K 102541

nivel

Arbocuratieve samenwerking anno 2001

Het perspectief van de huisarts

Arbocuratieve samenwerking anno 2001

Het perspectief van de huisarts

ir. J.C.M. van der Burg
dr. A. van der Beek*
dr. F.G. Schellevis

*EMGO-Instituut Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

nivel

ISBN 90-6905-583-X

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 720

@2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

	Samenvatting	5
1	**Achtergrond van de ziekteverzuim- en WAO-problematiek**	7
1.1	De rol van arbocuratieve samenwerking in ziekteverzuim- en WAO-problematiek	7
1.2	Positie van de arbodienst en de bedrijfsarts	7
1.3	Overlap in de werkzaamheden van de huisarts en de bedrijfsarts	8
1.4	Verbetering in samenwerking	8
1.5	Opbouw van dit rapport	9
2	**Het onderzoeksprogramma 'Arbeid en gezondheid'**	11
2.1	Veertien regionale projecten	11
2.2	Evaluatie van de projecten	11
2.3	Referentiegegevens voor de evaluatie	12
2.4	Doel en vraagstellingen van dit onderzoek	13
3	**Methoden**	15
3.1	Opzet en onderzoekspopulatie	15
3.2	Meetmethoden	15
3.3	Analyses	16
4	**Resultaten**	17
4.1	Beschrijving van de onderzoekspopulaties	17
4.2	Arbeidsongeschiktheid in de bevolking en contact met de bedrijfsarts	17
4.3	Arbocuratieve samenwerking	19
4.3.1	De taakopvatting van de huisarts	19
4.3.2	Het aantal contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen	21
4.3.3	De aard van de contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen	22
4.3.4	Ervaren knelpunten	24
4.3.5	Vertrouwen in bedrijfsartsen	25
4.3.6	Verantwoordelijkheden van huisartsen en bedrijfsartsen	26
4.3.7	Afhankelijkheid van bedrijfsartsen	27
4.3.8	Oordeel over contacten met bedrijfsartsen	28
5	**Discussie en Conclusie**	29
5.1	De taakopvatting van de huisarts met betrekking tot werkgerelateerde aandoeningen	29
5.2	Het aantal en de aard van de contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen	30

5.3 Ervaren knelpunten in arbocuratieve samenwerking 30
5.4 Vertrouwen, verantwoordelijkheid en afhankelijkheid van huisartsen van bedrijfsartsen 31
5.5 Algemene conclusie over arbocuratieve samenwerking anno 2001 32

Literatuur 33

Afkortingen

Bijlagen:
Bijlage I Vragen in de patiëntenquête betreffende contact met de bedrijfsarts
Bijlage II Vragen in de huisartsenquête betreffende arbocuratieve samenwerking
Bijlage III Uitkomsten opgesplitst naar NS2-referentiegroep en NS2-controlegroep

Samenvatting

Sinds een aantal jaren is er, mede vanwege een stijging van de toestroom in de WAO, hernieuwde aandacht voor de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Een betere samenwerking zou kunnen bijdragen aan een meer optimale behandeling bij (arbeidsongeschiktheid vanwege) ziekte, vanuit zowel curatief perspectief als vanuit het perspectief van verzuimbegeleiding en reïntegratie. Hoewel dit tot heden nog niet empirisch is aangetoond, is het denkbaar dat een betere samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen leidt tot een lager, respectievelijk korter ziekteverzuim.
In het kader van het programma 'Arbeid en gezondheid' dat in opdracht van de ministeries van VWS en SZW wordt uitgevoerd, zijn in 2001 veertien projecten van start gegaan waarin met diverse interventies de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen wordt bevorderd. Deze 14 projecten worden alle afzonderlijk geëvalueerd, en daarnaast wordt ook een evaluatie op supraregionaal (nationaal) niveau uitgevoerd teneinde de behaalde resultaten in de afzonderlijke projecten ook onderling te kunnen vergelijken. Alle evaluatiestudies zijn opgezet als een vergelijking van de situatie vóór en na de interventie zonder controlegroep. Het in dit rapport beschreven onderzoek had tot doel om een beschrijving te geven van de arbocuratieve samenwerking zoals die anno 2001 in Nederland was vanuit het perspectief van de huisarts. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarmee dienen als referentie-informatie bij de effectevaluaties van de projecten in het programma 'Arbeid en gezondheid'.
De vraagstelling van het onderzoek luidt:

> *'In welke mate werken anno 2001 huisartsen samen met bedrijfsartsen, welke knelpunten worden ervaren en hoe wordt deze samenwerking door huisartsen beoordeeld?'*

Voor het beantwoorden van deze vraagstelling zijn gegevens verzameld in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bij de 195 daaraan deelnemende huisartsen; deze onderzoeksgroep vormt een goede afspiegeling van de huisartsen in Nederland.
Huisartsen geven aan gemiddeld tweemaal per maand contact te hebben met een bedrijfsarts. Het initiatief voor het contact gaat meestal uit van de bedrijfsarts en de contacten zijn meestal bedoeld om informatie uit te wisselen of te overleggen over behandeling of begeleiding van de patiënt. Als praktische knelpunten in de samenwerking met bedrijfsartsen worden vooral onbekendheid met de naam, respectievelijk telefoonnummer van de bedrijfsarts van de patiënt genoemd. Het vertrouwen van huisartsen in het werk van bedrijfsartsen is overheersend neutraal. Ruim 70% van de huisartsen zegt vaak te weten welk werk de patiënt doet en ongeveer tweederde van de huisartsen vindt dat het advies over het staken of hervatten van werk een taak van de huisarts is. Driekwart van

de huisartsen vindt dat zij meer dan de bedrijfsarts verantwoordelijk zijn voor verwijzing naar een specialist bij een arbeidsgerelateerde aandoening, bij diagnostische en therapeutische handelingen geeft de helft van de huisartsen aan dat huisartsen en bedrijfsartsen evenveel verantwoordelijk zijn. Tweederde van de huisartsen beoordeelt de contacten met bedrijfsartsen over patiënten als redelijk of goed.
Teneinde deze resultaten in de context te kunnen plaatsen van het feitelijk handelen van huisartsen zijn ook 1350 op video opgenomen spreekuurcontacten geobserveerd. In de 501 spreekuurcontacten met personen tussen 18 en 65 jaar met betaald werk bleek in 54% het werk van de patiënt tenminste terloops ter sprake te komen. In 37% van deze contacten kwam het staken of hervatten het werk ter sprake; in 41% werd het (mogelijk) verband tussen werk en de gepresenteerde klachten besproken. In drie contacten kwam een (mogelijk) contact met de bedrijfsarts ter sprake.
De bevindingen uit de enquête onder huisartsen komen in grote lijnen overeen met eerder uitgevoerd onderzoek in 1997; er lijkt sindsdien weinig veranderd in de arbocuratieve samenwerking vanuit het perspectief van de huisarts. Huisartsen vinden dat zij een taak hebben bij de diagnostiek, behandeling en advisering over het staken of hervatten van werk bij arbeidsgerelateerde aandoeningen. In het contact met patiënten blijkt werk, ziekteverzuim of contact met de bedrijfsarts in ruim de helft van de gevallen aan de orde te komen. Uit de houding van huisartsen ten opzichte van bedrijfsartsen zoals die uit dit onderzoek naar voren komt blijkt wel dat zij op veel punten openstaan voor samenwerking met bedrijfsartsen.

1 Achtergrond van de ziekteverzuim- en WAO-problematiek

1.1 De rol van arbocuratieve samenwerking in ziekteverzuim- en WAO-problematiek

Sinds enige jaren neemt het aantal arbeidsongeschikte werknemers weer toe. In 2000 was het totaal aantal arbeidsongeschikten gestegen tot 952.660, zo'n 13% van de beroepsbevolking (LISV, 2001). In brede kring (waaronder diverse overheidsinstanties) wordt inmiddels het belang onderkend van het terugdringen van het ziekteverzuim. Door het aanbrengen van veranderingen in de wetgeving heeft de overheid de laatste jaren gepoogd om het ziekteverzuim en de WAO-toestroom in te perken.
Als één van de mogelijke factoren die bijdragen aan het voortduren van ziekteverzuim, en daardoor aan instroom in de WAO, wordt de slecht lopende samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen (arbocuratieve samenwerking) genoemd. In Nederland zijn behandeling en controle van werkgerelateerde gezondheidsproblemen gescheiden. Als gevolg hiervan werken huisartsen en bedrijfsartsen vaak langs elkaar heen. Dit zou ertoe bijdragen dat mensen niet optimaal behandeld worden en onnodig in de WAO terechtkomen.
Zowel binnen als buiten de beroepsgroep van huisartsen wordt toenemend belang gehecht aan de rol van de huisarts op het gebied van arbeid en gezondheid. Tot op heden zouden veel huisartsen werkgebonden problematiek niet als zodanig herkennen (Nauta, 2000). Toch behoort het geven van advies aan de patiënt over werken of niet werken tot de taken van de huisarts (Van Amstel en Buijs, 1997). Volgens bedrijfsartsen zouden huisartsen vaker uit zichzelf contact moeten opnemen met de bedrijfsarts om het beleid af te stemmen en zouden zij de oude scheiding tussen behandeling en controle meer naast zich neer moeten leggen. Volgens huisartsen zouden bedrijfsartsen gerichtere vragen moeten stellen aan huisartsen en hen moeten betrekken bij verwijzingen (Weel et al., 1999).
Aan de slechte samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen liggen, naast andere, twee belangrijke factoren ten grondslag, namelijk a) de veranderde positie van de arbodienst en de bedrijfsarts en b) de onderlinge overlap in werkzaamheden die is ontstaan. Waarom dit van invloed is op de samenwerking wordt in de volgende twee paragrafen toegelicht.

1.2 Positie van de arbodienst en de bedrijfsarts

Arbodiensten en bedrijfsartsen staan de laatste jaren meer onder invloed van het marktmechanisme. Bedrijven gaan bij voorkeur contracten aan met arbodiensten die de belangen van het bedrijf het beste behartigen. De bedrijfsarts moet hierdoor ook rekening houden met de belangen van de werkgever. De bedrijfsarts is dus niet geheel onafhan-

kelijk van de werkgevers (Bakker et al., 1999). Voor huisartsen is de positie van de bedrijfsarts onduidelijk, hierdoor ontstaat wantrouwen (Nauta et al., 1999). Verder worden bedrijfsartsen volgens het Burgerlijk Wetboek (art. 7:457 lid 1) niet geacht rechtstreeks betrokken te zijn bij de behandelingsovereenkomst. Hierdoor worden zij beperkt in hun mogelijkheden om van behandelaars uit het curatieve circuit informatie over patiënten te te verkrijgen; artsen uit het curatieve circuit worden geacht zich aan de privacy-wetgeving en de WGBO te houden en gaan pas over tot gegevensuitwisseling na afgifte van een *informed consent* door de patiënt. Ook de richtlijnen van de KNMG over informatieuitwisseling zijn in dit verband van belang. Hierdoor bureaucratiseert de overlegstructuur tussen huisartsen en arbodiensten. Dit belemmert een goede samenwerking tussen artsen en is lang niet altijd in het belang van de patiënt (Bakker et al., 1999).

1.3 Overlap in de werkzaamheden van de huisarts en de bedrijfsarts

Verzuimbegeleiding en advisering over verzuim vormen een belangrijk deel van het takenpakket van de bedrijfsarts. Doordat werkgevers zich verzekeren tegen ziekteverzuim krijgen bedrijfsartsen bijvoorbeeld de mogelijkheid patiënten versneld te verwijzen naar een aantal onderzoeks- en behandelvoorzieningen (de zogenaamde tweedelijns arbozorg). Hierdoor ontstaat overlap tussen het werkterrein van de curatieve sector en dat van de bedrijfsgezondheidszorg. Vóór invoering van de nieuwe wetten hielden bedrijfsartsen zich nauwelijks bezig met verwijzen. Nu zouden zij hun verwijzingen moeten afstemmen met de huisarts (Bakker et al., 1999).
Terwijl de samenwerking door de bovengenoemde factoren belangrijk is geworden, blijken er in de praktijk echter veel praktische obstakels te bestaan die deze samenwerking bemoeilijken. Voor huisartsen is het niet altijd gemakkelijk te achterhalen welke bedrijfsarts de belangen van een specifieke patiënt behartigt (Bakker et al., 1999; Nauta en Von Grumbkow, 2001). Anderzijds geven ook bedrijfsartsen aan dat huisartsen moeilijk bereikbaar zijn (Nauta et al., 1999). Ook patiënten kunnen een obstakel vormen door toestemming tot het uitwisselen van informatie te weigeren. Tenslotte speelt tijdgebrek een belangrijke rol (Weel et al., 1999). De obstakels voor een goede samenwerking kunnen deels worden weggenomen door het invoeren van normen (richtlijnen) voor de momenten waarop overleg moet plaatsvinden (Bakker et al., 1999).

1.4 Verbetering in samenwerking

Bij zowel huisartsen als bedrijfsartsen is er bereidheid om de onderlinge samenwerking te verbeteren (Buijs, 2001a-d; Anema et al., 2001). In het onderzoek van Van Amstel en Buijs (1997) werd door het merendeel van de deelnemende huisartsen aangegeven dat, om een betere samenwerking te bereiken, duidelijkheid gewenst is over wanneer samenwerking nodig en nuttig is en dat richtlijnen nodig zijn die aangeven wie waarvoor verantwoordelijk is. In lijn hiermee is recentelijk de leidraad voor huisartsen en bedrijfsartsen bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim uitgegeven door de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) en de LHV (Landelijke Huis-

(artsen Vereniging) (Anema, 2002). Het doel dat men bij de leidraad voor ogen heeft is het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de patiënt en het behoud van diens arbeidsgeschiktheid. In de leidraad wordt gesteld dat de huisarts verantwoordelijk is voor diagnostiek en behandeling. De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor begeleiding en reïntegratie. Over wanneer en waarom men zou moeten samenwerken zijn beslismomenten en bijbehorende beoordelingscriteria op het gebied van informatie-uitwisseling vastgesteld. Er wordt helder gemaakt wanneer het voor afstemming van inzicht en afstemming van advies nuttig en nodig is contact op te nemen met elkaar.
Naast de algemene leidraad voor het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen zijn er ook voor specifieke werkgerelateerde klachten richtlijnen ontwikkeld. Psychische klachten en klachten van het bewegingsapparaat zijn de meest voorkomende werkgerelateerde klachten. Zowel de huisarts als de bedrijfsarts krijgen met deze klachten te maken. Daarom zijn voor de behandeling van deze klachten gezamenlijk richtlijnen ontwikkeld (Maassen, 2001), respectievelijk wordt gewerkt aan het op elkaar afstemmen van richtlijnen (Hulshof et al., 2002a; Hulshof et al., 2002b).
Ondanks dat met de hierboven genoemde factoren een plausibele verklaring kan worden gegeven waarom de stroef verlopende samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen van invloed kan zijn op de duur van het ziekteverzuim, is deze invloed volgens Nauta (2000) nog niet aangetoond. Over het algemeen vindt zij dat er hoge verwachtingen bestaan over het beter samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen zonder dat er wetenschappelijk bewijs is van de gunstige effecten van een betere samenwerking op het gebied van ziekteverzuim en instroom in de WAO.

1.5 Opbouw van dit rapport

In de bovenstaande paragrafen is geschetst dat de interesse voor arbocuratieve samenwerking de laatste jaren bij verschillende (overheids)instanties is toegenomen. Diverse initiatieven zijn ontplooid om een betere samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts te stimuleren. Hieronder hoort ook het onderzoeksprogramma 'Arbeid en Gezondheid' dat in opdracht van de ministeries van VWS en SZW wordt uitgevoerd. Het Nivel heeft, in samenwerking met het EMGO instituut (VUMC), binnen dit programma een onderzoeksproject uitgevoerd. In dit rapport worden de resultaten van dit onderzoeksproject gepresenteerd. In hoofdstuk 2 wordt eerst een beschrijving gegeven van de opzet van het onderzoeksprogramma 'Arbeid en Gezondheid' als geheel en de plaats van het hier beschreven onderzoeksproject. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de doelstelling van dit onderzoek en de vraagstellingen die worden beantwoord. In hoofdstuk 3 volgt een korte beschrijving van de opzet en uitvoering van de 'Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (NS2) en wordt toegelicht op welke manier de gegevens voor dit onderzoek binnen de NS2 zijn verzameld en geanalyseerd. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Tenslotte volgt in hoofdstuk 5 de 'Discussie en conclusie'.

2 Het onderzoeksprogramma 'Arbeid en gezondheid'

2.1 Veertien regionale projecten

Begin 2001 zijn in het kader van het onderzoeksprogramma 'Arbeid en Gezondheid' in totaal 14 regionale implementatieprojecten van start gegaan met als doel de samenwerking in de dagelijkse praktijkvoering van huisartsen en bedrijfsartsen structureel te verbeteren. De verwachting is dat als gevolg van een betere samenwerking patiënten beter zullen worden behandeld en begeleid. Verwacht wordt dat dit uiteindelijk een positieve invloed zal hebben op het terugdringen van het ziekteverzuim. Het realiseren van een betere samenwerking is dus een intermediair doel. De 14 projecten hebben een verschillende achtergrond:

1 Zes regionale samenwerkingsprojecten zijn geïnitieerd door de LHV/NVAB in het kader van 'Plan van aanpak wachttijden in de zorg'. Deze projecten duren 24 maanden en worden in 2001 en 2002 uitgevoerd.
2 Acht regionale samenwerkingsprojecten zijn geïnitieerd in het kader van het ZonMw programma 'Samenwerking bij sociaal medische begeleiding' en 'Klachten aan het bewegingsapparaat'. Deze projecten duren 12 maanden en zijn in 2001 uitgevoerd.

Per regio worden zeer verschillende implementatieactiviteiten uitgevoerd zoals het ontwikkelen of invoeren van richtlijnen, nascholing, mini-stages, protocollen en dergelijke. De regio's omvatten de DHV-werkgebieden. Alle huisartsen binnen een aan een project deelnemende DHV-regio worden geïnformeerd over het project dat binnen het gebied wordt uitgevoerd. De huisartsen zijn vervolgens vrij in hun keuze om al dan niet actief aan het project te gaan deelnemen. Zo zijn er binnen elk project groepen actief en passief deelnemende huisartsen. De veertien projecten zijn verspreid over 10 verschillende DHV's (drie projecten zijn gesitueerd binnen de DHV-regio Groningen).

2.2 Evaluatie van de projecten

Om inzicht te krijgen in het proces en het effect van samenwerking dat door de projecten in gang is gezet vindt op twee manieren een evaluatie van deze regionale projecten plaats. Ten eerste wordt elk project op **intraregionale** basis geëvalueerd. Deze regionale evaluaties geven inzicht in het proces van samenwerking dat door het project in gang is gezet. Deze regionale evaluaties worden door vier verschillende onderzoeksinstituten uitgevoerd. Ten tweede worden de projecten op **supraregionale** basis (landelijk) geëvalueerd. Deze evaluatie levert onderling vergelijkbare gegevens op over de effecten van de regionale projecten. Deze landelijke evaluatie behelst onderzoek naar:

- de verandering in opvattingen, beeldvorming en beleving van zorgverleners over elkaar en hun onderlinge relatie;

- veranderingen in het feitelijke samenwerkingsgedrag van zorgverleners;
- de tevredenheid van patiënten over het handelen van de zorgverleners en de onderlinge afstemming tussen de zorgverleners.

Door de uitkomsten van de landelijke evaluatie te relateren aan de in de projecten ondernomen activiteiten en de gebruikte instrumenten, ontstaat een duidelijker beeld van wat werkt en wat niet goed uitpakt.
Gegevens worden verkregen door het laten invullen van schriftelijke vragenlijsten door huisartsen, bedrijfsartsen en patiënten en door interviews op twee meetmomenten aan het begin en aan het eind van de respectievelijke projecten. Over de volgende onderwerpen worden gegevens verzameld:

- kenmerken van de deelnemende huisartsen en bedrijfsartsen;
- het samenwerkingsgedrag van huisartsen en bedrijfsartsen bij een aselecte steekproef van individuele patiëntencontacten;
- het proces van samenwerking en de sociaal-psychologische factoren die van belang zijn om tot goede samenwerking te komen;
- de tevredenheid van patiënten over de verleende zorg.

De supraregionale evaluatie wordt uitgevoerd door een samenwerkingsverband van TNO-Arbeid, het Coronel Instituut (Academisch Medisch Centrum Amsterdam) en het Nederlands Kenniscentrum voor Arbeid en Klachten van het Bewegingsapparaat.

2.3 Referentiegegevens voor de evaluatie

Geen van de 14 projecten is opgezet als een experiment met een controlegroep. Zowel de intraregionale als de supraregionale evaluaties zijn opgezet met een zogenaamd *pre-post* design waarin op grond van een vergelijking tussen voor- en nameting het effect van de interventie wordt bepaald. Er dient echter ook rekening te worden gehouden met de verhoogde belangstelling voor arbocuratieve samenwerking in Nederland in het algemeen. Het is denkbaar dat dit ook een effect heeft gehad, onafhankelijk van de activiteiten binnen de projecten, op gedrag en opvattingen van huisartsen en bedrijfsartsen omtrent arbocuratieve samenwerking. Om voor dit effect te kunnen corrigeren zijn dus gegevens nodig van huisartsen en bedrijfsartsen die buiten de projectgebieden vallen. Zonder deze referentiegegevens kan in de evaluatie alleen worden nagegaan of er verschil is waar te nemen in de arbocuratieve samenwerking voor en na de projecten.
Wat betreft de doelgroep huisartsen is hieraan tegemoet gekomen door in het kader van de 'Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (NS2) over enkele van bovengenoemde onderwerpen, namelijk over het proces van samenwerking en sociaal-psychologische factoren die van belang zijn om tot goede samenwerking te komen, gegevens te verzamelen bij de aan de NS2 deelnemende huisartsen.
In figuur 2.1 wordt de opzet van de evaluatie van het onderzoeksprogramma nog eens schematisch samengevat. Het in dit rapport beschreven onderzoek betreft overigens uitsluitend de referentiegegevens.

Figuur 2.1 Opzet van de metingen in het kader van de supraregionale evaluatie en van de referentiegegevens van het onderzoeksprogramma 'Arbeid en Gezondheid'

	supraregionale evaluatie van acht ZonMw projecten en zes LHV/NVAB projecten	Referentiegegevens
T-0 metingen (gegevens eerste meting (2001) voor supraregionale evaluatie)	- interviews *performance* (bij steekproef van huis- en bedrijfsartsen) - vragenlijst samenwerking en sociaal-psychologische factoren - vragenlijst patiëntsatisfactie (bij patiënten van huisartsen of bedrijfsartsen die deelnamen aan de *performance* interviews)	- vragenlijst samenwerking en sociaal-psychologische factoren (bij huisartsen)
	(Interventie)	
T-1 metingen (gegevens tweede meting (2002) voor supraregionale evaluatie)	- interviews *performance* (bij steekproef van huis- en bedrijfsartsen) - vragenlijst samenwerking en sociaal-psychologische factoren - vragenlijst patiëntsatisfactie (bij patiënten van huisartsen of bedrijfsartsen die deelnamen aan de *performance* interviews)	geen *

* Het is zeer wenselijk om ook referentiegegevens ten tijde van de T-1 metingen te verzamelen teneinde ook eventuele veranderingen bij niet aan de projecten deelnemende huisartsen te kunnen detecteren. Hierover wordt nog overleg gevoerd.

2.4 Doel en vraagstellingen van dit onderzoek

Het in dit rapport beschreven onderzoek heeft tot **doel** een beschrijving te geven van de arbocuratieve samenwerking zoals die anno 2001 (ten tijde van de start van de 14 projecten) in Nederland was vanuit het perspectief van de huisarts. Deze kan tevens dienen als referentie-informatie voor de evaluatie van activiteiten ter bevordering van de arbocuratieve samenwerking in Nederland. Bij wijze van contextuele informatie worden tevens enkele gegevens gepresenteerd over arbeidsongeschiktheid en bezoek aan de bedrijfsarts in de praktijkpopulatie van de Nederlandse huisartsen.

In dit onderzoek staat de volgende **vraagstelling** centraal:

> *'In welke mate werken anno 2001 huisartsen samen met bedrijfsartsen, welke knelpunten worden ervaren en hoe wordt deze samenwerking door huisartsen beoordeeld?'*

De volgende deelvraagstellingen worden in dit onderzoek beantwoord:

1 Wat is de werkstatus van personen van 18 jaar en ouder?
2 Hoeveel personen van 18 jaar en ouder in de bevolking met betaalde arbeid en met een bedrijfsarts hebben in de afgelopen 12 maanden contact gehad met een bedrijfsarts?
3 In welke mate komen het werk en de bedrijfsarts ter sprake tijdens huisarts-patiënt contacten?
4 Wat is de taakopvatting van de Nederlandse huisartsen met betrekking tot werkgerelateerde gezondheidsproblemen?
5 Met welke frequentie en op welke manier wordt door Nederlandse huisartsen structureel overleg gevoerd met bedrijfsartsen?
6 Wat is de aard van het structureel overleg tussen huisartsen en bedrijfsartsen; op wiens initiatief vindt overleg plaats en met welke redenen?
7 Welke knelpunten ondervinden huisartsen bij het leggen van contact met de bedrijfsarts?
8 In hoeverre zijn huisartsen tevreden over de relatie met bedrijfsartsen en welke sociaal-psychologische percepties hebben huisartsen over bedrijfsartsen?

3 Methoden

3.1 Opzet en onderzoekspopulatie

De 'Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (NS2) is een onderzoeksprogramma waarvoor de gegevensverzameling plaatsvond in de jaren 2000 en 2001. In totaal namen 195 huisartsen (werkzaam in 104 praktijken) uit heel Nederland deel, die wat betreft de belangrijkste kenmerken representatief zijn voor de populatie van huisartsen in Nederland. Gegevens werden verzameld middels vijf verschillende wegen (Schellevis et al., 2000):

1 Patiëntregistratie - een korte schriftelijke enquête die bij alle ingeschreven patiënten (395.421 personen) van de deelnemende huisartsen werd afgenomen en die informatie verschaft over socio-demografische kenmerken van de praktijkpopulatie (de respons hierop bedroeg 75%).
2 Patiëntenquête - een uitgebreide mondelinge enquête die werd afgenomen bij een aselecte steekproef van 12.699 personen (= respons van 65%) uit de praktijkpopulatie en waarin gegevens werden verzameld met betrekking tot ervaren gezondheid, zorggebruik en determinanten daarvan.
3 Contactregistratie - registratie van gegevens door middel van geautomatiseerde registratie in het Huisarts Informatie Systeem met betrekking tot ziekten en verrichtingen tijdens contacten met patiënten gedurende 12 maanden (395.421 personen).
4 Huisarts/praktijkassistente-enquête - een uitgebreide schriftelijke vragenlijst bij alle deelnemende huisartsen en praktijkassistentes waarin gevraagd werd naar onder andere praktijkorganisatie en praktijkvoering (195 huisartsen).
5 Opnamen van spreekuurcontacten op video (15 consulten per huisarts).

3.2 Meetmethoden

Gegevens uit de patiëntregistratie en patiëntenquête zijn gebruikt om arbeidsongeschiktheid en bezoek aan de bedrijfsarts door patiënten van de aan de NS2 deelnemende huisartsen te beschrijven. Voor het beschrijven van de arbocuratieve samenwerking zijn de vragen hieromtrent uit de huisartsenquête (zie bijlage III) en de op video opgenomen spreekuurcontacten gebruikt.
De vragen in de huisartsenquête over de taakopvatting van huisartsen met betrekking tot werkgerelateerde gezondheidsproblemen en over de omvang en aard van het structureel overleg tussen huisarts en bedrijfsarts zijn afkomstig uit het rapport van Van Amstel en Buijs (1997); de vragen over sociaal-psychologische factoren zijn afkomstig van Nauta en van Grumbkow (2002). De respons op de huisartsenquête bedraagt 97% (N=188).

Bij de systematische observatie van de video-opnamen is een zelf ontwikkelde lijst met items gebruikt. Bij het observeren van de video-opnamen werden de items al dan niet aangekruist door de observatoren. Hierbij is geen inter-observator betrouwbaarheid berekend aangezien de lijst erg eenduidig is. Aangenomen mag worden dat de variatie in de manier van invullen tussen de observatoren te verwaarlozen is.
In onderstaand schema (figuur 3.1) is samengevat op welke manier de in dit rapport gepresenteerde gegevens zijn verkregen uit de verschillende onderdelen van de NS2.

Figuur 3.1 Meetmethoden

Onderwerp	Meetmethode	Populatie
* Taakopvatting van huisartsen m.b.t. werkgerelateerde gezondheidsproblemen * Omvang een aard van het structureel overleg tussen huisarts en bedrijfsarts * Sociaal-psychologische percepties van huisartsen over bedrijfsartsen en hun tevredenheid over contacten met bedrijfsartsen	Schriftelijke vragenlijst - Huisartsenquête	Aan NS2 deelnemende huisartsen (N=195)
Informatie over werkstatus / arbeidsongeschiktheid	Schriftelijke vragenlijst - Patiëntregistratie	Totale praktijkpopulatie van aan de NS2 deelnemende huisartsen (N=395.421)
Contacten met bedrijfsarts	Mondeling interview - Patiëntenquête	Aselecte steekproef uit praktijkpopulatie van aan de NS2 deelnemende huisartsen (N=12.699)
Bespreken van 'werk' en 'bedrijfsarts' tijdens huisarts-patiëntcontacten.	Video-opnamen	Patiënten die het spreekuur bezochten op de dag van video-opname (1350 spreekuurcontacten van 88 huisartsen)

3.3 Analyses

Voor de beantwoording van de vraagstellingen is uitsluitend gebruik gemaakt van beschrijvende analysemethoden. De gegevens zijn geanalyseerd met SPSS (versie 10.0). Teneinde de resultaten van dit onderzoek ook te kunnen gebruiken bij de supraregionale evaluatie zijn in de bijlagen de resultaten apart weergegeven voor huisartsen binnen en buiten de regio's waarin de 14 regionale projecten plaatsvinden.

4 Resultaten

4.1 Beschrijving van de onderzoekspopulaties

Tabel 4.1 bevat een overzicht van de huisarts- en praktijkkenmerken van de respondenten in de Tweede Nationale Studie. Deze huisartsen vormen een goede afspiegeling van de populatie Nederlandse huisartsen.

4.2 Arbeidsongeschiktheid in de bevolking en contact met de bedrijfsarts

In deze paragraaf wordt informatie gegeven over de omvang van arbeidsongeschiktheid in (een steekproef van) de patiëntpopulatie van de aan de NS2 deelnemende huisartsen en in de Nederlandse bevolking. Tevens wordt de frequentie van contact met de bedrijfsarts weergegeven voor personen die betaalde arbeid verrichten. Deze gegevens zijn bedoeld als achtergrondinformatie.
Van de personen die staan ingeschreven in de huisartspraktijken die deelnemen aan de NS2 hebben 294.951 personen gerespondeerd op de patiëntregistratie. Van deze personen gaf 4,2% aan arbeidsongeschikt te zijn. Volgens gegevens van het CBS waren er op 31 december 2000 765.600 personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering op een totaal van 15.987.000 inwoners, omgerekend 4,8% arbeidsongeschikten (CBS, 2002a).
In 2001 was het ziekteverzuim bij particuliere bedrijven gemiddeld 6,1%. Dit betekent dat per dag gemiddeld één op de zestien werknemers in het bedrijfsleven ziek thuis bleef (CBS, 2002b).

In tabel 4.2 is het aantal contacten van patiënten met de bedrijfsarts in het afgelopen jaar van patiënten van huisartsen die deelnemen aan de NS2 weergegeven. Deze gegevens zijn afkomstig uit de patiëntenquête en betreffen alle personen van 18 jaar en ouder die betaald werk uitoefenen en een bedrijfsarts hebben. De grote meerderheid van deze personen heeft in het voorbije jaar geen contact met een bedrijfsarts gehad, namelijk 87%. 5% heeft één keer contact gehad, 6% heeft twee tot vijf keer contact gehad en 2% heeft zes keer of vaker contact gehad.

Tabel 4.1 Huisarts- en praktijkkenmerken (peildatum: 1 januari 2001); percentages (tenzij anders aangegeven)

	Aan NS2 deelnemende huisartsen (N=188) %	NS2-huisartsen van wie video-opnamen zijn gebruikt (N=88) %	Alle huisartsen in Nederland (N=7676) %
Leeftijd in jaren (gemiddelde (SD))	46,5 (6,4)	46,3 (6,2)	46,1 (7,2)
- jonger dan 40 jaar	18	18	21
Geslacht			
- man	73	75	75
Vestiging in deze praktijk			
- dit jaar (2001)	2	2	5
- 1 jaar geleden	3	3	4
- 2-5 jaar geleden	14	18	13
- 6-10 jaar geleden	18	18	17
- > 10 jaar geleden	62	60	61
Praktijkvorm			
- solopraktijk	30	32	43
- duopraktijk	27	30	31
- groepspraktijk	26	22	14
- gezondheidscentrum	17	16	12
Urbanisatiegraad praktijk (op basis van praktijkadres)			
- platteland	17	17	10
- verstedelijkt platteland	21	17	22
- forensenplaats	12	10	15
- kleine stad	14	15	11
- middelgrote stad	13	15	16
- grote stad	23	26	24
Aantal dagdelen werkzaam in de praktijk			
- 0-2 dagdelen	8	3	9
- 3-4 dagdelen	5	5	4
- 5-6 dagdelen	16	16	16
- 7-8 dagdelen	16	19	10
- 9 of meer dagdelen	56	58	61
Aard vestiging			
- Zelfstandig gevestigd	92	91	95

Tabel 4.2 Aantal contacten met de bedrijfsarts in het afgelopen jaar van personen van 18 jaar en ouder met betaald werk (N=4.358); percentages

geen contact	87
1 keer	5
2 - 5 keer	6
6 of meer keer	2

4.3 Arbocuratieve samenwerking

In de hierop volgende sub-paragrafen worden de antwoorden weergegeven op de vragen over arbocuratieve samenwerking. Deze resultaten geven weer op welke manier arbocuratieve samenwerking op het moment van het onderzoek plaatsvond in Nederland.

4.3.1 De taakopvatting van de huisarts

Eén van de hoofdtaken van de huisarts is het betrekken van de werkomstandigheden en werkcapaciteit bij het adviseren van de patiënt over diens gezondheidstoestand. Dit is vastgelegd in het basistakenpakket van de huisarts dat door de beroepsgroep is vastgesteld in 1987 (Van Amstel en Buijs, 1997). Op grond hiervan mag verwacht worden dat huisartsen het werk van de patiënt in ogenschouw zullen nemen bij het geven van adviezen. In deze paragraaf worden resultaten gepresenteerd van de vragen in de huisartsenquête over de taakopvatting van de huisarts betreffende het handelen bij patiënten met mogelijk werkgerelateerde gezondheidsklachten.

Tabel 4.3 Bespreken van werk met de patiënt (N=187); percentages

	Altijd %	Vaak %	Soms %	Nooit %
Ik weet welk werk de patiënt heeft	2	71	27	0
Ik weet welke belastende factoren hij/zij in het werk ondervindt	0	31	68	1
Ik informeer of de patiënt zich vanwege klachten op het werk ziek heeft gemeld	11	54	34	1

Uit tabel 4.3 blijkt ruim 71% van de huisartsen te zeggen vaak te weten welk werk de patiënt heeft. Minder vaak zeggen huisartsen te weten welke belastende factoren patiënten op hun werk ondervinden: éénderde van de huisartsen weet vaak welke factoren er spelen, terwijl tweederde dit soms weet. Elf procent van de huisartsen zegt altijd bij de patiënt te informeren of deze zich vanwege zijn of haar klachten op het werk heeft ziek gemeld. Iets meer dan de helft van de huisartsen zegt hier vaak naar te informeren.

Tabel 4.4 Werkstakings- en werkhervattingsadvies (N=185); percentages

	Mee eens	Geen mening	Indien 'mee eens' of 'geen mening': frequentie waarmee advies wordt gegeven			
			Altijd	Vaak	Soms	Nooit
	%	%	%	%	%	%
Werkstakingsadvies is taak huisarts	66	8	21	38	41	0
Werkhervattingsadvies is taak huisarts	63	8	12	41	47	0

In tabel 4.4 zijn de meningen van de huisartsen omtrent het geven van werkadvies weergegeven. De meerderheid van de huisartsen (66%) is van mening dat het geven van een werkstakingsadvies wel degelijk tot het takenpakket van de huisarts behoort. Toch zegt maar 21% van de huisartsen die dit vinden ook daadwerkelijk altijd een werkstakingsadvies te geven, 38% doet dit vaak en 41% soms.
Voor het geven van een werkhervattingsadvies geldt ongeveer hetzelfde beeld als voor het werkstakingsadvies.

Tabel 4. 5 Handelen bij wachttijd (N=185); percentages

	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
	%	%	%	%
Frequentie werkadvies tijdens de wachttijd	3	19	64	14

Na een verwijzing voor verder onderzoek of voor een behandeling blijkt slechts 3% van de huisartsen altijd een advies over werk te geven tijdens de wachttijd (tabel 4.5), 19% geeft vaak een dergelijk advies. Het merendeel van de huisartsen geeft tijdens deze periode soms (64%) of zelfs nooit (14%) advies over werk.

Teneinde de vraagstelling met betrekking tot het ter sprake komen van werk of (contact met de) bedrijfsarts zijn 1350 video-opnamen van spreekuurcontacten van huisartsen en patiënten geobserveerd. Uit deze observaties kan worden opgemaakt hoe vaak het in de

praktijk daadwerkelijk voorkomt dat huisartsen met patiënten over het werk van hun patiënten praten. In 501 van de 1350 opnamen ging het om contacten met personen tussen de 18 en 65 jaar met betaald werk. In 269 van deze 501 contacten (54%) kwam het werk van de patiënt ter sprake. In de meerderheid van de gevallen betrof dit een vluchtige opmerking over het werk waarop niet verder werd ingegaan.
In een kwart van de 269 contacten waarin het werk werd genoemd nam de huisarts het initiatief hiertoe. In de overige gevallen kwam het initiatief van de patiënt.
In 37% van deze 269 contacten werd gesproken over het (gedeeltelijk) hervatten of staken van het werk:

- in 9% van de gevallen was dit omdat de huisarts vroeg naar de mening / het gezichtspunt van de patiënt;
- in eveneens 9% van de gevallen gaf de huisarts advies;
- in 20% van de gevallen vroeg de patiënt om advies.

In 41% van de 269 contacten waarbij het werk van de patiënt ter sprake kwam, werd besproken of het (vroegere) werk van de patiënt mogelijk de oorzaak van het ontstaan of verergeren van de klachten zou kunnen zijn. In de helft van de gevallen gebeurde dit op initiatief van de huisarts, in de andere helft op initiatief van de patiënt.
Bij het vaststellen van de diagnose en/of de behandeling werd in 19% van de 269 contacten de mogelijke relatie tussen het (vroegere) werk en de klachten besproken. In 57% van de gevallen was dit op initiatief van de huisarts, in de overige gevallen op initiatief van de patiënt. Over het opnemen van contact met de bedrijfsarts van de patiënt werd nauwelijks gesproken (in drie gevallen; 1% van de 269 contacten).
Bij de observaties van de video-opnamen zijn ook de onderwerpen die aan bod kwamen wanneer tijdens een consult het werk ter sprake kwam genoteerd. In 7% van de 269 consulten werd gesproken over problemen of rolconflicten wat betreft de afstemming tussen werk- en privé omstandigheden. Wat betreft de arbeidsinhoud waren de geestelijke belasting van het werk en het werktempo of de tijdsdruk de meest besproken items; deze werden in respectievelijk 11% en 6% van de consulten besproken. Wat betreft de arbeidsomstandigheden werd vooral gesproken over het verrichten van zwaar lichamelijk werk; dit gebeurde in 19% van de gevallen. In 3% van de 269 consulten werd gesproken over straling en stank in de werkomgeving. Arbeidsverhoudingen kwamen in één op de vijf consulten aan de orde. In 6% van de consulten kwamen de relaties met de leiding binnen het bedrijf aan bod. Relaties met collega's, overlegmogelijkheden, competitiesfeer, discriminatie en ongewenste intimiteiten kwamen in 3% van de gevallen aan bod. Over arbeidsvoorwaarden werd niet veel gesproken. Als hier al over werd gesproken, dan ging het vooral over part-time werken (4% van de consulten).

4.3.2 Het aantal contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen

Om een goede samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen mogelijk te maken is het van belang dat er, indien een van beiden partijen dat nodig acht, contact wordt gelegd en informatie wordt uitgewisseld. In deze subparagraaf wordt beschreven met welke frequentie huisartsen zeggen contact te hebben met bedrijfsartsen en op welke manier dit contact plaatsvindt.

Gemiddeld genomen zeggen huisartsen in de maand voorafgaande aan het invullen van de vragenlijst ongeveer twee keer contact met een bedrijfsarts te hebben gehad (tabel 4.6). Bijna de helft van de huisartsen (48%) geeft aan twee tot en met vijf keer per maand contact te hebben gehad met een bedrijfsarts. 14% van de huisartsen heeft minstens één keer per week contact met een bedrijfsarts (niet in tabel). 5% van de huisartsen heeft meer dan zes keer per maand contact met een bedrijfsarts gehad. Daarentegen heeft ongeveer één vijfde van de huisartsen in het geheel geen contact gehad met een bedrijfsarts in de afgelopen maand.

Tabel 4.6 Frequentie van contact met bedrijfsarts in de afgelopen maand (N=188); percentages (tenzij anders aangegeven)

	Gemiddelde (SD)	Aantal keren contact			
		geen %	1 keer %	2-5 keer %	≥ 6 keer %
Contact met de bedrijfsarts in de afgelopen maand	2.0 (1.9)	21	26	48	5
Schriftelijk contact met de bedrijfsarts in de afgelopen maand	1.3 (2.1)	45	29	20	6
Mondeling contact met de bedrijfsarts in de afgelopen maand	1.2 (1.8)	34	42	19	5

Wanneer wordt uitgesplitst naar schriftelijke en mondelinge contacten blijkt dat deze gemiddeld ongeveer even vaak voorkomen, respectievelijk 1,3 en 1,2 keer per maand.
Er lijkt een lichte voorkeur voor mondeling contact te zijn: 34% van de huisartsen heeft nooit mondeling contact gehad, 45% van de huisartsen heeft nooit schriftelijk contact gehad.

4.3.3 De aard van de contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de achterliggende redenen voor contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Eerst wordt besproken op wiens initiatief contacten ontstaan. In tabel 4.7 is te zien dat contacten meestal tot stand komen op initiatief van de bedrijfsarts: 82% van de huisartsen antwoordt dat het initiatief zelden of nooit van hen uitgaat. Volgens 16% van de huisartsen gaat het initiatief vaak van henzelf uit en zelden van de bedrijfsarts. Bij slechts 2% van de huisartsen ontstaat het contact altijd door eigen initiatief.

Tabel 4.7 Initiatief voor contact (N=185); percentages

	%
Initiatief gaat nooit van mij (huisarts) uit; altijd van de bedrijfsarts	27
Initiatief gaat zelden van mij (huisarts) uit; vaak van de bedrijfsarts	55
Initiatief gaat vaak van mij (huisarts) uit; zelden van de bedrijfsarts	16
Initiatief gaat altijd van mij (huisarts) uit; nooit van de bedrijfsarts	2

Huisartsen zeggen dus niet vaak uit eigen beweging contact op te nemen met de bedrijfsarts. Als ze contact opnemen dan blijkt dit meestal te zijn om de bedrijfsarts te voorzien van nadere achtergrondinformatie over de patiënt (voor 58% van de huisartsen is dit vaak tot altijd de reden voor contact) of om met de bedrijfsarts te overleggen over een gezamenlijk behandelings- of begeleidingsplan (dit is voor 56% van de huisartsen vaak tot altijd de reden voor contact) (tabel 4.8). Het bespreken van de mogelijkheden voor terugkeer op het werk wordt ook door huisartsen genoemd: voor 49% van de huisartsen is dit vaak tot altijd de reden voor contact. Het attenderen van de bedrijfsarts op de beperkingen van de patiënt voor werkhervatting is minder vaak een aanleiding voor het opnemen van contact. Voor 18% van de huisartsen is een verwijzing naar de bedrijfsarts vaak tot altijd een aanleiding tot het leggen van contact met een bedrijfsarts.

Tabel 4.8 Redenen voor contact met de bedrijfsarts op initiatief van de huisarts (N=166); percentages

	Altijd %	Vaak %	Soms %	Nooit %
Om nadere achtergrondinformatie te geven over de patiënt	30	28	28	14
Om met de bedrijfsarts te overleggen over een gezamenlijk behandelings- of begeleidingsplan voor de patiënt	30	26	33	11
Om de mogelijkheden voor terugkeer van de patiënt op het werk te bespreken	22	27	35	17
Om de bedrijfsarts te attenderen op beperkingen van de patiënt voor werkhervatting	12	18	46	25
Om de patiënt te verwijzen naar de bedrijfsarts	7	11	59	24

In tabel 4.9 wordt een aantal redenen beschreven waarom bedrijfsartsen volgens huisartsen contact met hen opnemen. Hierbij komt één reden duidelijk naar voren: 59% van de huisartsen geeft aan dat vragen om informatie over de aard van de klachten van de patiënt vaak een reden zijn voor contact. Op de tweede plaats geeft 37% van de huisartsen aan dat de vraag om nadere informatie over de inhoud van de behandeling vaak een reden is waarom bedrijfsartsen contact leggen.

Tabel 4.9 Redenen voor contact met de huisarts op initiatief van de bedrijfsarts (N=184); percentages

	Vaak %	Soms %	Zelden %	Nooit %
Voor nadere informatie over de aard van de klachten van de patiënt	59	27	10	3
Voor nadere informatie over de inhoud van de behandeling	37	42	16	6
Voor overleg over een gezamenlijk behandelings- of begeleidingsplan voor de patiënt	25	38	27	11
Voor een prognose omtrent de duur van de arbeidsongeschiktheid van de patiënt	24	37	28	10
Voor nadere informatie over de beperkingen van de patiënt om zijn/haar werk te kunnen hervatten	19	47	23	11

Iets minder vaak leggen bedrijfsartsen contact voor overleg over een gezamenlijk behandelings- of begeleidingsplan of een prognose omtrent de duur van de arbeidsongeschiktheid van de patiënt. Het minst vaak wordt met de huisarts contact opgenomen over de beperkingen van de patiënt om zijn of haar werk te kunnen hervatten.

4.3.4 Ervaren knelpunten

De samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen kan door verschillende oorzaken worden belemmerd. In tabel 4.10 wordt beschreven welke praktische knelpunten huisartsen ervaren bij het contact leggen met bedrijfsartsen. Voor 75% van de huisartsen is de naam van de bedrijfsarts vaak of altijd onbekend. 60% van de huisartsen heeft vaak tot altijd moeite met het vinden van het telefoonnummer van de bedrijfsarts. 44% van de huisartsen geven vaak tot altijd aan dat de bedrijfsarts afwezig is als ze contact willen leggen. Tegen de andere genoemde knelpunten, namelijk het niet teruggebeld worden door de bedrijfsarts en het gebeld worden als men zelf afwezig is, lopen de huisartsen minder vaak aan. Deze worden dan ook minder vaak als knelpunt ervaren. Verder kan worden gecon-

cludeerd dat huisartsen iets vooral als een knelpunt zien als ze er vaker tegenaan lopen.

Tabel 4.10 Mogelijke knelpunten in de bereikbaarheid van de bedrijfsarts (N=166); percentages

	Altijd	Vaak	Soms	Nooit	Ervaren als knelpunt*
	%	%	%	%	%
De naam van de bedrijfsarts is onbekend	22	53	18	8	63
Het telefoonnummer van de bedrijfsarts is niet te vinden	21	39	29	12	62
De bedrijfsarts is niet aanwezig	5	39	48	8	49
De bedrijfsarts belt niet terug	1	15	48	36	44
De bedrijfsarts belt als ik afwezig ben	1	13	76	10	35

* Bij altijd, vaak of soms

4.3.5 *Vertrouwen in bedrijfsartsen*

Een belangrijke bouwsteen voor een goede samenwerking is dat men vertrouwen in elkaars werk heeft. Van zeven verschillende aspecten van het werk van de bedrijfsarts is aan huisartsen gevraagd of zij vertrouwen hebben in de kwaliteit van het werk van de bedrijfsarts. Het betreft de volgende zeven aspecten:

1 kwaliteit van het werk in het algemeen;
2 het stellen van somatische diagnoses;
3 het stellen van psychische diagnoses;
4 openheid naar de huisarts toe;
5 rekening houden met verschillende kanten van de zaak;
6 het duidelijk maken van verwachtingen van de huisarts;
7 het duidelijk aangeven aan patiënten waarom zij contact met de huisarts willen.

De antwoorden op deze vraag zijn weergegeven in tabel 4.11. Over het algemeen blijkt de grootste groep van huisartsen een neutrale houding aan te nemen wat betreft het vertrouwen in bedrijfsartsen. Dit geldt voor alle zeven genoemde aspecten van het werk van bedrijfsartsen. Zo'n 25-35% van de huisartsen is het geheel of enigszins eens met de stelling: 'Ik heb vertrouwen in het werk van de bedrijfsarts'. Zo'n 20-30% van de huisartsen is het hier enigszins of geheel mee oneens. In het oog springt dat tamelijk veel huisartsen (43%) aangeven er weinig tot zeer weinig vertrouwen in te hebben dat bedrijfsartsen altijd duidelijk maken wat ze van de huisarts verwachten.

Uit deze resultaten spreekt dus geen vast vertrouwen in bedrijfsartsen, maar zeker ook geen overheersend wantrouwen.

Tabel 4.11 Vertrouwen van huisartsen in bedrijfsartsen (N=184); percentages

	Geheel mee eens %	Enigszins mee eens %	Neutraal %	Enigszins mee oneens %	Geheel mee oneens %
De kwaliteit van het werk	9	25	45	16	4
Het stellen van somatische diagnoses	8	25	47	17	3
De reden van contact duidelijk aan patiënt aangeven	7	26	37	24	7
Openheid naar de huisarts	5	25	43	20	6
Het stellen van psychische diagnoses	4	25	50	18	3
Het rekening houden met ver schillende kanten van de zaak	4	20	45	29	1
Het duidelijk maken van verwachtingen van de huisarts	1	19	37	32	11

4.3.6 Verantwoordelijkheden van huisartsen en bedrijfsartsen

De huisartsen is gevraagd bij wie naar hun mening de verantwoordelijkheid ligt op het gebied van diagnostiek, behandeling en specialistische verwijzingen voor (mogelijk) werkgerelateerde aandoeningen. Voor specialistische verwijzing valt op dat de meerderheid van de huisartsen (73%) dit duidelijk onder hun eigen verantwoordelijkheid vindt vallen (tabel 4.12). Wat betreft diagnostiek en behandeling zijn huisartsen neutraler en vindt de meerderheid (42% respectievelijk 48%) dat huisartsen en bedrijfsartsen een gelijke verantwoordelijkheid hebben.

Tabel 4.12 Opvattingen van huisartsen over verantwoordelijkheden van huisartsen en bedrijfsartsen (N=184); percentages

	Huisarts meer verantwoordelijk dan bedrijfsarts	Huisarts evenveel verantwoordelijk als bedrijfsarts	Bedrijfsarts meer verantwoordelijk dan huisarts	Onduidelijk
	%	%	%	%
Diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	36	42	20	2
Behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	31	48	20	1
Specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	73	17	6	4

4.3.7 Afhankelijkheid van bedrijfsartsen

Op het gebied van diagnostiek, behandeling en specialistische verwijzingen bij (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoeningen is de huisartsen ook gevraagd naar de mate waarin ze hierbij afhankelijk zijn van de informatie van de bedrijfsarts (tabel 4.13). Hieruit komt grotendeels hetzelfde beeld naar voren als bij de opvattingen over de verantwoordelijkheden. Zo vindt de meerderheid van de huisartsen dat zij in geringe mate (38%) tot in het geheel niet (51%) afhankelijk zijn van de bedrijfsarts voor het verwijzen van een patiënt naar een specialist in het geval van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening.

Tabel 4.13 Afhankelijkheid van huisartsen van informatie van bedrijfsartsen (N=180); percentages

	In sterke mate afhankelijk %	In niet zo sterke mate afhankelijk %	In geringe mate afhankelijk %	In het geheel niet afhankelijk %
Voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	3	22	39	36
Voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	7	20	44	29
Voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	2	10	38	51

4.3.8 Oordeel over contacten met bedrijfsartsen

Ondanks de algemene verwachting dat contacten tussen huisartsen stroef zouden verlopen door onder andere praktische knelpunten, is een merendeel van de huisartsen (66%) redelijk tot goed te spreken over de contacten die ze met de bedrijfsarts hebben over patiënten. 28% is matig te spreken over de contacten, 6% is hierover slecht te spreken (tabel 4.14).

Tabel 4.14 Oordeel van huisartsen over contacten met bedrijfsartsen over patiënten (N=182); percentages

	Goed %	Redelijk %	Matig %	Slecht %
Algemeen oordeel over de contacten met bedrijfsartsen over patiënten	26	40	28	6

5 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de algemene conclusies beschreven die uit de resultaten van dit onderzoek kunnen worden getrokken. Ook worden deze vergeleken met de resultaten van ander onderzoek op dit gebied.

5.1 De taakopvatting van de huisarts met betrekking tot werkgerelateerde aandoeningen

De meerderheid van de huisartsen in dit onderzoek weet volgens eigen zeggen vaak tot altijd welk beroep de patiënt uitoefent en informeert of de patiënt zich vanwege klachten op zijn werk heeft ziek gemeld. Minder vaak weten de huisartsen welke belastende factoren de patiënt op het werk ondervindt. De resultaten van de observaties van de op video opgenomen spreekuurcontacten in het huidige onderzoek geven een iets genuanceerder beeld van de aandacht die het werk van de patiënt krijgt van de huisarts. Het werk van de patiënt bleek in 54% van de geobserveerde contacten met personen tussen 18 en 65 jaar met betaald werk tenminste terloops ter sprake te komen - in de meerderheid van de gevallen op initiatief van de patiënt. In een interview met een huisarts in het tijdschrift 'Huisarts in Nederland' (Visser, 1994) wordt gesteld dat huisartsen een mogelijk verband tussen klachten van de patiënt en zijn werk altijd in het oog zouden houden. In werkelijkheid blijkt er in ruim de helft van de contacten aandacht aan besteed te worden.
Zaken als ziekteverzuim en werkhervatting zouden volgens de huisarts in het bovengenoemde artikel (Visser, 1994) minder onder de aandacht van de huisarts staan, ondanks dat het betrekken van het werk bij het adviseren van de patiënt volgens het basistakenpakket wel tot de taken van de huisarts behoort. Uit de resultaten van het huidige onderzoek blijkt ook dat niet alle huisartsen van mening zijn dat het geven van werkadviezen een taak van de huisarts is. De ruim 70% die het wel een taak van de huisarts vindt of hierover geen mening heeft geeft echter lang niet altijd daadwerkelijk advies over werk. In 1997 (Van Amstel en Buijs, 1997) bleken huisartsen meer geneigd te zijn om werkstakingsadvies te geven dan in het huidige onderzoek: slechts 7% van de huisartsen zei in 1997 hier nooit advies over te geven. Wat betreft werkhervattingsadvies is het verschil tussen het onderzoek van 1997 en dit onderzoek veel kleiner.
Bij het bovenstaande moet worden opgemerkt dat het bespreken van het werk en het geven van adviezen over werk uiteraard niet bij alle gezondheidsproblemen relevant is. Dit is mede een verklaring waarom niet in alle spreekuurcontacten het werk van de patiënt ter sprake komt. In welk percentage van de relevante gevallen huisartsen aandacht besteden aan het werk van de patiënt kan niet goed uit dit onderzoek worden afgeleid. Om hierover uitspraken te kunnen doen zouden criteria moeten worden ontwikkeld in welke situaties dit wel of niet relevant is. Met behulp van deze criteria zouden dan de op video opgenomen

spreekuurcontacten opnieuw beoordeeld kunnen worden.

5.2 Het aantal en de aard van de contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen

Gemiddeld zeggen de huisartsen uit dit onderzoek zo'n twee maal per maand contact met een bedrijfsarts te hebben. Het beeld van het aantal contacten per maand dat uit dit onderzoek naar voren komt, komt vrijwel overeen met de bevindingen in het onderzoek van Van Amstel en Buijs (1997). Nauta en van Grumbkow (2002) vonden in een onderzoek in 1999 onder huisartsen in zuidwest Nederland dat zij gemiddeld negenmaal per jaar met een bedrijfsarts overlegden. Binnen het project 'Psychische klachten en arbeid', dat plaatsvond in het kader van het Project Afstemming Richtlijnen op het gebied van Arbeid en Gezondheid, vonden Hulshof et al. dat binnen een groep van zeer gemotiveerde huisartsen en bedrijfsartsen het percentage voor het onderzoek aangemelde patiënten waarbij onderling contact werd opgenomen op 13% lag (Hulshof et al., 2002). Hierbij benadrukken zij terecht dat arbocuratieve samenwerking geen doel is maar een middel. Het heeft dus pas zin om contact op te nemen als dit bijdraagt aan verbetering van zorg voor de patiënt. In hoeverre de frequentie van contacten voldoet is alleen goed te beoordelen indien bekend is in welk percentage van de gevallen waarin dit contact noodzakelijk en nuttig is. Dit zou met behulp van de nieuwe leidraad voor arbocuratieve samenwerking (Anema et al., 2002) kunnen worden nagegaan.
Bij de weinige contacten die er zijn tussen huisarts en bedrijfsarts blijkt het initiatief voor contact voornamelijk uit te gaan van de bedrijfsarts. De voornaamste redenen waarom huisartsen contact opnemen met bedrijfsartsen zijn het geven van nadere achtergrondinformatie over de patiënt en het bespreken van een gezamenlijk behandelings- of begeleidingsplan. De voornaamste reden waarom, volgens huisartsen, bedrijfsartsen contact met hen opnemen is om nadere informatie over de aard van de klachten van de patiënt op te vragen. Ook op dit vlak komen de resultaten van dit onderzoek overeen met de uitkomsten van het onderzoek van Van Amstel en Buijs (1997). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat in de vragenlijst voor het hier beschreven onderzoek alleen de belangrijkst gebleken redenen voor contact zijn overgenomen uit het onderzoek van Van Amstel en Buijs.

5.3 Ervaren knelpunten in arbocuratieve samenwerking

In dit onderzoek is alleen gevraagd naar de mate waarin praktische belemmeringen knelpunten vormen voor het leggen van contact met de bedrijfsarts. Alle belemmeringen werden in meerdere of mindere mate ook als knelpunt ervaren; de onbekendheid met wie de bedrijfsarts van de patiënt is blijkt het vaakst als knelpunt te worden ervaren. Dit komt overeen met de bevindingen in het onderzoek van Nauta en von Grumbkow (2001), waar dit knelpunt door huisartsen ook het belangrijkst werd gevonden. Uit de literatuur blijkt dat praktische aspecten niet de enige factoren zijn die een knelpunt kunnen vormen voor contact tussen huisarts en bedrijfsarts. Andere barrières zijn: het ontbreken van open communicatie, het feit dat de huisarts geen vergoeding krijgt wanneer deze contact opneemt met de bedrijfsarts, het geen tijd hebben voor het geven van informatie of het leggen van con-

tact, het (tot voor kort) ontbreken van richtlijnen voor arbocuratieve samenwerking (Heideman, 2002). Ook het moeten geven van toestemming voor onderling contact door de patiënt kan een belemmering vormen (Nauta en Faber, 2002).
Dat huisartsen weinig op eigen initiatief contacten leggen kan liggen aan het feit dat zij te zeer belemmerd worden door praktische knelpunten. Een andere mogelijkheid is dat huisartsen door een gebrek aan kennis van de mogelijkheden van de bedrijfsarts of door gebrek aan vertrouwen geen contact leggen.

5.4 Vertrouwen, verantwoordelijkheid en afhankelijkheid van huisartsen van bedrijfsartsen

De meerderheid van de huisartsen bleek neutraal te staan wat betreft het vertrouwen in het werk van de bedrijfsarts. Dat het vertrouwen van huisartsen niet heel hoog zou zijn werd al voorspeld in een artikel van Nauta en von Grumbkow (2002). Hierin werden verwachtingen betreffende de samenwerking getoetst volgens de sociale identiteitstheorie. Volgens deze theorie kunnen samenwerkingsproblemen ontstaan als gevolg van het menselijk streven naar een positieve identiteit. Leden van de ene groep verwerven zich een positieve identiteit door zich beter te achten dan leden van een vergelijkingsgroep. Gevolgen van dit positieve onderscheid is dat men eigen groepsleden probeert voor te trekken, zich conformeert aan de normen van de eigen groep, zichzelf en de leden van de andere groep meer en meer in termen van stereotypen gaat beschrijven en er samenwerkingsproblemen met leden van de andere groep ontstaan. Uitgaande van de sociale identiteitstheorie voorspelden Nauta en von Grumbkow dat het vertrouwen van huisartsen in het eigen werk altijd hoger zal zijn dan in het werk van bedrijfsartsen, een groep die lager op de sociale ladder staat. Natuurlijk kan in het huidige onderzoek geen vergelijking worden getrokken tussen huisartsen en bedrijfsartsen, maar toch komt de voorspelling uit dat huisartsen geen groot vertrouwen in bedrijfsartsen hebben. Dit geeft aan dat er blijkbaar toch een kloof bestaat tussen huisartsen en bedrijfsartsen die moet worden overbrugd voordat een soepele samenwerking mogelijk is.
Op het gebied van diagnostiek en behandeling van mogelijk werkgerelateerde aandoeningen is bijna de helft van de huisartsen van mening dat hun eigen verantwoordelijkheid gelijk is aan die van de bedrijfsarts. Deze vragen zijn ook voorgelegd aan de huisartsen in het onderzoek van Miedema (2002). Hierbij was de vraagstelling iets verschillend; er werd gevraagd naar de taakopvatting van de huisartsen in plaats van naar de verantwoordelijkheden bij diagnostiek en behandeling. In het onderzoek van Miedema bleek ruim 50% van de huisartsen van mening dat de verantwoordelijkheid gelijk was voor huisartsen en bedrijfsartsen. Uitgaande van de sociale identiteitstheorie van Nauta en Von Grumbkow (2002) zouden huisartsen geneigd zijn om zichzelf meer verantwoordelijkheid te geven aangezien zij een hogere sociale status genieten. Deze theorie wordt ook bevestigd in hun onderzoek. Dit is niet heel duidelijk het geval in dit onderzoek onder huisartsen en nog minder in het onderzoek van Miedema.
Wat betreft afhankelijkheid van informatie van de bedrijfsarts komen de bevindingen in dit onderzoek wel overeen met die van Nauta en von Grumbkow (2002).
Dat huisartsen de verantwoordelijkheid van henzelf en die van bedrijfsartsen voor diagnos-

tiek en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen even groot achten kan als hoopvol aanknopingspunt voor arbocuratieve samenwerking worden beschouwd. Huisartsen die deze mening zijn toegedaan zullen immers het belang van goede communicatie inzien; een goede afstemming van de werkzaamheden met de bedrijfsarts zal hier gemakkelijker uit volgen. Voor verwijzingen naar specialisten lijkt de identiteitstheorie van Nauta en Von Grumbkow op te gaan; dit punt ligt blijkbaar gevoelig bij de huisartsen in dit onderzoek.

5.5 Algemene conclusie over arbocuratieve samenwerking anno 2001

Het algemene beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt is dat tijdens contacten van huisartsen met patiënten met betaald werk in ruim de helft van de gevallen het werk ter sprake komt, maar dat huisartsen weinig contact hebben met bedrijfsartsen. Bij het leggen van contact met de bedrijfsarts lopen huisartsen aan tegen praktische knelpunten die een belemmering vormen voor het contact. Hieruit kan worden opgemaakt dat de samenwerking nog steeds voor verbetering vatbaar is en dat er niet veel is veranderd ten opzichte van 1997 toen Van Amstel en Buijs hun onderzoek uitvoerden.
Uit het algemene oordeel van de huisartsen over de contacten met bedrijfsartsen in het huidige onderzoek blijkt echter dat, ondanks de ervaren knelpunten, de meerderheid van de huisartsen toch redelijk tot goed te spreken is over de contacten met bedrijfsartsen, al is het algemene oordeel wel iets minder positief in vergelijking met het onderzoek van Van Amstel en Buijs uit 1997. Uit de houding van huisartsen ten opzichte van bedrijfsartsen (wat betreft vertrouwen, verantwoordelijkheid en afhankelijkheid) blijkt dat zij op veel punten open lijken te staan voor samenwerking met bedrijfsartsen.

Literatuur

Amstel RJ van, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar. Amsterdam: NIA TNO, 1997.

Anema JC, Buijs PC, Putten DJ van. Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts - een leidraad voor de praktijk. Med Contact 2001;56:790-793.

Anema H, Buijs P, Amstel R van, Putten D van. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim - een gezamenlijke uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Hoofddorp: TNO, 2002.

Bakker RH, Krol B, Post D, Groothoff JW. Samen de werknemer genezen - Ziektewet en verzuim. Med Contact 1999;54:790-801.

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

Buijs PC. Van verleden tot heden (deel 2): 1990-1997. Groeiend bestuurlijk draagvlak voor betere arbocuratieve samenwerking. TBV 2001b;9:177-182.

Buijs PC. Van verleden tot heden (deel 3): 1997-2001. De stroomversnelling van arbocuratieve initiatieven. TBV 2001c;9:206-211.

Buijs PC. Epiloog bij het drieluik over arbocuratieve samenwerking: omzien in verwondering, vooruitzien in verwachting. TBV 2001d;9:253-254.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Jaarboek 2002. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002a.

http://www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2002/0964k.htm (CBS, 2002b)

Heideman JMC, Engels JA, Gulden JWJ van der. Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts - Wat staat noodzakelijke gedragsverandering in de weg? TSG 2002;80:185-191.

Hulshof CTJ, Nauta AP, Klink JJL van der, Faber E, Broersen JPJ, Miedema HS, Jacobs JW, Fortuin R, Bierma-Zeinstra SMA. Project afstemming richtlijnen Arbeid en Gezondheid (PARAG). Huisarts/TBV 2002a (3):34-36.

Hulshof C, Hoenen J, Breteler R. Afstemming van richtlijnen: ook een vorm van arbocuratieve samenwerking. TSG 2002b;80:152-153.

Hulshof CTJ, Broersen JPJ, Haan SF de, PARAG-project PKA. Samenwerkingsrichtlijn eerstelijnshandelen bij psychische klachten en arbeid. Evaluatie van fase 2: praktijktest. Utrecht/Amsterdam: PARAG/SKB, PARAG-rapport PKA 02 - 301, februari 2002.

LISV. Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid Jaaroverzicht WAO, WAZ en Wajong 2000. Amsterdam: LISV, 2001.

Maassen H. Gezond aan het werk - Gezamenlijke richtlijnen voor huisartsen en bedrijfsartsen. Med Contact 2001;56:730-733.

Miedema HS. De Nederlandse Kenniscentra Arbeidsrelevante Aandoeningen en Samenwerking. TSG 2002;80:147-149.

Nauta AP, Starmans RIJET, Faddegon HC. Bedrijfsarts en Huisarts: meer oog voor elkaar - knelpunten oplossen tijdens gezamenlijke cursusdag. Med Contact 1999;54:884-886.

Nauta AP. Tot elkaar veroordeeld - Literatuurstudie naar samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen. Med Contact 2000;55:1154-1156.

Nauta AP, Grumbkow J von. Samenwerking en vertrouwen tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde 2001;18:97-101.

Nauta AP, Grumbkow J von. Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen: de invloed van positie, verant woordelijkheid, afhankelijkheid en vertrouwen - Sociaal psychologische factoren bij samenwerking huisartsen - bedrijfsartsen. TSG 2002;80:93-99.

Nauta N, Faber E. Arbocuratieve samenwerking: actuele onderzoeksvragen. TSG 2002;80:156-157.

Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectplan. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM, 2000.

Visser J. Arbowet betrekt huisarts nauwer bij arbeid en ziekte. De Huisarts in Nederland 1994;1:53-56.

Weel A, Baart I, Neijenhuis J. Samen in de klas - een onderwijsmodule met huisartsen en bedrijfsartsen. Med Contact 1999;54:1680-1682.

Afkortingen en definities

Arbocuratieve samenwerking
Samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts

Arbeidsgerelateerde (of: werkgerelateerde) aandoeningen
Aandoeningen die (mede) door factoren op het werk worden veroorzaakt, ofwel invloed hebben op de uitvoering van het werk (Nauta, 2002)

Bedrijfsarts
Arts die verbonden is aan een ARBO-dienst (artsen die bij een uitvoeringsinstelling zoals het GAK e.d.- voorheen bedrijfsverenigingen, de GMD en het ABP werkzaam zijn - of artsen die verbonden zijn aan een verzekeringsmaatschappij, vallen hier dus niet onder)

DHV
Districts Huisartsen Vereniging

KNMG
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunst

LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging

NS2
Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

NVAB
Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

WAO
Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering

WGBO
Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Bijlage 1 Vragen in de patiëntenquête betreffende contact met de bedrijfsarts

Hoeveel contacten heeft u in het afgelopen jaar met een bedrijfsarts gehad?

Bijlage II Vragen in de huisartsenquête betreffende arbocuratieve samenwerking

De onderstaande vragen hebben betrekking op de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.
In deze vragenlijst verstaan wij onder bedrijfsartsen: artsen die verbonden zijn aan een ARBO-dienst.
(Artsen bij een Uitvoeringsinstelling zoals het GAK, e.d – voorheen de bedrijfsverenigingen, de GMD en het ABP -, of artsen die verbonden zijn aan een verzekeringsmaatschappij, vallen hier dus ***niet*** *onder!)*
Tenzij anders staat aangegeven dient u bij elke vraag één antwoord aan te kruisen.

---

1. Wanneer een patiënt/werknemer bij u op het spreekuur komt:

	Altijd	*Vaak*	*Soms*	*Nooit*
a. Weet u wat voor werk hij/zij heeft?	❑	❑	❑	❑
b. Weet u welke belastende factoren hij/zij in het werk ondervindt?	❑	❑	❑	❑
c. Informeert u tijdens het gesprek bij betrokkene of hij/zij zich vanwege deze klachten op het werk ziek heeft gemeld?	❑	❑	❑	❑

2. Vindt u het een taak van een huisarts een patiënt/werknemer te adviseren dat hij/zij het werk zou moeten staken?
   ❑ Nee ☞ *Ga naar vraag 3*
   ❑ Ja
   ❑ Geen mening

   Hoe vaak geeft u zo'n advies in de praktijk wanneer u te maken heeft met een patiënt/werknemer die naar uw mening zijn/haar werk zou moeten staken?
   Dat doe ik in zo'n geval:
   ❑ altijd
   ❑ vaak
   ❑ soms
   ❑ nooit

3. Vindt u het een taak van een huisarts een patiënt/werknemer te adviseren over het weer **hervatten** van het werk?
   ❑ Nee ☞ *Ga naar vraag 4*
   ❑ Ja
   ❑ Geen mening

Hoe vaak geeft u zo'n advies in de praktijk wanneer u te maken heeft met een patiënt/werknemer die naar uw mening zijn/haar werk (eventueel aangepast) weer zou kunnen hervatten?
Dat doe ik in zo'n geval:

- ❑ altijd
- ❑ vaak
- ❑ soms
- ❑ nooit

4. Wanneer u een patiënt/werknemer verwijst voor verder onderzoek of een behandeling en u vermoedt dat uw patiënt dan te maken zal krijgen met een wachttijd alvorens hij/zij daar terecht kan: Adviseert u uw patiënt dan over wel of niet werken gedurende deze wachttijd?
Dat doe ik in zo'n geval:

- ❑ altijd
- ❑ vaak
- ❑ soms
- ❑ nooit

Een belangrijk onderdeel van of zelfs voorwaarde voor samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen, vormt het uitwisselen van informatie over patiënten. Daarover gaan de volgende vragen.
Allereerst willen we graag weten hoe met elkaar contact wordt opgenomen en hoe daarvoor aan de betrokken patiënt toestemming wordt gevraagd. Daarna gaan we in op uw ervaringen daarmee.

---

5. Hoe vaak heeft u ***de afgelopen maand*** contact gehad met een bedrijfsarts over een patiënt?
(Indien de afgelopen maand voor u geen goed voorbeeld is vanwege bijvoorbeeld veel vrije dagen, dan graag een indicatie geven van het aantal contacten in de maand daarvoor)

Contact met een bedrijfsarts had ik de afgelopen maand (ongeveer):

. . . . keer, waarbij het:

- . . . . keer een schriftelijk contact betrof
- . . . . keer een mondeling/telefonisch contact betrof

6. Wie neemt meestal het initiatief voor contact?
Het initiatief voor contact tussen mij en een bedrijfsarts, gaat:

- ❑ *nooit* van mij uit, altijd van de bedrijfsarts
- ❑ *zelden* van mij uit, vaker van de bedrijfsarts
- ❑ *vaak* van mij uit, soms van de bedrijfsarts
- ❑ *altijd* van mij uit, nooit van de bedrijfsarts

7. **Wanneer u het initiatief neemt:** waarover neemt u dan contact op met een bedrijfsarts?
(Achter iedere mogelijkheid steeds aangeven of dat relatief vaak de reden is, minder vaak, zelden of dat u daarvoor nooit contact opneemt met een bedrijfsarts)

Als ik contact opneem met een bedrijfsarts dan is dat . . .

		Vaak	*Minder vaak*	*Zelden*	*Nooit*
a.	omdat ik de patiënt wil verwijzen naar de bedrijfsarts	❑	❑	❑	❑
b.	om de bedrijfsarts te attenderen op de beperkingen van de patiënt voor werkhervatting	❑	❑	❑	❑
c.	om de bedrijfsarts nadere achtergrondinformatie te geven over de patiënt die voor hem/haar van belang kan zijn bij de begeleiding van de patiënt	❑	❑	❑	❑
d.	om met de bedrijfsarts de mogelijkheden te verkennen voor terugkeer van de patiënt op het werk	❑	❑	❑	❑
e.	voor overleg over een gezamenlijk behandelings-/begeleidingsplan bij de patiënt	❑	❑	❑	❑

8. Om een betere samenwerking te krijgen, zullen knelpunten moeten worden weggenomen die er thans in de praktijk blijken te zijn. **Onderstaand gaan we in op de bereikbaarheid van bedrijfsartsen.**
Zou u bij de situaties die we onderstaand schetsen steeds willen aangeven hoe vaak u daar in de praktijk tegen aan loopt als u contact op wilt nemen met een bedrijfsarts, en of u dat als een knelpunt ervaart in de samenwerking?

		Hoe vaak loopt u hiertegen aan als u contact wilt opnemen met een bedrijfsarts?				*Ervaart u dit als knelpunt?*	
		Altijd	*Vaak*	*Soms*	*Nooit*	*Nee*	*Ja*
a.	De naam van de bedrijfsarts is niet bekend	❑	❑	❑	❑	❑	❑
b.	Zijn/haar telefoonnummer is niet te vinden	❑	❑	❑	❑	❑	❑
c.	Ik bel, maar de bedrijfsarts is niet aanwezig	❑	❑	❑	❑	❑	❑
d.	Ondanks mijn verzoek, belt de bedrijfsarts mij niet terug	❑	❑	❑	❑	❑	❑
e.	De bedrijfsarts belt mij terug, maar ik ben op dat moment niet aanwezig	❑	❑	❑	❑	❑	❑

9. **Wanneer een bedrijfsarts het initiatief neemt voor contact met u over een patiënt:** waarover neemt die dan contact met u op?
(Achter iedere mogelijkheid steeds aangeven of dat relatief vaak de reden is, minder vaak, zelden of dat een bedrijfsarts daarvoor nooit contact met u opneemt)

Wanneer het initiatief van de bedrijfsarts uitgaat is dat voor . . .

		Vaak	*Soms*	*Zelden*	*Nooit*
a.	nadere informatie over de aard van de klachten van de patiënt	❑	❑	❑	❑
b.	nadere informatie over de inhoud van de behandeling	❑	❑	❑	❑
c.	voor een prognose van mijn kant omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid van de patiënt	❑	❑	❑	❑
d.	overleg over een gezamenlijk behandelings-/begeleidingsplan bij de patiënt	❑	❑	❑	❑
e.	nadere informatie over de beperkingen van de patiënt om zijn/haar werk te kunnen hervatten	❑	❑	❑	❑

35. Wat is uw algemene oordeel over de contacten die u met bedrijfsartsen heeft over uw patiënten?
De contacten:
- ❑ verlopen in het algemeen goed
- ❑ verlopen redelijk
- ❑ verlopen matig
- ❑ verlopen slecht

Eén belangrijke bouwsteen voor een goede samenwerking is dat men in elkaar vertrouwen heeft.
De volgende serie vragen gaat met name daarop in.

---

38. In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken?
(Graag achter iedere uitspraak aankruisen wat uw mening hierover is)

		Geheel mee eens	*Enigszins mee eens*	*Neutraal*	*Enigszins mee oneens*	*Geheel oneens*
a.	Ik heb veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen	❑	❑	❑	❑	❑
b.	Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen ***somatische*** diagnoses stellen	❑	❑	❑	❑	❑
c.	Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen ***psychische*** diagnoses stellen	❑	❑	❑	❑	❑
d.	Bedrijfsartsen zijn open naar de huisartsen	❑	❑	❑	❑	❑
e.	Bedrijfsartsen houden altijd rekening met verschillende kanten van de zaak	❑	❑	❑	❑	❑
f.	Bedrijfsartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten	❑	❑	❑	❑	❑
g.	Bedrijfsartsen geven aan hun patiënten duidelijk aan waarom zij contact met de huisarts willen	❑	❑	❑	❑	❑

39. Hoe liggen volgens u de verantwoordelijkheden bij onderstaande activiteiten bij een mogelijke arbeidsgerelateerde aandoening: meer bij de huisarts (HA) of meer bij de bedrijfsarts (BA)?
(Graag bij elke activiteit aankruisen hoe die verantwoordelijkheden in dat geval volgens u liggen)
de verantwoordelijkheden liggen volgens mij dan als volgt:

		HA méér dan BA	*HA evenveel als BA*	*BA méér dan HA*	*Hierbij onduidelijk*
a.	voor diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	❑	❑	❑	❑
b.	voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	❑	❑	❑	❑
c.	voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	❑	❑	❑	❑

40. Hieronder vragen we naar de mate waarin u afhankelijk bent van de informatie van een bedrijfsarts. Wanneer u zich uw laatste drie patiënten met een arbeidsgerelateerde aandoening voor de geest haalt, in hoeverre was u tijdens uw activiteiten m.b.t. die gevallen afhankelijk van de informatie van de bedrijfsarts (al dan niet actief opgevraagd)?
(Graag bij elke activiteit aankruisen hoe afhankelijk u daarvoor bent van de informatie van de bedrijfsarts)

		Ik was in die gevallen . . . afhankelijk van de bedrijfsarts			
		in sterke mate	*in niet zo sterke mate*	*in geringe mate*	*in het geheel niet*
a.	voor diagnostiek van de (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	❑	❑	❑	❑
b.	voor de behandeling van de patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	❑	❑	❑	❑
c.	voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van de (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	❑	❑	❑	❑

Bijlage III Uitkomsten opgesplitst naar NS2-referentiegroep en NS2-controlegroep

Zoals in paragraaf 2.1 van het rapport werd genoemd lopen de 14 projecten van het onderzoeksprogramma 'Arbeid en gezondheid' binnen een aantal DHV werkgebieden en zijn alle huisartsen binnen die gebieden op de hoogte van de arbocuratieve activiteiten binnen hun gebied. De huisartsen die deelnemen aan de 'Tweede Nationale Studie' zijn verspreid over heel Nederland. Een deel van deze huisartsen valt daarom ook binnen gebieden waar projecten lopen. Bij het maken van de vergelijking tussen huisartsen uit de projectgebieden met een 'onbeïnvloede' groep van NS2- 'referentie' huisartsen zal voor de landelijke evaluatie dus onderscheid moeten worden gemaakt tussen huisartsen die buiten deze gebieden vallen (de zogenaamde 'referentie'-groep) en huisartsen die binnen deze regio's vallen (de zogenaamde 'project'groep). Deze laatste groep kan immers beïnvloed zijn door de activiteiten binnen de projecten. De referentiegroep bestaat totaal uit 84 huisartsen. In deze bijlage worden de resultaten van de enquête over arbocuratieve samenwerking opnieuw gepresenteerd maar dan opgesplitst naar de NS2-huisartsen binnen en buiten de projectgebieden.

Omdat ook de huisartskenmerken van invloed kunnen zijn op de mate van arbocuratief samenwerken, zijn ook de kenmerken van deze huisartsen hier apart gepresenteerd.

Tabel I. Huisartskenmerken

	NS2 totaal (N=188) %	NS2 buiten projectgebied (N=84) %	NS2 binnen projectgebied (N=104) %
Leeftijd			
Gemiddeld in jaren	46.4 (sd 6.5)	46.2 (sd 6.4)	46,8 (sd 6,3)
- Jonger dan 40 jaar	18	18	17
- 40 jaar en ouder	82	82	83
Geslacht			
- Man	73	74	73
- Vrouw	27	26	27
Vestiging in deze praktijk			
- Sinds dit jaar (2001)	2	1	2
- Sinds vorig jaar	3	2	4
- Sinds 2 t/m 5 jaar	14	18	12
- Sinds 6 t/m 10 jaar	18	15	21
- Sinds meer dan 10 jaar	62	64	62
Omschrijving praktijk			
- Solopraktijk	30	41	22
- Duopraktijk	27	25	27
- Groepspraktijk	26	19	32
- Gezondheidscentrum	17	15	19
Urbanisatieklasse			
- Platteland	17	6	24
- Stedeland	21	11	30
- Forens gemeente	12	17	8
- Kleine stad	14	18	12
- Middelgrote stad	13	21	7
- Grote stad	23	28	20
Praktijkgrootte			
- Minder dan 1000 patiënten	4	4	5
- 1000 t/m 1499 patiënten	16	10	21
- 1500 t/m 1999 patiënten	19	16	22
- 2000 t/m 2499 patiënten	31	36	27
- 2500 patiënten of meer	29	35	25

	NS2 Totaal (N=188) %	NS2 buiten projectgebied (N=84) %	NS2 binnen projectgebied (N=104) %
Percentage werkzaam in de praktijk			
Gemiddeld	84.7 (sd21.8)	87.2 (sd20.6)	82.7 (sd22.7)
- 100% of meer	57	63	53
- 75% t/m 99%	15	16	14
- 50% t/m 74%	23	16	29
- Minder dan 50%	5	6	4
Basis/juridische status			
- Zelfstandig gevestigd	92	93	92
- Niet zelfstandig gevestigd	8	7	8

Tabel II. Bespreken van werk met patient

		Altijd %	**Vaak** %	**Soms** %	**Nooit** %
Ik weet welk werk de patiënt heeft	Totaal (N=187)	2	71	27	0
	Referentie (N=83)	4	74	23	0
	Project (N=104)	1	68	31	0
Ik weet welke belastende factoren hij/zij in het werk ondervindt	Totaal (N=187)	0	31	68	1
	Referentie (N=83)	0	30	70	0
	Project (N=104)	0	32	67	1
Ik informeer of de patiënt zich vanwege klachten op het werk ziek heeft gemeld	Totaal (N=185)	11	54	34	1
	Referentie (N=82)	12	50	37	1
	Project (N=103)	11	57	32	0

Tabel III. Werkstakingsadvies

		Mee eens	Geen mening	Indien mee eens / geen mening Frequentie werkstakingsadvies			
				Altijd	Vaak	Soms	Nooit
		%	%	%	%	%	%
Werkstakingsadvies is taak huisarts	Totaal (N=184)	66	8	21	38	41	0
	Referentie (N=81)	63	5	27	39	34	0
	Project (N=103)	68	11	17	37	46	0

Tabel IV. Werkhervattingsadvies

		Mee eens	Geen mening	Indien mee eens / geen mening Frequentie werkhervattingsadvies			
				Altijd	Vaak	Soms	Nooit
		%	%	%	%	%	%
Werkhervattingsad-vies is taak huisarts	Totaal (N=185)	63	8	12	41	47	0
	Referentie (N=82)	62	5	15	38	47	0
	Project (N=103)	64	10	10	43	47	0

Tabel V. Handelen bij wachttijd

		Altijd	Vaak	Soms	Nooit
		%	%	%	%
Frequentie werkadvies tijdens de wachttijd	Totaal (N=185)	3	19	64	14
	Referentie (N=82)	1	23	59	17
	Project (N=103)	5	16	71	11

Tabel VI. Aantal contacten

			Aantal keren			
		Gemiddelde (SD)	0 %	1 %	2-5 %	>6 %
Contact met de bedrijfsarts in de afgelopen maand	Totaal (N=188)	2.0 (1.9)	21	26	48	5
	Referentie (N=83)	1.9 (1.6)	17	27	55	1
	Project (N=105)	2.0 (2.2)	24	26	42	9

Tabel VII. Aantal schriftelijke contacten

			Aantal keren			
		Gemiddelde (SD)	0 %	1 %	2-5 %	>6 %
Schriftelijk contact met de bedrijfsarts in de afgelopen maand	Totaal (N=188)	1.3 (_2.1)	45	29	20	6
	Referentie (N=83)	1.2 (1.8)	41	34	23	2
	Project (N=105)	1.4 (2.4)	48	25	18	10

Tabel VIII. Aantal mondelinge contacten

		Gemiddelde	Aantal keren			
		(SD)	0 %	1 %	2-5 %	>6 %
Mondeling contact met de bedrijfsarts in de afgelopen maand	Totaal (N=188)	1.2 (1.8)	34	42	19	5
	Referentie (N=83)	0.9 (0.9)	32	51	17	0
	Project (N=105)	1.5 (2.3)	35	35	21	9

Tabel IX. Initiatief voor contact

		Totaal (N=185) %	Referentie (N=83) %	Project (N=102) %
Initiatief voor contact	**Initiatief nooit van mij uit; altijd van de bedrijfsarts**	27	27	28
	Initiatief zelden van mij uit; vaak van de bedrijfsarts	55	57	53
	Initiatief vaak van mij uit; zelden van de bedrijfsarts	16	13	19
	Initiatief altijd van mij uit; nooit van de bedrijfsarts	2	4	1

Tabel X. Contact op initiatief van de huisarts

		Altijd %	Vaak %	Soms %	Nooit %
Om de patiënt te verwijzen naar de bedrijfsarts	Totaal (N=140)	7	11	59	24
	Referentie (N=62)	10	7	58	26
	Project (N=78)	5	14	59	22
Om de bedrijfsarts te attenderen op beperkingen van de patiënt voor werkhervatting	Totaal (N=139)	12	18	46	25
	Referentie (N=62)	13	18	48	21
	Project (N=77)	10	18	44	27
Om nadere achtergrondinformatie te geven over de patiënt	Totaal (N=139)	30	28	28	14
	Referentie (N=63)	24	35	30	11
	Project (N=76)	36	22	26	16
Om de mogelijkheden voor terugkeer van de patiënt op het werk te bespreken	Totaal (N=139)	22	27	35	17
	Referentie (N=62)	21	23	40	16
	Project (N=77)	22	31	30	17

		Altijd %	Vaak %	Soms %	Nooit %
Om met de bedrijfsarts te overleggen over een gezamelijk behandelings- of begeleidingsplan bij de patiënt	Totaal (N=141)	30	26	33	11
	Referentie (N=62)	26	27	34	13
	Project (N=79)	33	24	33	10

Tabel XI. Contact op initiatief van de bedrijfsarts

		Vaak %	Soms %	Zelden %	Nooit %
Voor nadere informatie over de aard van de klachten van de patiënt	Totaal (N=184)	59	27	10	3
	Referentie (N=82)	55	33	11	1
	Project (N=102)	63	23	10	5
Voor nadere informatie over de inhoud van de behandeling	Totaal (N=183)	37	42	16	6
	Referentie (N=82)	34	45	16	5
	Project (N=101)	39	39	16	7
Voor een prognose omtrent de duur van de arbeidsongeschiktheid van de patiënt	Totaal (N=183)	24	37	28	10
	Referentie (N=82)	24	39	27	10
	Project (N=101)	24	36	30	11
Voor overleg over een gezamenlijk behandelings- of begeleidingsplan bij de patiënt	Totaal (N=184)	25	38	27	11
	Referentie (N=82)	26	39	27	9
	Project (N=102)	24	36	28	13

		Vaak %	Soms %	Zelden %	Nooit %
Voor nadere informatie over de beperkingen van de patiënt om zijn/haar werk te kunnen hervatten	Totaal (N=183)	19	47	23	11
	Referentie (N=82)	21	48	24	7
	Project (N=101)	18	47	22	14

Tabel XII. Knelpunten in bereikbaarheid bedrijfsarts

		Altijd %	Vaak %	Soms %	Nooit %	Knelpunt* %
De naam van de bedrijfsarts is onbekend	Totaal (N=166)	22	53	18	8	63
	Referentie (N=76)	25	46	17	12	66
	Project (N=90)	19	59	18	4	61
Het telefoonnummer van de bedrijfsarts is niet te vinden	Totaal (N=161)	21	39	29	12	62
	Referentie (N=75)	23	39	27	12	64
	Project (N=86)	19	38	31	12	60
De bedrijfsarts is niet aanwezig	Totaal (N=155)	5	39	48	8	49
	Referentie (N=70)	3	37	51	9	48
	Project (N=85)	7	40	46	7	50
De bedrijfsarts belt niet terug	Totaal (N=151)	1	15	48	36	44
	Referentie (N=70)	0	16	49	36	52
	Project (N=81)	3	14	47	37	37
De bedrijfsarts belt als ik afwezig ben	Totaal (N=183)	1	13	76	10	35
	Referentie (N=71)	0	18	70	11	33
	Project (N=86)	1	9	80	9	36

*) Bij altijd, vaak of soms

Tabel XIII. Oordeel over contact

		Goed	Redelijk	Matig	Slecht
		%	%	%	%
Algemeen oordeel over de contacten met bedrijfsartsen over patiënten	Totaal (N=182)	26	40	28	6
	Referentie (N=82)	20	46	29	5
	Project (N=100)	32	35	26	7

Tabel XIV. Vertrouwen van huisartsen in bedrijfsartsen

		Geheel mee eens	Enigszins mee eens	Neutraal	Enigszins mee oneens	Geheel mee oneens
		%	%	%	%	%
Kwaliteit van het werk	Totaal (N=183)	9	25	45	16	4
	Referentie (N=83)	8	25	46	16	5
	Project (N=100)	10	25	45	15	4
Stellen van somatische diagnoses	Totaal (N=183)	8	25	47	17	3
	Referentie (N=83)	4	24	52	19	1
	Project (N=100)	12	25	43	15	5
Stellen van psychische diagnoses	Totaal (N=183)	4	25	50	18	3
	Referentie (N=83)	2	22	60	15	1
	Project (N=100)	5	28	42	20	5
Openheid naar de huisarts	Totaal (N=182)	5	25	43	20	6

		Geheel mee eens %	Enigszins mee eens %	Neutraal %	Enigszins mee oneens %	Geheel mee oneens %
	Referentie (N=83)	0	25	41	27	7
	Project (N=99)	9	25	46	15	5
Rekening houden met verschillende kanten van de zaak	Totaal (N=184)	4	20	45	29	1
	Referentie (N=83)	1	25	41	31	1
	Project (N=101)	7	16	49	28	1
Duidelijk maken van ver-wachtingen van de huisarts	Totaal (N=184)	1	19	37	32	11
	Referentie (N=83)	0	17	37	35	11
	Project (N=101)	2	21	37	29	12
Reden van contact duidelijk aan patiënt aangeven	Totaal (N=183)	7	26	37	24	7
	Referentie (N=83)	6	28	35	23	8
	Project (N=100)	7	25	39	24	5

Tabel XV. Verantwoordelijkheid van huisartsen en bedrijfsartsen

		HA meer dan BA	HA even-veel als BA	BA meer dan HA	Onduidelijk
		%	%		%
Diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	Totaal (N=186)	36	42	20	2
	Referentie (N=83)	35	47	18	0
	Project (N=103)	37	38	22	3
Behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	Totaal (N=186)	31	48	20	1
	Referentie (N=83)	27	47	27	0
	Project (N=103)	35	49	16	1
Specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	Totaal (N=186)	73	17	6	4
	Referentie (N=83)	68	21	5	7
	Project (N=103)	77	15	7	2

Tabel XVI. Afhankelijkheid van huisartsen van bedrijfsartsen

		In sterke mate	In niet zo sterke mate	In geringe mate	In het geheel niet
		%	%	%	%
Voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	Totaal (N=180)	3	22	39	36
	Referentie (N=82)	5	24	34	37
	Project (N=98)	1	19	44	36
Voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	Totaal (N=180)	7	20	44	29
	Referentie (N=82)	6	21	42	32
	Project (N=98)	7	19	46	28
Voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening	Totaal (N=180)	2	10	38	51
	Referentie (N=82)	4	11	32	54
	Project (N=98)	0	9	43	48