is dat huisartsen advies moeten geven over werkhervatting.

Een tweede conclusie is dat een meerderheid behoefte heeft aan bijscholing over de consequenties van chronische aandoeningen voor het werk van patiënten.

In de derde plaats is er geen meerderheid te vinden voor de stelling dat bedrijfsartsen de laatste tijd de belangen van werkgevers laten prevaleren boven die van chronische patiënten. Hierbij dient aangetekend te worden dat 'de laatste tijd' sloeg op de situatie na de stelselherziening; de eventuele gevolgen van afschaffing van de ziektewet speelden ten tijde van de enquête nog niet.

Ten vierde is een meerderheid van oordeel dat in contacten met niet-chronische patiënten het werk niet vaker aan de orde komt dan bij chronische patiënten. Evenmin neemt men vaker het initiatief om het werk ter sprake te brengen.

Tenslotte valt op dat men een lichte voorkeur uitspreekt voor faciliteiten als avondspreekuur. In de antwoorden op de open vragen in de enquête wordt overigens nergens vermeld dat men deze faciliteit aanbiedt. (Aangezien er niet expliciet naar gevraagd is, kunnen hier geen duidelijke conclusies aan verbonden worden.)

4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

4.1 Conclusies algemeen

Zoals weergegeven in het vorige hoofdstuk was de respons zeer laag. Uit reacties van huisartsen die geen medewerking wilden verlenen aan het onderzoek kan - zij het met enige terughoudendheid - afgeleid worden dat er grofweg twee redenen voor deze lage respons kunnen worden aangevoerd.

In de eerste plaats vonden nogal wat huisartsen het abstractie-niveau van de vragen te hoog, ondanks het feit dat bij de opzet van het onderzoek en het ontwikkelen van de vragenlijst gepoogd was de materie zo concreet mogelijk te maken, door uit te gaan van een zestal chronische aandoeningen. Blijkbaar is de aard van het onderwerp zodanig dat deze poging niet voldoende was voor veel huisartsen. Vragen over diagnostisering en behandeling zijn doorgaans concreter en gemakkelijker in te vullen dan nogal wat vragen in de onderhavige vragenlijst, met name de open vragen. In dit licht bezien is het misschien niet zo vreemd dat de NHG-Standaarden weinig tot geen concrete richtlijnen bevatten met betrekking tot het onderwerp van dit rapport.

Een tweede reden heeft te maken met het feit dat niet voorzien was in een (financiële) vergoeding voor huisartsen die aan het onderzoek mee zouden doen. Wanneer deze wel zou zijn toegekend, zo bleek uit een vrij groot aantal reacties, dan zou de respons waarschijnlijk duidelijk hoger zijn geweest.

Hoe dan ook, de lage respons heeft twee consequenties. De eerste is dat de uitkomsten zoals beschreven in het vorige hoofdstuk met grote voorzichtigheid dienen te worden gezien; ze kunnen zeker niet gegeneraliseerd worden. Ook zijn er geen verdere analyses gemaakt met behulp van de verkregen gegevens. De tweede consequentie is dat de tweede doelstelling van het project: het zicht krijgen op knelpunten (zie hoofdstuk 1) is niet gelukt. De bedoeling was daartoe de uitkomsten van dit project voor te leggen aan enkele deelnemende huisartsen en een aantal sleutelinformanten in de sfeer van beroepsorganisaties (koepels) en beleid. Echter, omdat de respons zo teleurstellend laag bleek te zijn en de uitkomsten niet gegeneraliseerd mogen worden is hier vanaf gezien.

4.2 Enkele conclusies uit het onderzoek

Algemene uitspraken doen over de wijze waarop huisartsen in Nederland omgaan met het werkaspect van chronische patiënten is, gezien de lage respons, niet mogelijk. Dat neemt niet weg dat in de groep deelnemende huisartsen enkele interessante zaken opvallen.

1. De werksituatie komt het meest ter sprake bij overspannen patiënten, gevolgd door patiënten met lage rugpijn en personen met een status na hartinfarct. Diabetes mellitus en migraine scoren het laagst. Het initiatief om het werk ter sprake te brengen gaat vooral uit van de huisarts bij patiënten met CARA, patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt en overspannen patiënten.
2. Wat betreft de vraag wiens taak het primair is patiënten te adviseren over werkhervatting danwel het werkaspect ter sprake te brengen of een plaats te geven in de behandeling en begeleiding van patiënten, zijn er duidelijk verschillen tussen de categorieën aandoeningen. Bij diabetes mellitus type II, overspannenheid en migraine, en in iets mindere mate bij CARA en chronische lage rugpijn ziet het overgrote deel van de huisartsen dat als zijn of haar taak. Bij hartinfarct ligt dat geheel anders - daar is de cardioloog degene die dat volgens de huisartsen dient te doen.
3. Volgens nogal wat huisartsen ligt op het punt van advisering over werk de taak primair bij de bedrijfsarts als het gaat om chronische lage rugpijn en hartinfarct. Dan lijkt het vreemd dat er toch maar weinig directe contacten zijn tussen huisartsen en bedrijfsartsen - wanneer huisartsen het nodig achten dat de patiënt wordt gezien door de bedrijfsarts wordt hij of zij geadviseerd zelf naar de bedrijfsarts te gaan. Overigens is de meerderheid het niet eens met de stelling dat bedrijfsartsen de laatste tijd de belangen van werkgevers laten prevaleren boven die van de (chronische) patiënten.
4. Het vorige punt roept de vraag op of voor nogal wat huisartsen het werkaspect niet iets is waar zij uiteindelijk niet erg in geïnteresseerd zijn danwel iets is waarvan zij van oordeel zijn dat daar voor huisartsen niet zo veel invloed op uit te oefenen valt.
5. Er is zeer duidelijk niet veel steun voor het maken van verschil tussen werkenden en niet-werkenden. Als huisartsen al een verschil maken in de behandeling en begeleiding, is dit situationeel van aard. Zij steunen op dit punt dus duidelijk de stellingname van de KNMG.
6. Huisartsen die zelf het initiatief nemen om het werk aan de orde te stellen, schatten het percentage patiënten waarbij het werk daadwerkelijk ter sprake komt hoger in dan huisartsen die niet zelf het initiatief nemen. Als huisartsen een afwachtende houding aannemen, kan dus verwacht worden dat bij een aantal patiënten problemen niet onderkend zullen worden.

7. Driekwart van de huisartsen is van mening dat men nu te weinig aandacht schenkt aan het werkaspect van chronische patiënten; een grote meerderheid onderschrijft de stelling dat men op niet-medische zaken wel invloed uit kan oefenen en de meerderheid is tevens van oordeel dat huisartsen advies moeten geven over werkhervatting.
8. Een meerderheid van de deelnemende huisartsen heeft behoefte aan bijscholing over de consequenties van chronische aandoeningen voor het werk van patiënten.

4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In het werkplan dat voor dit onderzoek is geschreven, werd ervan uitgegaan dat eenzelfde soort vragenlijst gestuurd zou worden naar andere hulpverleners die te maken hebben met de relatie tussen chronische aandoeningen en werk. Gedacht was met name aan medisch specialisten en fysiotherapeuten. Het lijkt weinig zinvol op dit pad verder te gaan, gezien de teleurstellend lage respons. Het is niet realistisch te denken dat de respons dan hoger zou zijn. Daarom zijn andere keuzen gemaakt, die hieronder worden beschreven.

1. *Ontwikkelen van vroegtijdige arbeidsbegeleiding op initiatief van de curatieve sector.*

Tijdens het in dit rapport beschreven onderzoek is gebleken dat de gekozen aanpak voor veel behandelend artsen te abstract is.

Bovendien is het systematisch aandacht schenken aan de specifieke relatie tussen een bepaalde aandoening en een bepaald type werk of beroep in de huisarts praktijk lastig, vanwege de diversiteit van klachten en aandoeningen. Enerzijds is het moeilijk om meer dan in algemene zin deskundigheid bij de huisarts te bevorderen, anderzijds is het inschakelen van personen, die specifieke deskundigheid op dit gebied bezitten, in de eerste lijn lastig. Daarom wordt in 1997 een gecontroleerd interventieproject in de tweede lijn voorbereid, dat in 1998 uitgevoerd moet gaan worden. Dit project zal gericht zijn op het ontwikkelen en toepassen van concrete protocollen voor specialisten en andere hulpverleners, die tot doel hebben patiënten, bij wie een bepaalde aandoening wordt gediagnostiseerd en die betaald werk hebben, zodanig vanuit de kliniek te begeleiden dat behoud van werk (eventueel na het doorvoeren van aanpassingen of taakveranderingen) mogelijk is. Hierbij kunnen hulpverleners worden ingeschakeld, die specifieke deskundigheid hebben op het gebied van het werken met een chronische aandoening en die actief contact zoeken met ambo-diensten en werkgevers om gewenste aanpassingen in het werk te realiseren. De kennis over de relatie tussen diverse chronische ziekten en werk en over de determinanten van uitval uit het werk kan worden ingebouwd in de protocollen en in

het begeleidingstraject. De achterliggende gedachte daarbij is, dat iemand die beperkingen heeft als gevolg van een chronische aandoening nog een aanzienlijke restcapaciteit bezit, die in combinatie met opgebouwde ervaring en deskundigheid van groot nut kan zijn. In veel gevallen moet het mogelijk zijn het werk of de taken zodanig aan te passen dat dit ondanks de aanwezigheid van de beperkingen nog gedaan kan worden. Als een persoon, bij wie een chronische ziekte wordt gediagnostiseerd, met de nodige begeleiding en aanpassingen in staat is om aan het werk te blijven, worden ziekteverzuim en latere afkeuring voorkomen. Ook de kansen op het hebben van werk op de langere termijn zijn zo veel groter dan na uitval uit het werk en een langdurige periode van arbeidsongeschiktheid. In een later stadium kan eventueel ook worden gedacht aan het begeleiden van mensen, die op zoek zijn naar werk (in samenwerking met de arbeidsvoorziening).

In eerste instantie zal het interventieproject zich richten op reumatische aandoeningen, in het bijzonder reumatoïde artritis en spondylitis ankylopoëtica (ziekte van Bechterew). Dit onderzoek zal plaatsvinden in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Leiden (o.a. reumatologie en maatschappelijk werk) en het NIA-TNO.

2. *Diabetes en werk*

In lopend vragenlijst-onderzoek onder patiënten met diabetes mellitus zijn specifieke vragen opgenomen over de relatie tussen de aandoening enerzijds en problemen die patiënten nu ondervinden in de arbeidssituatie anderzijds. Hierbij wordt ook aandacht geschonken aan de rol die de curatieve sector speelt in de ogen van de patiënten.

3. *Chronische vermoeidheid en werk*

Ook hier gaat het om lopend onderzoek, waarin vragen zijn opgenomen over de relatie tussen de ziekte en problemen met en op het werk. Evenals bij diabetes mellitus zal hier aandacht geschonken worden aan de rol die de curatieve sector volgens de aan het onderzoek deelnemende patiënten speelt.

4. *Ziekte van Bechterew en werk*

De onderzoekslijn gericht op het bestuderen van de gevolgen van chronische ziekten voor het verrichten van betaalde arbeid wordt voortgezet. Een aandoening die in 1997 in dit kader wordt bestudeerd is spondylitis ankylopoëtica (de ziekte van Bechterew). Voor deze aandoening is gekozen, omdat wat betreft methoden van het onderzoek aangesloten kon worden bij het vrijwel afgeronde onderzoek bij patiënten met reumatoïde artritis en omdat de informatie uit dit onderzoek gebruikt kan worden in het op te zetten interventieproject (zie 1). Het doel van dit onderzoek is inzicht te bieden in de arbeidsservaringen en -problemen en de arbeidsmarktpositie van patiënten met de ziekte van

Bechterew en de belangrijkste factoren die daarop van invloed zijn. Het betreft een vragenlijstonderzoek onder een landelijke steekproef van patiënten met de ziekte van Bechterew, die onder behandeling staan van een reumatoloog. Ongeveer 600 patiënten zullen worden uitgenodigd tot deelname. In de vragenlijst is een aantal gestandaardiseerde meetinstrumenten opgenomen, die betrekking hebben op de kenmerken en ernst van de ziekte, karakteristieken van het werk, de kwaliteit van arbeid, de mening over het werk, de mening over mogelijkheden tot (re)integratie en de kwaliteit van leven. In dit project zal ook aandacht worden besteed aan de rol, die de curatieve sector speelt ten aanzien van het verrichten van betaald werk in de ogen van de patiënten. In dit project wordt samengewerkt met de afdeling reumatologie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht, waar specifieke deskundigheid over de ziekte van Bechterew aanwezig is, en met het NIA-TNO.

LITERATUUR

AMSTEL RJ VAN, BUIJS PC. Voor verbetering vatbaar: de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding. Amsterdam: NIA TNO, 1997.

BARTELINK MEL, DUYN NP VAN, KNUISINGH NEVEN A, et al. NHG-Standaard Migraine. In: Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

BLANKEN R, SMIT IB, DEKKER FW, SPRINGER MP. De mogelijke rol van de huisarts bij arbeidsongeschiktheid. Med Contact 1994;49:569-71.

BOTTEMA BJAM, FABELS EJ, GRUNSVEN PM et al. NHG-Standaard CARA bij volwassenen: diagnostiek. In: Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

BIJL RV, DEURSEN CGL VAN, GAGELDONK A VAN et al. Riagg en werk: omvang, aard en behandeling van arbeidsgebonden problemen bij RIAGG-cliënten. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid; Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994.

CROMME PVM, MULDER JD, RUTTEN GEHM, et al. NHG-Standaard Diabetes Mellitus type II. In: Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

CUIJPERS JJFM, EIJDHOVEN AJB, THELOESEN PHM. Samenwerking van artsen bij werkhervatting. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:1054-7.

DIJK P VAN, HOGERVORST W. Arbeidsongeschiktheid en verzuimbegeleiding: de belangrijke rol van de huisarts. Med Contact 1991;46:691-4.

DIRKSEN WJ, GEYER RMM, HAAN M DE et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen. In: Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

ELDEREN TMT VAN, SIMON JG, TOORN SLM VAN DER, et al. Chronisch zieken: onbeperkt aan het werk. Leiden: RUL, vakgroep klinische gezondheids en persoonlijkheidspsychologie, 1995.

FAAS A, CHAVANNES AW, KOES BW, et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. Huisarts Wet 1996;39:18-31.

FOETS M, VELDEN J VAN DER. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.

GROOTHOFF JW. Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen 1986.

HAAK HA VAN DEN. De rol van de arts bij ziekteverzuim. Med Contact 1994;49:1185-6.

HOFMANS-OKKES IM, MEYBOOM-DE JONG B, LAMBERTS H, WEEL C VAN. Chronisch zieken met zeldzame ziekten in de huisartspraktijk. Zoetermeer: NCCZ, 1994. CCCZ-reeks Zorg, Opvang en begeleiding van chronisch zieken.

Standpunt inzake bedrijvenpoliklinieken. Med Contact 1994;49:881-3.

KNMG. Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens: KNMG code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving (TZ/ARBO). Med Contact 1995I;50:101-3.

KNMG. Privatisering van de Ziektewet: KNMG-reactie op kabinetsplannen. Med Contact 1995II;50:1100-1

LANPHEN J. Privatisering Ziektewet schadelijk voor de gezondheidszorg? Med Contact 1995;50:972.
Ostendorf AMH. Privatisering Ziektewet schadelijk voor de gezondheidszorg?

MARWIJK HWJ, GRUNDMELJER HGLM, BRUEREN MM, Et al. NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 1994;37:482-90.

MELKER RA DE, JACOBS HM, KREUGER FAF, et al. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1994;37:46-51.

Nationale Commissie Chronisch Zieken. Werk op maat: advies arbeidsmarktpositie van mensen met chronische gezondheidsproblemen. Zoetermeer: NCCZ, 1995.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.

Nederlands instituut voor Onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Rapport 'Arbeid en gezondheid. Utrecht: NIVEL, 1993.

NIJHUIS FJN, HORST FG VAN DER, JANSSEN M et al. De arbeidspositie en gezondheid/functioneren van mensen met diabetes van 20-35 jaar. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.

OOSTERLING-SCHIERECK HE. Bedrijvenpoli en Riagg-bedrijfszorg: voorrang voor bedrijven. Med Contact 1994;49:667-8.

POST D. Samenwerking stimuleren tussen sociale geneeskunde en curatieve sector: werken aan hetzelfde doel. Med Contact 1994;49:1179-81.

PRINS R, KOSTER M. Scheiding van behandeling en controle: verslag van een symposium. KNMG/AS/tri, Utrecht/Leiden, 1996.

RUTTEN FH, BOHNEN AM, HUFMAN P, et al. NHG-Standaard Angina Pectoris. Huisarts Wet 1994;37:398-406.

SIETSMA E, BERGE TL TEN. Huisarts heeft goede positie in begeleiden ziekteverzuim. De Huisarts 1995;juli:6-10.

VELDEN J VAN DER, ABRAHAMSE HPHH, BAKKER DH DE. Arbeid en gezondheid gezien vanuit de huisartspraktijk. TSG 1995;73:300-7.

VISCH P. Het is ernst met de aanpak van het ziekteverzuim: nieuwe wet leidt tot creatief management. Med Contact 1994;49:458-9.

WAART MAC VAN DER, DEKKER FW, NIJHOFF S, THIADENS HA, WEEL C VAN, HELDER M, STARMANS R, ROSMALEN CFH. NHG-Standaard CARA bij volwassenen: behandeling. In: Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

WEVERS CWJ, NIJBOER ID, ANDRIES T et al. Arbeidsmarktpositie chronisch zieken: overzichtsstudie naar Nederlandse literatuur van de laatste tien jaar, databestanden en lopende arbeidsprojecten. Zoetermeer: NCCZ, 1993.

WILLEMS JHBM, CROON NHTH. De zieke werknemer: informatieboekje voor de curatieve sector over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1	Vragenlijst voor huisartsen	40
-----------	-----------------------------	----

BIJLAGE 1

Vragenlijst voor huisartsen

CHRONISCH ZIEKEN EN WERK

vragenlijst voor huisartsen

Toelichting

1. Om de vragen concreter te maken hebben we ervoor gekozen een aantal chronische ziekten als voorbeeld te nemen, waarbij het begrip chronisch ruim opgevat dient te worden. Na gesprekken met een aantal huisartsen is de volgende selectie gemaakt:
 - (status na) hartinfarct
 - diabetes mellitus, type II
 - lage rugpijn (langer bestaande, danwel recidiverend)
 - CARA
 - overspannenheid
 - migraine
2. (Vrijwel) alle vragen hebben betrekking op patiënten in de leeftijd van *18 tot 65 jaar*.
3. Met werk wordt bedoeld het verrichten van betaalde arbeid (dat omvat ook patiënten die in de ziektewet of tijdelijk in de WAO zitten)
4. Het gaat bij de vragen om contacten (consult/visite) waarbij de hierboven genoemde ziekten *expliciet* aan de orde komen
5. Deze enquête heeft een nummer; dat dient uitsluitend om na te kunnen gaan wie heeft gereageerd. Daarna wordt de enquête volledig anoniem verwerkt.
6. Huisartsen die de concept-vragenlijst hebben ingevuld, hebben daar gemiddeld een half uur over gedaan.
7. Mocht u vragen hebben over of naar aanleiding van deze vragenlijst, aarzelt u dan niet te bellen met:
 - Dhr. W. Davidse, arts (071-5181751)
 - Mw. Ir. A.M.J. Chorus (071-5181725)

Vragenlijst

Eerst stellen wij enkele algemene vragen

1. Wat is uw leeftijd? ... jaar
2. Wat is uw geslacht?
- ☐¹ man
- ☐² vrouw
- 3a. In welk soort praktijk werkt u?
- ☐¹ solopraktijk
- ☐² duopraktijk
- ☐³ groepspraktijk
- 3b. Indien u in een groepspraktijk werkt, hoeveel huisartsen zijn daar in totaal werkzaam?
4. In welk gebied bent u werkzaam?
- ☐¹ platteland
- ☐² stedelijk (< 100.000 inwoners)
- ☐³ grote stad (>100.000 inwoners)
5. Hoeveel patiënten telt de praktijk als geheel? patiënten
6. Hoeveel jaar bent u al praktizerend huisarts? jaar

- 7a. Hoeveel patiënten **in de leeftijdsgroep van 18 - 65** jaar met de onderscheiden chronische aandoeningen telt uw praktijk naar schatting? (Gaarne invullen in onderstaand schema.)
- 7b. Hoeveel contacten (spreekuur/visite) heeft u in het afgelopen jaar gemiddeld per patiënt gehad? (Het gaat hier om alle contacten, dus ook contacten voor andere problemen.)

chronische ziekte	aantal patiënten	gemiddeld aantal contacten per patiënt
status na hartinfarct		
diabetes mellitus, type II		
lage rugpijn		
CARA		
overspannenheid		
migraine		

8. In contacten met deze patiënten kunnen de thuissituatie en/of het werk ter sprake komen. Wij verzoeken u in onderstaand schema de verschillende aandoeningen te rangschikken van 1 tot 6. Het cijfer 1 wordt toegekend aan de ziekte waarbij tijdens contacten met de betreffende patiënten de thuissituatie danwel het werk het meest aan de orde komt, en cijfer 6 aan de ziekte waarbij dat het minst het geval is.

chronische ziekte	thuissituatie	werk
status na hartinfarct		
diabetes mellitus, type II		
lage rugpijn		
CARA		
overspannenheid		
migraine		

9. Als de thuissituatie en/of het werk ter sprake komen, op wiens initiatief gebeurt dat dan doorgaans? (Graag aankruisen wat van toepassing is.)

	thuissituatie		werk	
initiatief:	huisarts	patiënt	huisarts	patiënt
chronische ziekte				
status na hartinfarct				
diabetes mellitus, type II				
lage rugpijn				
CARA				
overspannenheid				
migraine				

De volgende vragen hebben betrekking op de werksituatie van chronische patiënten.

Zoals vermeld wordt hierbij uitgegaan van patiënten met betaalde arbeid (dat omvat ook patiënten die in de ziektewet of tijdelijk in de WAO zitten)

10. Indien u degene bent die het initiatief neemt om de arbeidssituatie ter sprake te brengen, waar hangt dit dan vanaf? (kruis de belangrijkste reden aan).

- ☐¹ dat doe ik altijd als ik een probleem m.b.t. arbeid vermoed
- ☐² ik vind dat je arbeid stelselmatig aan de orde moet stellen, ook wanneer de patiënt er (op dat moment) geen directe aanleiding toe geeft
- ☐³ dat gaat eigenlijk ad hoc
- ☐⁴ overig, te weten

11. We gaan uit van de groep patiënten tot 65 jaar, met de 6 genoemde chronische aandoeningen, die betaalde arbeid (incl. ziektewet of tijdelijke WAO) verrichten.

Bij welk deel van deze patiënten is in het afgelopen jaar tijdens een consult of visite het werkaspect ter sprake gekomen?

- ☐¹ 75-100%
- ☐² 50-75%
- ☐³ 25-50%
- ☐⁴ ≤ 25%

- 12a. Het kan zo zijn dat chronische patiënten een zekere schroom hebben om over hun werk te praten. Hoe vaak komt dat naar uw ervaring voor?

- ☐¹ regelmatig ---> door naar vraag 12b
- ☐² weinig ---> door naar vraag 12b
- ☐³ (vrijwel) nooit ---> door naar vraag 13

- 12b. Hieronder treft u een aantal mogelijke redenen daarvoor aan. Wilt u de volgens u twee belangrijkste redenen aankruisen.

- ☐¹ patiënten ontkennen vaak problemen op het werk
- ☐¹ patiënten zien het als controle
- ☐¹ patiënten denken dat dit primair de taak van de bedrijfsarts is
- ☐¹ patiënten denken dat de (medische) klachten toch wel spoedig over gaan
- ☐¹ patiënten zien het verband tussen de klachten en het werk vaak niet
- ☐¹ nogal wat patiënten geloven dat de huisarts geen invloed kan hebben op de arbeids-situatie

13. Hoeveel keer heeft u in het afgelopen jaar contact gehad met de bedrijfsarts over patiënten met de onderscheiden ziekten?

chronische ziekte	op initiatief bedrijfsarts	op uw initiatief
status na hartinfarct		
diabetes mellitus, type II		
lage rugpijn		
CARA		
overspannenheid		
migraine		

14. Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar aan patiënten met de 6 onderscheiden chronische aandoeningen een advies gegeven met betrekking tot preventieve maatregelen op het werk, dat wil zeggen aanpassingen en/of eventueel ander werk?

aan deze patiënten maal

aan bedrijfsartsen

betreffende deze patiënten maal

Nu willen wij u enkele vragen stellen over de afzonderlijke ziekten.

Status na hartinfarct

15. Wiens taak is het primair om in de praktijk van alledag de patiënt te adviseren over een eventuele werkhervatting? (slechts één antwoord aankruisen)

- ☐¹ dat is primair mijn taak, aangezien ik doorgaans de behandelaar ben ---> door naar vraag 16a
- ☐² dat is primair mijn taak, ook als een ander de behandelaar is ---> door naar 16a
- ☐³ die van de bedrijfsarts ---> door naar vraag 17a
- ☐⁴ die van de cardioloog ---> door naar vraag 17a

- 16a. Bij welk deel van deze patiënten, voorzover ze betaalde arbeid verrichten en u ze ziet, neemt u het initiatief om over een eventuele werkhervatting te praten? (slechts één alternatief aankruisen)
- ☐¹ 75-100%
- ☐² 50-75%
- ☐³ 25-50%
- ☐⁴ ≤ 25%
- 16b. Hoeveel weken na het infarct doet u dat gemiddeld gesproken? weken
- 16c. Wat komt daarbij aan de orde?
- 17a. Indien de advisering over werkhervatting in de praktijk van alledag primair de taak van de cardioloog of de bedrijfsarts is, ziet u voor u zelf dan nog een taak weggelegd?
- ☐¹ Nee ---> door naar vraag 18
- ☐² Ja
- 17b. Zo ja, waar bestaat die taak dan uit? (meer dan één antwoord mogelijk)
- ☐¹ bij de patiënt nagaan of deze adequaat is geïnformeerd
- ☐¹ aanvullend adviseren, indien wenselijk
- ☐¹ overig, te weten

Diabetes mellitus, type II

18. Wiens taak is het primair om in de praktijk van alledag de patiënt voor te lichten over werkaspecten? (slechts één antwoord mogelijk)
- ☐¹ dat is primair mijn taak, aangezien ik doorgaans de behandelaar ben ---> door naar vraag 19
 - ☐² dat is primair mijn taak, ook als een ander de behandelaar is ---> door naar 19
 - ☐³ die van de bedrijfsarts ---> door naar vraag 20
 - ☐⁴ die van de internist ---> door naar vraag 20
19. Waar is die voorlichting op gericht? (meer dan één antwoord mogelijk)
- ☐¹ het bereiken van een zekere regelmaat in het werk
 - ☐¹ geruststelling van patiënten (o.a. vertellen dat ze in feite alles kunnen doen)
 - ☐¹ overig, te weten

Langer bestaande of recidiverende lage rugpijn

20. Wiens taak is het primair om in de praktijk van alledag aandacht te schenken aan werkaspecten in relatie tot deze klachten? (slechts één antwoord mogelijk)
- ☐¹ dat is primair mijn taak, aangezien ik doorgaans de behandelaar ben ---> door naar vraag 21a
 - ☐² dat is primair mijn taak, ook als een ander de behandelaar is ---> door naar 21a
 - ☐³ die van de bedrijfsarts ---> door naar vraag 22
 - ☐⁴ die van een ander, te weten ---> door naar vraag 22

21a. Probeert u altijd na te gaan of de rugpijn (mede) veroorzaakt wordt door belastend werk of een verkeerde houding op het werk?

☐¹ Ja

☐² Nee

21b. Zo nee, waarom gaat u dat niet altijd na?

21c. Als u aanwijzingen vindt dat er een relatie is tussen werk en de lage rugpijn, wat is dan over het algemeen uw beleid?

(denk b.v. aan verwijzing, contact zoeken met de bedrijfsarts en dergelijke)

22. Is er in de behandeling/begeleiding verschil tussen patiënten met lage rugpijn die betaald werk doen en patiënten met lage rugpijn die geen betaald werk doen (b.v. qua verwijzing)?

CARA

23. Wiens taak is het primair om in de praktijk van alledag aandacht te schenken aan werkaspecten in relatie tot CARA (slechts één alternatief aankruisen).

☐¹ dat is primair mijn taak, aangezien ik doorgaans de behandelaar ben ---> door naar vraag 24a

☐² dat is primair mijn taak, ook als een ander de behandelaar is ---> door naar 24a

☐³ die van de bedrijfsarts ---> door naar vraag 25

☐⁴ die van de longarts ---> door naar vraag 25

24a. Probeert u altijd na te gaan of de exacerbaties mede door prikkels in de werkomgeving optreden?

☐¹ Ja

☐² Nee

24b. Zo nee, waarom gaat u niet altijd op werkfactoren in?

24c. Als u aanwijzingen vindt dat de exacerbatie (mede) veroorzaakt wordt door werkfactoren, wat is dan over het algemeen uw beleid?

Overspannenheid

25. Wiens taak is het primair om in de praktijk van alledag het werkaspect een plaats te geven in de behandeling en begeleiding? (slechts één alternatief aankruisen)

☐¹ dat is primair mijn taak, aangezien ik doorgaans de behandelaar ben ---> door naar vraag 26a

☐² dat is primair mijn taak, ook als een ander de behandelaar is ---> door naar 26a

☐³ die van de bedrijfsarts ---> door naar vraag 27

☐⁴ die van een ander, te weten ---> door naar vraag 27

26a. Probeert u altijd na te gaan in hoeverre overspannenheid samenhangt met factoren op het werk?

☐¹ Ja

☐² Nee

26b. Zo nee, waarom gaat u dat niet altijd na?

- 26c. Als u aanwijzingen vindt dat de overspannenheid (mede) veroorzaakt wordt door werkfactoren, wat is dan over het algemeen uw beleid?
27. Welk percentage van deze patiënten verwijst u door naar anderen voor behandeling? (b.v. RIAGG; cursussen gericht op werk en dergelijke) %
28. Is er in de behandeling/begeleiding verschil tussen overspannen patiënten die betaald werk doen en overspannen patiënten die geen betaald werk doen?
Zo ja, waaruit bestaat dat verschil?

Migraine

29. Wiens taak is het primair om in de praktijk van alledag het werkaspect een plaats te geven in de behandeling en begeleiding? (slechts één alternatief aankruisen)
- ☐¹ dat is primair mijn taak, aangezien ik doorgaans de behandelaar ben ---> door naar vraag 30a
- ☐² dat is primair mijn taak, ook als een ander de behandelaar is ---> door naar 30a
- ☐³ die van de bedrijfsarts ---> door naar vraag 31a
- ☐⁴ die van de neuroloog ---> door naar vraag 31a
- 30a. Probeert u altijd na te gaan in hoeverre migraine samenhangt met factoren op het werk?
- ☐¹ Ja
- ☐² Nee
- 30b. Zo nee, waarom gaat u dat niet altijd na?
- 30c. Als u aanwijzingen vindt dat de migraine samenhangt wordt met werkfactoren, wat is dan over het algemeen uw beleid?

De volgende vragen zijn van algemene aard

- 31a. Deze vraag heeft betrekking op jeugdige patiënten met chronische aandoeningen in het algemeen. Speelt volgens uw ervaring de aandoening een belangrijke rol bij de keuze door deze patiënten van hun beroep en/of werkzaamheden?
- 31b. Wat kunt u als huisarts doen om te bewerkstelligen dat deze patiënten later onder voor hen optimale condities kunnen werken?
- 31c. Adviseert u deze patiënten hierover stelselmatig? Zo ja, hoe doet u dat?
32. In een aantal vragen kwam de mogelijkheid aan de orde dat u advies geeft over het werk van een patiënt. Indien u dat doet, welke procedure volgt u dan daarbij meestal? (slechts één antwoord aankruisen)
- ☐¹ niet van toepassing: ik geef dergelijke adviezen niet
- ☐² ik geef mijn advies direct aan de patiënt
- ☐³ ik vraag de patiënt of deze naar de bedrijfsarts gaat
- ☐⁴ ik zoek zelf contact met de bedrijfsarts
- ☐⁵ overig, te weten

Op de volgende pagina staan enkele stellingen over de relatie chronische patiënten - werk en de rol van de huisarts daarbij.

33. In hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende stellingen (per stelling slechts één alternatief aankruisen).

	helemaal mee eens	mee eens	oneens	in het ge- heel niet mee eens
	1	2	3	4
1. Op niet strikt medische zaken oefen je als huisarts wel degelijk veel invloed uit				
2. In zijn algemeenheid zouden huisartsen meer aandacht dienen te schenken aan het werkaspect in de behandeling en begeleiding van chronische patiënten				
3. Ik zou behoefte hebben aan bijscholing betreffende de consequenties die chronische aandoeningen hebben voor het werk van mijn patiënten				
4. Een goede huisarts dient zijn chronische patiënten een advies te geven over de vraag of en wanneer het werk te hervatten				
5. Bedrijfsartsen laten de laatste tijd de belangen van de werkgever prevaleren boven die van mijn chronische patiënten				
6. In contacten met niet-chronische patiënten komt het werk vaker aan de orde dan in contacten met chronische patiënten in de werkzame leeftijd				
7. Als huisarts neem je over het algemeen bij chronische patiënten vaker het initiatief om het werk ter sprake te brengen dan bij niet-chronische patiënten				
8. Juist bij chronische patiënten met een baan zijn speciale faciliteiten als een avondspreekuur nodig teneinde te voorkomen dat ze te vaak moeten verletten.				

34. In het voorgaande is een aantal aspecten van chronische aandoeningen, in het bijzonder het werk, aan de orde geweest.

Zijn er in uw benadering van chronische patiënten elementen die u nog zou willen benadrukken?

35. Tenslotte, met een beperkt aantal huisartsen willen wij een gesprek voeren teneinde dieper op dit onderwerp in te gaan. Bent u bereid hieraan mee te werken?

- ☐¹ ja
- ☐² nee

Hartelijk dank voor uw medewerking aan deze vragenlijst. Zoals in de brief vermeld worden gegevens anoniem verwerkt en gepubliceerd. Als u daar belangstelling voor heeft, willen wij gaarne de resultaten aan u opsturen.

- ☐¹ wel belangstelling
- ☐² geen belangstelling

Hartelijk dank voor uw medewerking

SAMENVATTING

De curatieve sector wordt steeds vaker geconfronteerd met chronische ziekten. De aanleiding tot dit onderzoek was dat er geen systematisch inzicht bestaat in de aandacht die behandelaars schenken aan de arbeidsmarktpositie van chronische patiënten.

Het doel van dit onderzoek was tweeledig: (1) het krijgen van antwoord op de vraag of en op welke wijze de curatieve sector aandacht schenkt aan de werksituatie van patiënten met chronische aandoeningen, en (2) het verkrijgen van inzicht in knelpunten die zich daarbij voordoen.

Over de opzet kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt. Het onderzoek is beperkt tot huisartsen, zijnde de centrale hulpverleners in de gezondheidszorg. Voorts is ervoor gekozen een aantal chronische aandoeningen te nemen als voorbeeld: (status na) hartinfarct, diabetes mellitus (type II), lage rugpijn, CARA, overspannenheid en migraine.

De informatie is verzameld door middel van een schriftelijke vragenlijst. Deze zijn opgestuurd naar een aselechte steekproef van 625 huisartsen in Nederland. Naast algemene vragen bevatte de vragenlijst vragen over de benadering van chronisch zieken in het algemeen, een aantal vragen over het beleid bij de zes afzonderlijke aandoeningen en een aantal meningsvragen.

De respons bedroeg 22%, hetgeen betekent dat de resultaten niet gegeneraliseerd kunnen worden.

De huisartsen geven aan dat de werksituatie het meest ter sprake komt bij overspannen patiënten, gevolgd door patiënten met lage rugpijn en personen met een status na hartinfarct. Diabetes mellitus en migraine scoren het laagst. Het initiatief om het werk ter sprake te brengen gaat vooral uit van de huisarts bij patiënten met CARA, patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt en overspannen patiënten. Opvallend is dat er volgens de huisartsen weinig contacten zijn met bedrijfsartsen.

Gevraagd is wiens taak het primair is patiënten te adviseren over werkhervatting danwel het werkaspect ter sprake te brengen of een plaats te geven in de behandeling en begeleiding van patiënten. Hier doen zich duidelijk verschillen voor tussen de categorieën aandoeningen. Bij diabetes mellitus type II, overspannenheid en migraine, en in iets mindere mate bij CARA en chronische lage rugpijn ziet het overgrote deel van de huisartsen dat als zijn of haar taak. Bij hartinfarct ligt dat geheel anders - daar is de cardioloog degene die dat volgens de huisartsen dient te doen. Volgens nogal wat huisartsen ligt op het punt van advisering over werk de taak primair bij de bedrijfsarts als het gaat om chronische lage rugpijn en hartinfarct.

Er is niet veel steun voor het maken van verschil tussen werkenden en niet-werkenden. Als huisartsen al een verschil maken in de behandeling en begeleiding, is dit situationeel van aard. Zij steunen op dit punt dus duidelijk de stellingname van de KNMG. Driekwart van de huisartsen is van mening dat men nu te weinig aandacht schenkt aan het werkaspect van chronische patiënten; een grote meerderheid onderschrijft de stelling dat men op niet-medische zaken wel invloed uit kan oefenen en de meerderheid is tevens van oordeel dat huisartsen advies moeten geven over werkhervatting. Een meerderheid van de deelnemende huisartsen heeft behoefte aan bijscholing over de consequenties van chronische aandoeningen voor het werk van patiënten.

Wat betreft het vervolg van dit doelsubsidieproject is er vanwege de lage respons voor gekozen af te wijken van het eerdere plan om eenzelfde soort vragenlijst ook bij andere hulpverleners uit te zetten. Het is niet realistisch te denken dat de respons dan hoger zou zijn. Daarom is de keuze gevallen op het uitwerken van de volgende projecten:

- ontwikkelen van vroegtijdige arbeidsbegeleiding op initiatief van de curatieve sector;
- diabetes en werk;
- chronische vermoeidheid en werk;
- ziekte van Bechterew en werk.