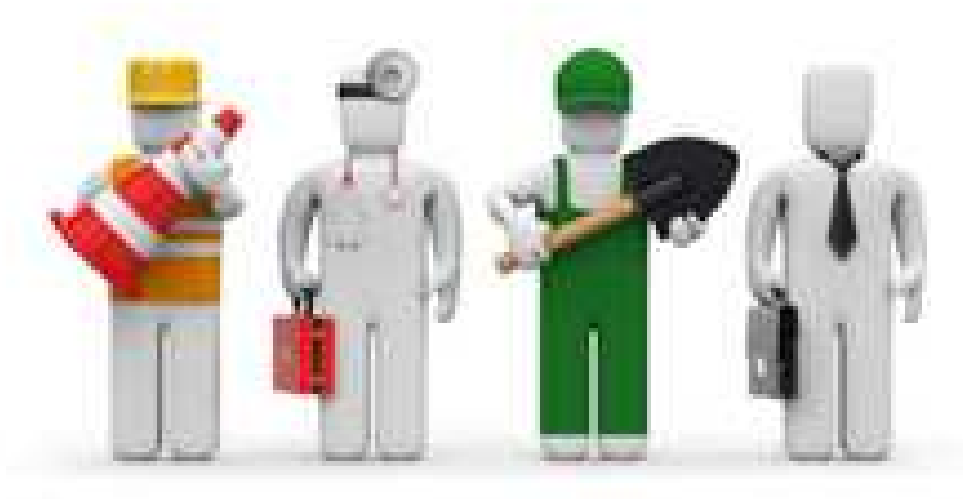


Vertraging in de eerste lijn?

Juli 2012



Onderzoek naar vertraging bij doorverwijzing in de eerste lijn volgens bedrijfsartsen.
Geschreven door studenten geneeskunde aan het Erasmus MC.

Auteurs:

Daniëlle Burghouwt, 328643
Leonie Derickx, 329230
Rohini Kharagjitsing, 327917
Khadija Moumni, 336413
Annemieke van Vliet, 328574
Kevin Yap, 329061

Voorwoord

Wij willen graag de volgende mensen danken voor hun hulp bij het tot stand komen van dit verslag:

- Onze opdrachtgever Lex Suurmeijer: voor de opzet van het onderzoek, voor de tips en voor het beoordelen van de voortgang.
- Onze MGZ-begeleidster Merel Schuring: voor de begeleiding bij het onderzoek en het verslag.
- Bea Woldhuis, bedrijfsarts: voor het beoordelen en het toetsen van de opzet van de enquêtevragen.
- Jan Derickx, onderzoeksdeskundige van de Avans Hogeschool: voor zijn hulp bij de statistische analyses
- Alle bedrijfsartsen die de tijd genomen hebben om aan het onderzoek mee te werken.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Inleiding	5
Methode	8
Resultaten	10
Discussie	18
Voorstel tot vervolgonderzoek	20
Referenties	21
Bijlage 1: Voorstel tot onderzoek	22
Bijlage 2: Testen van de enquête bij een onafhankelijke bedrijfsarts	24
Bijlage 3: Enquête: Vertraging in de eerste lijn	25

Samenvatting

In 2006 bedroeg het ziekteverzuim onder werknemers 4,5%. Soms wordt in de eerste lijn gezondheidszorg gewacht met doorsturen van patiënten (o.a. bij mogelijk spontaan herstel). Hierdoor kan vertraging in re-integratie plaatsvinden wat leidt tot hoge kosten voor werkgevers en maatschappij.

Hoofdvraag onderzoek: Bij welke ziektebeelden is er volgens bedrijfsartsen sprake van te trage doorverwijzing naar de tweede lijn, waardoor re-integratie stagneert?

Onderzoeksmethoden:

- Deskresearch: literatuurstudie naar de huidige stand van zaken van re-integratie en naar de juridische en sociale gevolgen van verzuim door ziekte.
- Fieldresearch: enquête onder bedrijfsartsen. Deze bedrijfsartsen zijn telefonisch en per mail benaderd. De enquête kon van 12–23 juni online (limesurvey) worden ingevuld.
- Analysemethode: de resultaten (190 respondenten) zijn geanalyseerd met SPSS en excel.

Onderzoekresultaten:

Over het algemeen zijn bedrijfsartsen niet ontevreden over het huidig doorverwijzen van patiënten. Het aantal patiënten per jaar (per fte) waarbij sneller doorverwijzen volgens bedrijfsartsen wenselijk is, heeft een mediaanwaarde van 25 patiënten. Volgens de bedrijfsartsen treedt de meeste vertraging op bij klachten van het bewegingsapparaat en psychische klachten.

De top 5 specifieke ziektebeelden zijn:

1. depressie, 2. schouderklachten, 3. rugklachten, 4. knieklachten, 5. hernia

Oorzaken van vertraging zijn volgens bedrijfsartsen:

- verkeerde inschatting door de huisarts
- huidige NHG-standaard
- onvolledige medewerking van patiënten
- lange wachttijden
- verschil in focus tussen bedrijfsarts en huisarts
- huidig zorgbeleid.

Verder wensen de bedrijfsartsen bij de genoemde ziektes meer en betere communicatie met huisartsen. Ook vinden bedrijfsartsen dat er meer aandacht moet komen voor de factor werk in de reguliere zorg.

Inleiding

Verkenning ziektebeelden met vertraging 1e lijn

De bedrijfsarts komt in zijn of haar praktijk in aanraking met diverse ziektebeelden. Sommige van deze ziektebeelden gaan gepaard met een snelle doorverwijzing en daardoor ook een snelle behandeling. Andere ziektebeelden vertonen een wat langzamer proces in de behandeling. Wanneer spontaan herstel te verwachten valt, wordt soms gewacht met doorverwijzen, omdat anders het aantal patiënten in de 2^e lijn enorm toeneemt en daarmee ook de zorgkosten. Hierdoor kan er vertraging in de behandeling van de patiënt, verlenging van het verzuim door de werknemer en stagnatie in het re-integratieproces van de werknemer ontstaan. Deze vertraagde re-integratie, met in het achterhoofd een loonsom van 250 euro per dag voor modale werknemers, leidt tot hoge kosten voor werkgevers en de maatschappij.

Jaarlijks wordt er dan ook veel geld uitgegeven aan re-integratie van werklozen, mensen die een periode van ziekte hebben doorgemaakt of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn verklaard.

Tevens is het zo dat hoe langer een werknemer uit het arbeidsproces is, des te moeilijker het is om terug te keren in het arbeidsproces. Wie slechts een paar dagen ziek thuis zit, raakt de aansluiting met zijn of haar werk niet kwijt. Maar onderzoek wijst uit dat iemand die zes weken ziek thuisblijft, een risico van 16 procent heeft om arbeidsongeschikt verklaard te worden. En van elke tien mensen die een kwartaal ziek zijn, blijken er zelfs drie in een arbeidsongeschiktheidsregeling te verzeild te raken. Men moet dus zorgen dat een werknemer, die langdurig uit het arbeidsproces dreigt te verdwijnen, passende begeleiding krijgt. Zo kan gezocht worden naar mogelijkheden waarmee de werknemer zo snel en volledig mogelijk weer aan het werk kan. Hierdoor blijven de maatschappelijke status en het inkomen van de werknemer intact. **[1]**

Om zoveel mogelijk onkosten te voorkomen bij de werkgever en de zieke werknemer te helpen om weer terug te kunnen naar de werkvloer, is het dus van belang dat er een snelle re-integratie plaats vindt. Wij zullen daarom deze kwestie met behulp van ons onderzoek nader bekijken.

Probleem

Aan het einde van de jaren 70 lag het Nederlandse ziekteverzuimpercentage gemiddeld op 10%. Onder invloed van een reeks wetten en inspanningen van werkgevers, werknemers en de overheid is het verzuimpercentage de afgelopen jaren flink gedaald. **[2]** In 2006 bedroeg het ziekteverzuim namelijk nog maar 4,5%. Dit lijkt weinig, maar het betekent wel dat elke dag 1 op 22 werknemers door ziekte niet werkt. **[3]**

Ziekteverzuim heeft niet alleen impact op het arbeidsproces maar ook op de gezondheidszorg. Wanneer een er een langdurig ziekteproces plaats vindt, speelt de huisarts een belangrijke rol. Tussen het zich melden van de zieke werknemer bij de huisarts, de doorverwijzing van de huisarts naar een specialist en de uiteindelijke werkhervatting, zit vaak een langdurig tijdsbestek. Kiest de huisarts er voor om in de eerste instantie de zieke werknemer niet door te verwijzen naar een specialist, dan bestaat er altijd nog de kans dat dat in de tweede instantie alsnog moet gebeuren. Dit komt de totale duur van het ziekteproces niet ten goede. Maar hoe groot is dit probleem nu eigenlijk? En wat zijn de totale kosten die hiermee gepaard gaan?

Inleiding op het huidige beleid

Sinds 1 januari 1998 moet iedere werkgever aangesloten zijn bij een Arbodienst. Daarnaast is sinds 23 april 1998 de Wet op de (re)integratie voor arbeidsgehandicapten [4] aangenomen. Dit moest ervoor zorgen dat meer gekeken werd naar wat zieke werknemers nog wel kunnen doen in plaats van wat ze niet meer kunnen doen. Arbeidsverzuim/-ongeschiktheid en re-integratie zouden meer aandacht krijgen. Deze verbeterde re-integratie zou de economie ten goede moeten komen. Omdat deze doelen niet allemaal bereikt werden is op 29 november 2001 Wet Verbetering Poortwachter [5] aangenomen. Deze wet zou tot verbetering van de procesgang in het eerste ziektejaar moeten leiden en bevat nieuwe regels betreft ziekmelding, re-integratie, wachttijd van werknemers en loondoorbetalingsverplichting van de werkgever.

Het huidige re-integratiebeleid

Re-integratie is het proces van (weer) aan het werk gaan na een periode van niet werken. [6] Wij zullen hieronder de vorm van re-integratie bespreken die past bij het weer (gedeeltelijk) aan de slag gaan na een periode van niet kunnen werken door ziekte, aangezien wij ons op deze groep zullen richten voor ons onderzoek.

De werkgever is op grond van de Arbeidsomstandighedenwet en het Arbeidsomstandighedenbesluit verplicht zich bij ziekteverzuimbegeleiding te laten bijstaan door een bedrijfsarts of arbodienst. De arbeidsomstandighedenwet [7], beter bekend als Arbowet, is een in 1999 aangenomen wet die in 2007 herzien is. In deze wet staan bepalingen en richtlijnen voor werkgevers en werknemers wat betreft gezondheid, veiligheid en welzijn bij bepaalde arbeidsomstandigheden.

Nadat de werkgever de hulp van de bedrijfsarts heeft ingeroepen, zal de bedrijfsarts met de door de werkgever verstrekte gegevens een advies geven. De werkgever is genoodzaakt de gegevens over het ziekteverzuim van zijn werknemer aan te leveren om de bedrijfsarts in staat te stellen een re-integratietraject vast te stellen. Wanneer de bedrijfsarts denkt dat het ziekteverzuim langdurig dreigt te worden, dan moet hij de werkgever binnen zes weken na de eerste dag van ongeschiktheid tot het uitvoeren van arbeid een advies sturen over het ziektegeval. Als na deze zes weken het ziekteverzuim nog steeds langdurig dreigt te zijn, dan zal de bedrijfsarts een probleemanalyse moeten opstellen en deze moeten delen met de werkgever. Vervolgens maken werkgever en werknemer aan de hand van deze probleemanalyse een plan van aanpak die medegedeeld wordt aan de bedrijfsarts. De bedrijfsarts moet tijdens het ziekteverzuimverloop op de hoogte gehouden worden door de werkgever. Wanneer de arbeidsongeschiktheid langdurig voortduurt, zal de werkgever een re-integratieverslag bij het UWV indienen, uiterlijk dertien weken voor het verstrijken van de wachttijd. De bedrijfsarts zal hiervoor een actueel oordeel leveren over onder andere het verloop van de arbeidsongeschiktheid en de arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer.[8]

Rol van de bedrijfsarts

De bedrijfsarts is dus verantwoordelijk om de re-integratie naar de werkvloer goed vast te leggen. Hiervoor heeft hij een duidelijke beschrijving van de mogelijkheden nodig. Dit kader van functionele mogelijkheden heeft de bedrijfsarts nodig wanneer hij een re-integratieproces vaststelt voor werknemer en werkgever. Voorafgaand aan dit proces heeft een probleemanalyse en eventueel ook overleg met behandeld artsen over de diagnose en behandelplan plaatsgevonden. Nadat de werknemer het re-integratieproces is gestart, zullen er vervolgspraken gemaakt worden om de mogelijkheden en beperkingen te bespreken. Als het re-integratieproces volgens plan verloopt, zouden er in de loop van de tijd meer mogelijkheden dan beperkingen geconstateerd moeten worden. Uiteindelijk zal de werknemer zijn werk volgens norm kunnen uitvoeren. [9]

Rol van de huisarts

De huisarts is eveneens betrokken bij de het ziekteverzuim. Hij (of medisch specialist) zal de aandoening van de werknemer moeten behandelen. Het is van belang dat de huisarts ook de functionele beperkingen die werken tijdelijk belemmeren van zijn patiënt benoemt. Omdat de huisarts niet de expertise over arbeidsomstandigheden beschikt zoals de bedrijfsartsen wel beschikken, zal overleg tussen huisarts en bedrijfsarts noodzakelijk zijn. Dit mag alleen met toestemming van de patiënt.

Onderzoeksvraag en subvragen

Door Lex Suurmeijer, bedrijfsarts-adviseur Achmea Vitale, en in opdracht van de Erasmus Universiteit, is ons gevraagd om te onderzoeken of bedrijfsartsen vinden dat er bij bepaalde ziektebeelden meer vertraging optreedt in het behandelproces dan bij andere ziektebeelden. Verder wilden wij ook weten bij welke ziektebeelden deze vertraging dan optreedt, hoe vaak dit voor komt en de verschillende factoren die hieraan ten grondslag liggen.

Wij hanteerden de volgende onderzoeksvraag:

- Bij welke ziektebeelden is er volgens de bedrijfsartsen sprake van te trage verwijzing naar de tweede lijn, waardoor re-integratie stagneert?

Wij hebben de volgende subvragen gebruikt:

- Hoe vaak komt vertraging voor volgens bedrijfsartsen?
- Wat zijn de meest voorkomende ziektebeelden die vertraging oplopen volgens bedrijfsartsen?
- Welke factoren liggen ten grondslag aan deze vertraging?
- Moet volgens de bedrijfsartsen het huidige beleid veranderen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden hebben we gebruik gemaakt van een enquête onder de bedrijfsartsen.

Naast het vragenlijstonderzoek hebben we ook een literatuuronderzoek gedaan. De onderzoeksvragen hiervoor zijn:

- Wat zijn de maatschappelijke kosten en gevolgen van vertraging?
- Is het belangrijk om snel te verwijzen?
- Hoe verloopt het huidige re-integratieproces?
- Is er een meningsverschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen?

Methode

Methode voor het veldonderzoek onder bedrijfsartsen

Wij zijn begonnen met het opstellen van een voorstel tot onderzoek (zie bijlage 1) om te weten of onze visie op het onderzoek in dezelfde richting was als van onze opdrachtgever. De aanpassingen die we hierop hebben gehad hebben we vervolgens meegenomen in de rest van het onderzoek.

Voor het opstellen van de enquête hebben wij vanuit de hoofdvraag (Bij welke ziektebeelden is er volgens de bedrijfsartsen sprake van te trage verwijzing naar de tweede lijn, waardoor re-integratie stagneert?) een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Bij de onderzoeksvragen hebben we enquêtevragen gemaakt (bijlage 3). Bij kwantitatieve vragen hebben we ervoor gekozen om hier open vragen van te maken, omdat op voorhand niet bekend is waar de antwoorden zouden liggen.

In eerste instantie hebben we de vragenlijst voorgelegd aan de opdrachtgever, die ons suggesties voor enkele kleine wijzigingen gegeven heeft. Om onduidelijkheden uit de vragenlijst te halen hebben wij de enquête uitgetest bij een onafhankelijke bedrijfsarts (zie bijlage 2). Op basis hiervan hebben we een aantal vragen geherformuleerd.

Aan de hand van Zorgkaart Nederland en privégegevens gevonden via websites op het internet, hebben wij contactgegevens gezocht van diverse bedrijfsartsen. De grootste Arbodiensten werden telefonisch benaderd met het verzoek tot het verspreiden van de enquête onder alle werknemers. Kleinere Arbodiensten en zelfstandige bedrijfsartsen zijn benaderd per email of per contactformulier, ook met het verzoek om de enquête te verspreiden onder de bedrijfsartsen in hun kenniskring.

Wij hebben de enquête online gezet in limesurvey, open source software. Wij hebben de link voor de enquête naar 114 mailadressen gestuurd. Hierbij zaten zowel overkoepelende organisaties als privé adressen. Het is moeilijk voor ons om na te gaan bij hoeveel bedrijfsartsen de enquête uiteindelijk terecht is gekomen. Wij hebben een respons van 190 bedrijfsartsen, hieruit kunnen we wel concluderen dat de enquête nog een aantal keer is doorgestuurd door de mensen die wij hebben weten te benaderen. Wij hebben de enquête laten lopen van 12 juni tot en met 23 juni.

Hierna zijn wij de respons van de bedrijfsartsen gaan verwerken in SPSS. Uit limesurvey konden wij direct een Excel bestand halen met de resultaten. Echter was dit bestand niet geschikt om rechtstreeks in SPSS te verwerken. Daardoor hebben wij een gedeelte handmatig moeten aanpassen:

- Variabelen definities in SPSS aanmaken;
- De gesloten vragen uit limesurvey werden weergegeven als verschillende kolommen. Deze hebben wij telkens met scripts teruggebracht tot één variabele;
- De antwoorden van de gesloten variabelen werden als strings (woorden) weergegeven, deze moesten met scripts (if...then...) omgezet worden in getalvariabelen met codering;
- Bij de branches moeten een aantal categorieën bijgecodeerd worden (overheid, dienstverlening en transport);

Bij de vraag waarop bedrijfsartsen in een open veld konden antwoorden van welke ziektebeelden zij vonden dat vertraging voorkomt, kwamen veel verschillende resultaten. Er werden zowel hoofdgroepen genoemd (bewegingsapparaat/orthopedie, intern, psychisch, cardiologie etc) als ziektebeelden (depressie, impingement (schouder) etc). Om de hoofdcategorieën eruit te halen, zijn we handmatig van de eerste 120 ingevulde enquêtes gaan turven welke ziektebeelden veel werden genoemd. Hieruit hebben we de top 10 meest genoemde aandoeningen geselecteerd en gebruikt voor de analyse van de 190 enquêtes. Wij hebben zo veel mogelijk ziektebeelden die maar een enkel keer worden genoemd maar wel onder een van de tien categorieën vallen bij de categorieën genomen, bijvoorbeeld bekkenklachten bij bewegingsapparaat.

De 6 vragen over ziektebeelden hebben we in categorieën ingedeeld en handmatig in het bestand verwerkt.

Bij de vraag over vertraging bij ziektebeelden hebben gevraagd om het belangrijkste knelpunt (ziektebeeld) als eerste te noemen. Vervolgens hebben we twee analyses hierop uitgevoerd. Bij de eerste analyse hebben we alleen gekeken of ziektebeelden genoemd werden. Bij de tweede analyse hebben we aan de plaats een wegingsfactor toegekend (als eerste genoemd = 6 punten en verder aflopend). In de analyses zijn overigens alleen de verhoudingen tussen ziektebeelden van belang.

De grafieken zijn waar mogelijk direct met SPSS gemaakt en verder deels met excel gemaakt. Uit de open vragen met opmerkingen zijn een aantal belangrijke constatering afgeleid. Ook hierbij zijn aan de hand van de gegeven antwoorden hoofdcategorieën bepaald, waarna de antwoorden handmatig onderverdeeld zijn in deze categorieën middels turven. Bij de vraag naar suggesties voor verbetering zijn antwoorden die geen verbetersuggestie bevatten, zoals 'neen' uitgesloten.

Methode van het literatuuronderzoek

Naar aanleiding van de subvragen van het onderzoek, zijn er overeenkomende zoektermen opgesteld. Deze waren 'kosten re-integratie na ziekte', 're-integratie arbo' en 're-integratie'. Met behulp van google en google scholar is er met deze zoektermen gezocht naar relevante rapporten en artikelen. Sites van de Rijksoverheid zijn gebruikt bij het zoeken naar wetten met betrekking tot re-integratie en ziekteverzuim. NHG en NVAB richtlijnen zijn gebruikt bij het analyseren van het huidige behandelproces.

Artikelen en rapporten die hoofdzakelijk de problematiek rondom werklozen behandelen (al dan niet ten gevolge van ziekteverzuim), zijn niet meegenomen in de literatuurstudie omdat wij ons in dit onderzoek vooral willen richten op de "werkende zieken" die nog onder contract staan bij hun werkgevers.

Bij het selecteren van artikelen is er op gelet dat de artikelen de situatie in Nederland weergeven. Bovendien werd opgelet dat de auteurs van de artikelen een medische (liefst arbo) dan wel juridische achtergrond hadden.

Resultaten

Hoe groot is het probleem en wat zijn de kosten?

Aan het begin van deze eeuw lag het ziekteverzuimpercentage rond de 5,5%. Jaarlijks verzuimt ongeveer de helft van de werknemers tenminste één keer (gemiddeld 7,5 verzuimdagen per jaar).

In 2010 is het ziekteverzuimpercentage in Nederland volgens de werknemers en de werkgevers 4,2%. Dit betekent dat gemiddeld iedere dag meer dan 200.000 werknemers verzuimen vanwege ziekte, ongeval of andere gezondheidsredenen. De totale loonkosten in 2010 lagen rond de 300,5 miljard euro, de totale verzuimkosten bedroegen in totaal 12,6 miljard euro (4,2% van 300,5 miljard). Bij deze berekening zijn kosten zoals de vervanging van het zieke personeel niet meegenomen. De werkelijke totale verzuimkosten zijn vooralsnog onbekend. **[2]**

Verskil verzuimduur tussen beroepsgroepen

Tussen beroepsgroepen verschillen het aantal werkdagen per verzuimgeval. De langste verzuimers werken in de ambachtelijke-, industriële- en transportberoepen en verzuimen gemiddeld 9,9 werkdagen per jaar. Werknemers in de commerciële beroepen en vakspecialisten verzuimen per keer met gemiddeld 5,1 werkdagen het kortst.

Ook is er een duidelijke relatie tussen het opleidingsniveau van werknemers en het ziekteverzuim. Hoe hoger werknemers zijn opgeleid, hoe minder zij verzuimen. Werknemers die alleen basisonderwijs hebben genoten, verzuimen 5,1 %, dat is 3,3% meer dan werknemers die wetenschappelijk onderwijs hebben afgerond.

Werknemers met lager en middelbaar beroepsonderwijs verzuimen vaker dan werknemers met MAVO of HAVO/VWO. Dit komt doordat zij vaker fulltime werken, een hogere leeftijd hebben en vaker onder fabrieksomstandigheden werken dan onder kantoor- omstandigheden.

Het verschil in verzuim tussen beroep en opleiding wordt veroorzaakt door verschillen in blootstelling aan arbeidsrisico's. Beroepen met een hoog verzuim hebben relatief laaggeschoold werk met een hoge blootstelling aan belastende werkomstandigheden. **[2]**

Verskil verzuimduur tussen sectoren

Ook tussen beroepssectoren verschillen de verzuimpercentages. In 2010 zijn de hoogste verzuimpercentages gerapporteerd in het openbaar bestuur (5,3%) en in de industrie (5,0%). In de zakelijke dienstverlening (3,3%) en in de landbouw en visserij (2,5%) zijn de verzuimpercentages het laagst. **[2]**

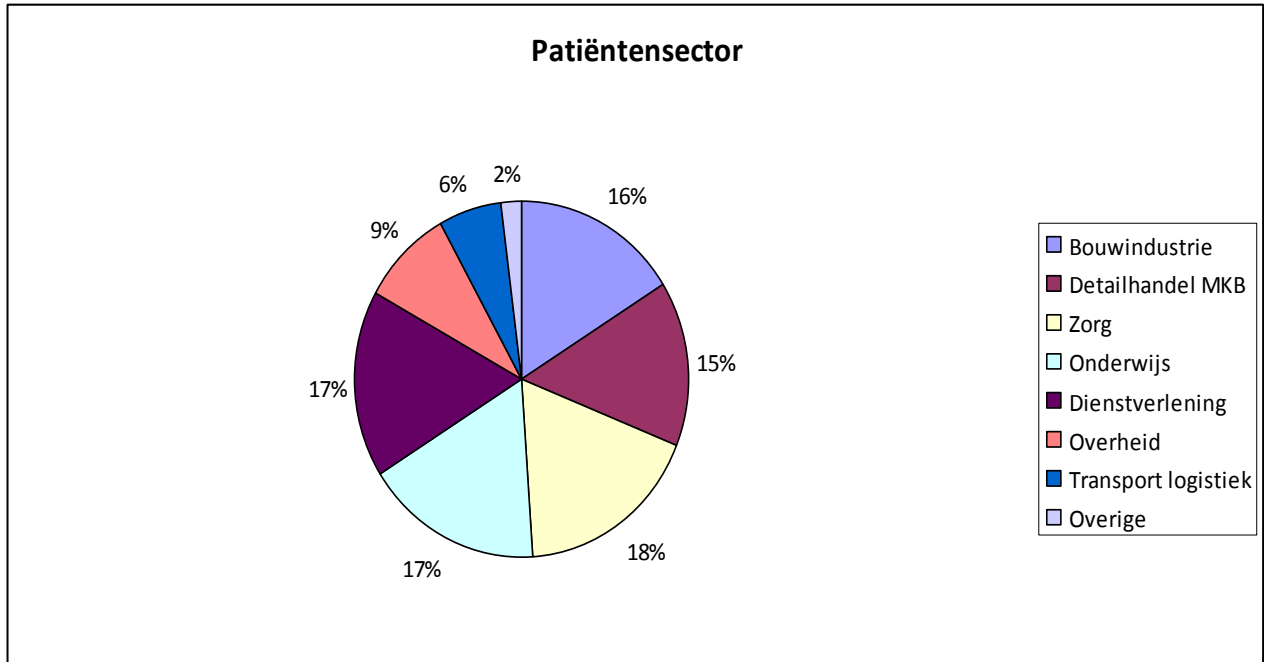
Verbeterpunt uit de literatuur wat betreft rol van de huisarts

Volgens S. Knepper, verzekeringsarts en medisch adviseur bij het UWV, kan de huisarts een belangrijke rol spelen bij het voorkomen en opsporen van arbeidsongeschiktheid en –verzuim. De huisarts moet bij de gepresenteerde ziekteklachten nagaan of een mogelijke oorzaak in de arbeidsomgeving ligt. Hierop zou hij zijn behandelplan kunnen laten aansluiten. Bovendien kan hij de patiënt ook informeren dat op lange termijn andere gezondheidsklachten kunnen ontstaan die een gevolg kunnen zijn van onjuiste arbeid. Maar bovenal kan hij de patiënt wijzen op wat hij wel kan/mag doen. **[10]**

Veldonderzoek

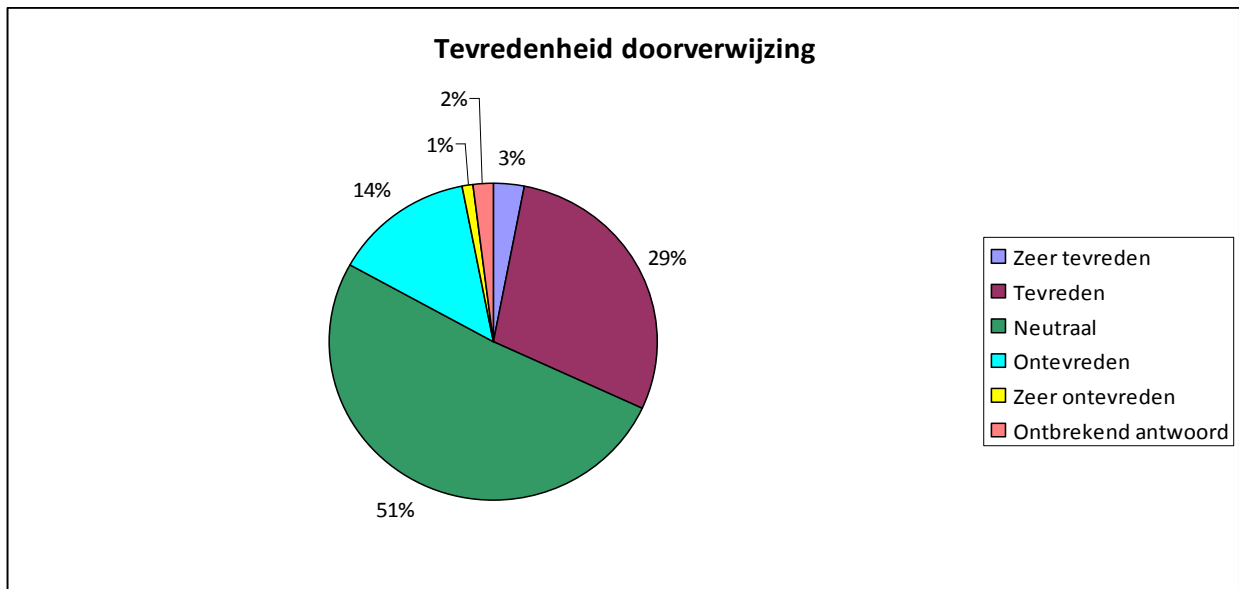
Gegevens van de respondenten

In het totaal hebben wij 190 bruikbare enquêtes ontvangen. Deze 190 respondenten zien de meeste patiënten uit sector:



Figuur1. Sector waaruit patiënten afkomstig zijn.

Alle sectoren hebben een vergelijkbaar aandeel. Echter, overheid en transport hebben een wat kleiner aandeel.



Figuur 2. De algemene tevredenheid over beleid doorverwijzing.

Er is maar een klein percentage bedrijfsartsen (15%) dat in het algemeen ontevreden of zeer ontevreden is over de doorverwijzing van patiënten naar de specialist. Ongeveer de helft oordeelt neutraal. Ongeveer een derde is tevreden of zeer tevreden.

Verdeling respondenten over geslacht en ervaring

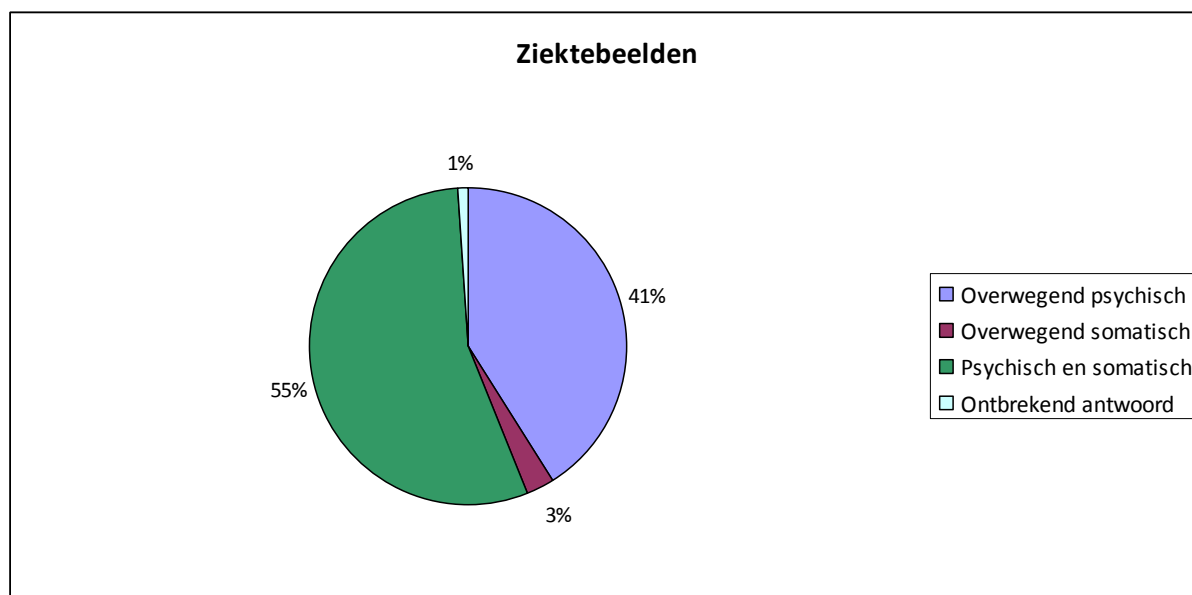
Geslacht	Ervaringscategorie				Totaal
	0 - < 5 jaar	5 - < 10 jaar	10 - < 20 jaar	> = 20 jaar	
Vrouw	1	4	42	27	74
Man	4	5	48	59	116
Totaal	5	9	90	86	190

Tabel 1. Het geslacht van de participanten.

Ervaringscategorie		Tevredenheid over het doorverwijzen					Totaal
		Zeer tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Zeer ontevreden	
0 - < 10 jaar	Aantal	0	3	7	4	0	14
	Groeps%	0,00%	21,40%	50,00%	28,60%	0,00%	100%
10 - < 20 jaar	Aantal	2	25	49	12	0	88
	Groeps%	2,30%	28,40%	55,70%	13,60%	0,00%	100%
> = 20 jaar	Aantal	4	28	41	11	2	86
	Groeps%	4,70%	32,60%	47,70%	12,80%	2,90%	100%
Totaal		6	56	97	27	2	188
Totaal %		3,20%	29,80%	51,60%	14,40%	1,10%	100%

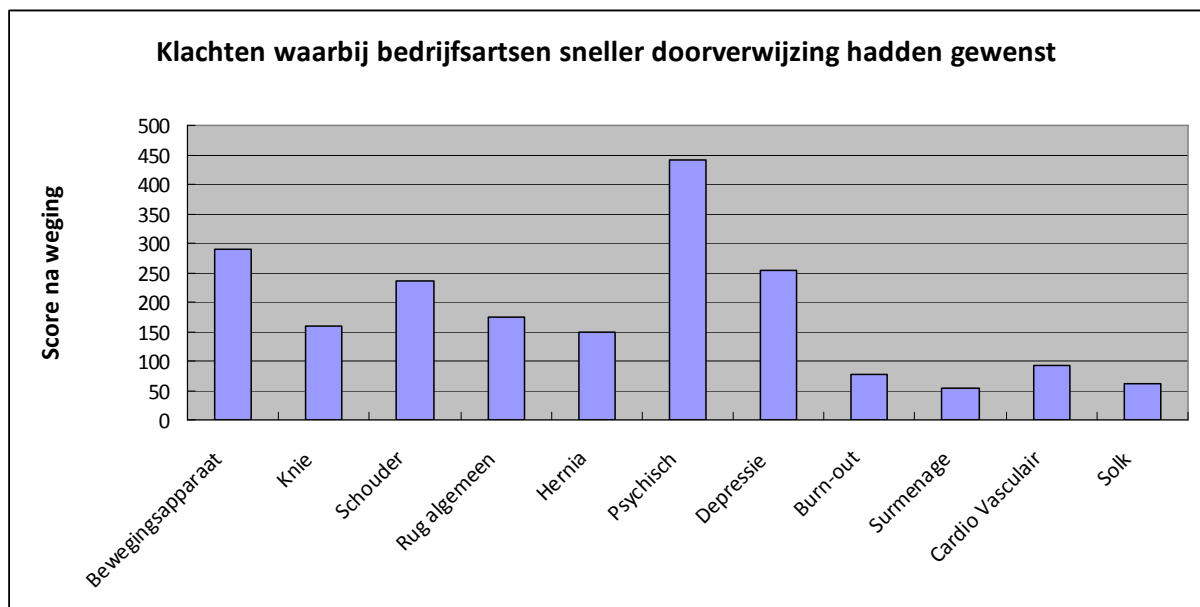
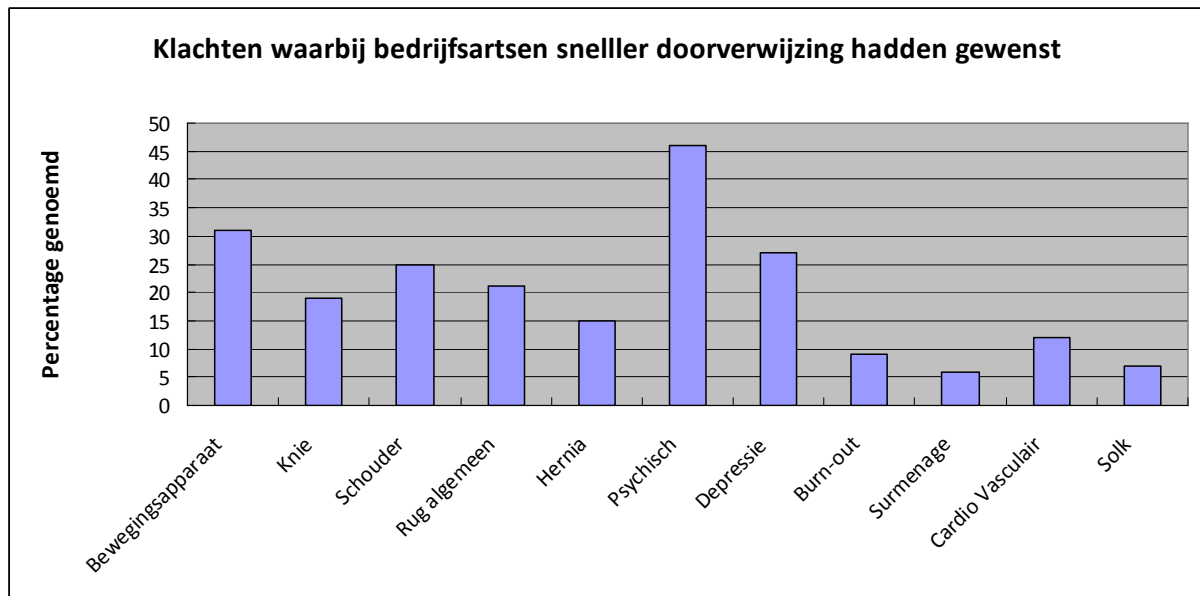
Tabel 2. Tevredenheid over het doorverwijzen uitgezet tegen het aantal jaren in dienst.

Ontevredenheid onder bedrijfsartsen met minder dan 10 jaar ervaring lijkt wat hoger. Door de kleine subgroep (14 respondenten) kan deze conclusie niet voor de populatie getrokken worden (Chi-kwadraat analyse, p waarde 0,481).



Figuur3. Verhouding van ziektebeelden die overwegend door de bedrijfsartsen gezien worden.

Ruim de helft van de bedrijfsartsen zien ongeveer evenveel somatische als psychische ziektebeelden, maar iets minder dan de helft van de bedrijfsartsen ziet overwegend patiënten met psychische klachten.



Figuur 4.1 en 4.2 Top scores klachten waarbij sneller doorverwijzen wenselijk is volgens bedrijfsartsen, score voor en na weging.

Onder bewegingsapparaat algemeen vallen ook: bekken klachten, KANS (complaints of arm, neck and shoulder), RSI (repetitive strain injury), CTS (carpaal tunnel syndroom), reuma, gewrichtsklachten, locomotoor, elleboog, tendinopathie, artrose, hielspoor, nekkklachten, slijmbeurontsteking (bursitis) en epicondylitis.

Onder Rugklachten vallen ook whiplash en cervicale artrose

Onder hernia valt ook radiculair beeld

Onder psychisch algemeen vallen ook psychose, angststoornis en persoonlijkheidsstoornis

Onder cardiovasculair vallen ook hypertensie, TIA/CVA, coronair sclerose, pijn op de borst, vaataandoeningen

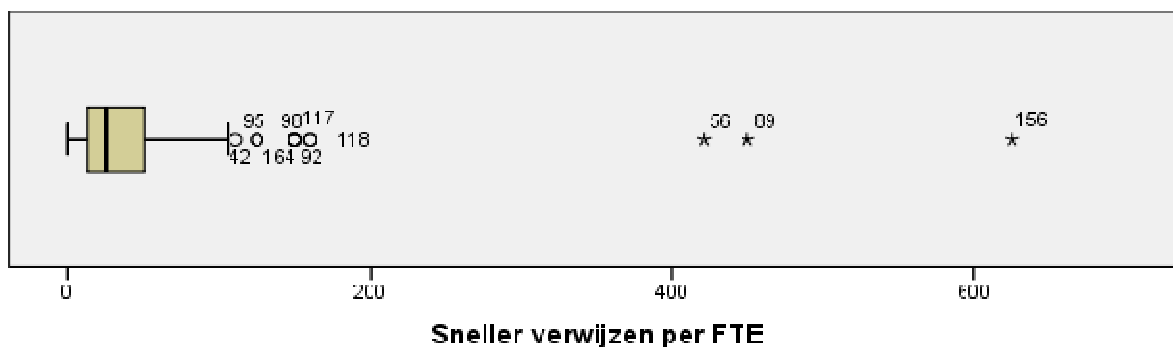
We hebben gevraagd aan bedrijfsartsen bij welke ziektebeelden ze vinden dat er sneller kan worden doorverwezen. Ook hebben we gevraagd de ziektebeelden op volgorde van meest voorkomend te zetten. Uit de grafieken blijkt dat de ziektebeelden waarbij de meeste bedrijfsartsen aangeven dat het wenselijk is om sneller door te verwijzen (figuur 4.1), ook de meeste vertraging wordt aangegeven (figuur 4.2). Dit betekent niet dat bij alle patiënten met die klacht vertraging voorkomt, maar dat de bedrijfsarts bij een aantal patiënten geconstateerd heeft dat snellere doorverwijzing gewenst zou zijn.

In het algemeen treedt de meeste vertraging op bij klachten van het bewegingsapparaat en psychische klachten. De top 5 specifieke ziektebeelden hierin zijn:

1. depressie
2. schouderklachten
3. rugklachten
4. knieklachten
5. hernia

Het aantal patiënten per jaar waarbij snellere verwijzing wenselijk wordt geacht

Er zijn grote verschillen bij het aantal patiënten waarbij de bedrijfsarts het wenselijk vindt dat deze patiënt sneller naar de specialist doorverwezen wordt. Dit aantal patiënten hebben we herberekend per FTE (fulltime baan van 40 uur per week).



Figuur 5. Patiënten die sneller doorverwezen zouden moeten worden per FTE.

De boxplot (figuur 5) laat zien dat de meeste bedrijfsartsen komen tot een aantal van 0-50 patiënten per jaar waarbij het wenselijk is dat deze sneller doorverwezen worden. In de bovenstaande boxplot uit SPSS staan de uitbijters met de bijbehorende case nummers.

Statistieken (mediaan kwartielen)		
Sneller verwijzen per FTE		
N =	Valide	188
	Ontbrekend	2
Mediaan		25,00
Minimum		0
Maximum		625
Percentielen	25	12,50
	50	25,00
	75	50,00

Tabel 3. Patiënten die sneller doorverwezen zouden moeten worden per mediaan kwartiel.

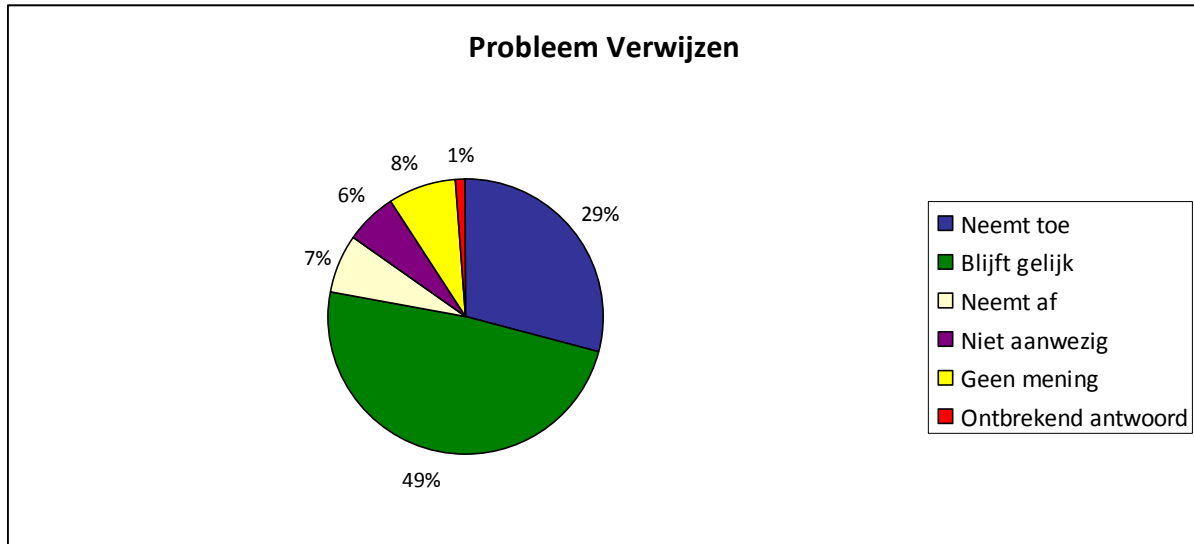
Statistieken (percentielwaarden)		
Sneller verwijzen per FTE		
N	Valide	188
	Ontbrekend	2
Percentielen	10	6,00
	20	11,00
	30	15,00
	40	20,00
	50	25,00
	60	31,00
	70	63,00
	80	62,50
	90	100,00

Tabel 4. Patiënten die sneller doorverwezen zouden moeten worden per percentielwaarde.

De mediaan (middelste waarde) van het aantal patiënten waarbij de bedrijfsarts het wenselijk vindt om sneller door de verwijzen is 25 per jaar (tabel 3). Driekwart van de bedrijfsartsen zit in ieder geval onder de 50 patiënten jaarlijks. 90% van de bedrijfsartsen geeft een aantal van maximaal 100

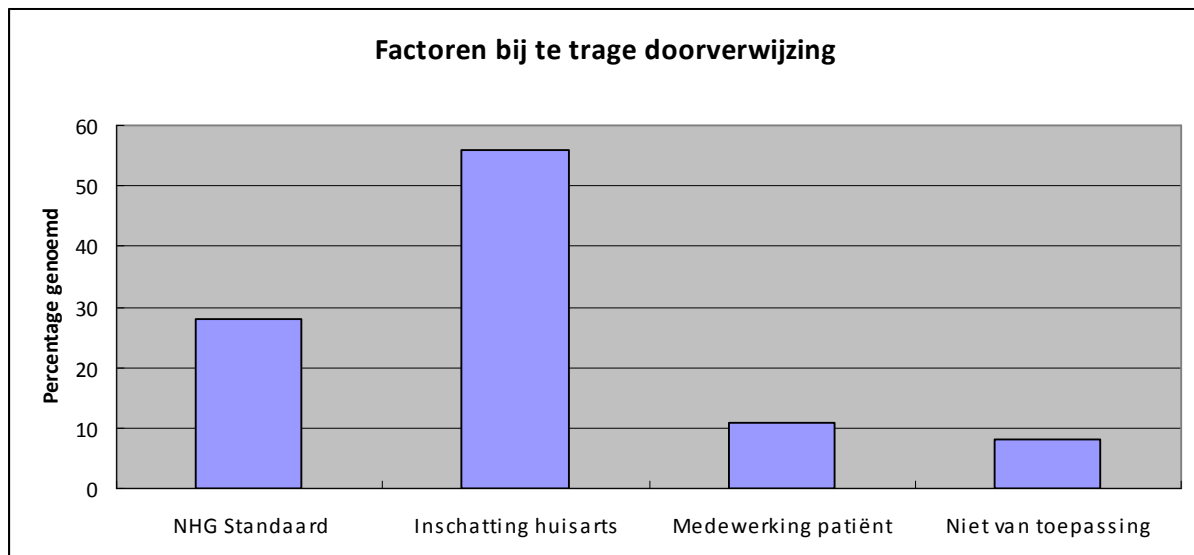
patiënten per jaar aan (tabel 4). De percentielwaarde 31 bij 60% percentiel geeft aan dat 60% van de bedrijfsartsen bij hoogstens 31 patiënten per jaar snellere doorverwijzing zou wensen.

Neemt het probleem van te traag doorverwijzen (in de tijd) toe of af?



Figuur 6. Verandering van het probleem in de loop der tijd.

49% van de bedrijfsartsen vindt dat het probleem van te traag verwijzen gelijk blijft, 29% ervaart een toename van te traag verwijzen. Verder vindt 6% dat er geen problemen aanwezig zijn bij doorverwijzing.

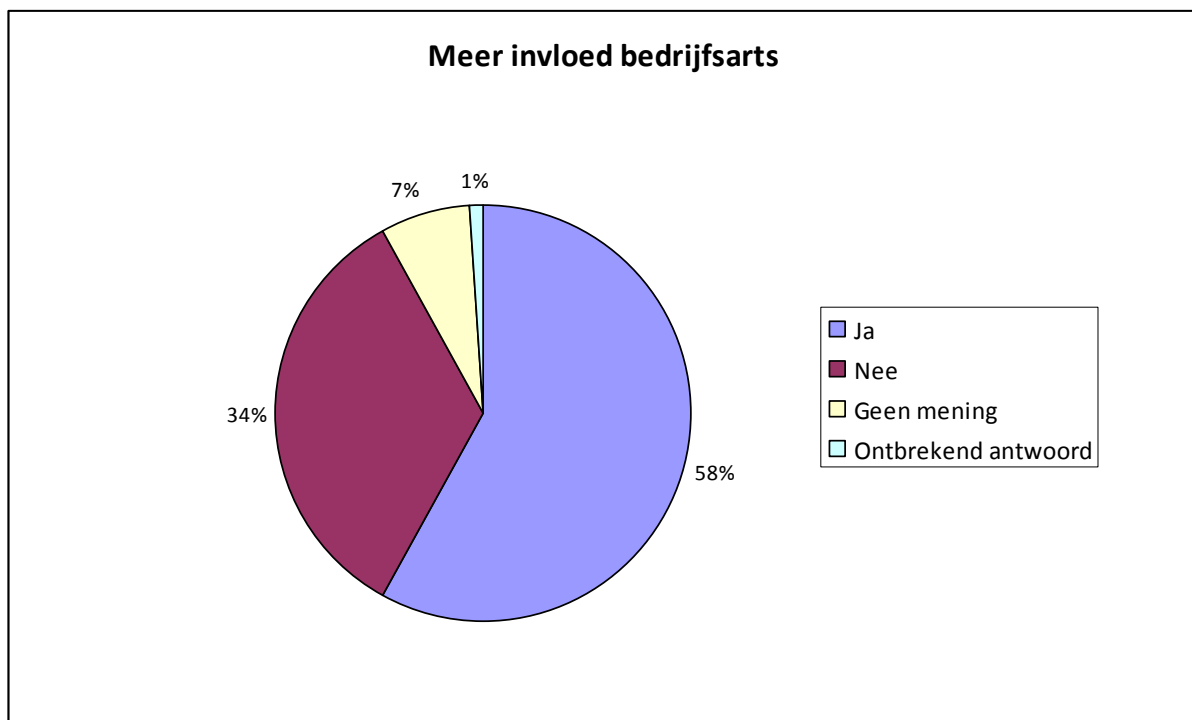


Figuur 7. De oorzaak van te traag doorverwijzen volgens bedrijfsartsen.

Een verkeerde inschatting van de huisarts wordt vaak genoemd als oorzaak van te traag doorverwijzen. Deze wordt gevolgd door de huidige NHG standaard als oorzaak. Onvolledige medewerking van de patiënt wordt door iets meer dan 10% van de respondenten als oorzaak genoemd.

Van de 190 bedrijfsartsen hebben er 77 (40,5%) ook nog een optie ingevuld bij de open vraag "overig". De lange wachttijden in de tweede lijn, met name bij de GGZ worden door 27 (35,1% van de 77) bedrijfsartsen genoemd. Ook geeft 20,8% aan dat de huisarts onvoldoende aandacht heeft voor het ziekteverzuim en het effect hiervan op de werknemer, maar ook de werkgever en de maatschappelijke kosten, of hier mogelijk niet van bewust is. Daarnaast noemt 5,2% specifiek dat er een andere focus is tussen de bedrijfsarts en de huisarts. De huisarts wordt bij enkele ziektebeelden verweten te expectatief beleid te voeren, de NHG niet goed te volgen, onvoldoende oog te hebben voor de patiënt, somatiseren van psychische klachten en zelf te willen behandelen in plaats van doorverwijzen (22,1%). Tot slot wordt ook het huidige zorgbeleid als oorzaak van vertraging aangegeven (11,7%). Dwang voor de huisarts om kosten zo laag mogelijk te houden en een eigen bijdrage van patiënten worden hierbij genoemd.

Moeten bedrijfsartsen meer invloed krijgen bij doorverwijzen van patiënten?



Figuur 8. Mening van de bedrijfsartsen over het vergroten van hun invloed wat betreft doorverwijzen.

58% van de bedrijfsartsen vindt dat ze meer invloed moeten krijgen bij het doorverwijzen. Hiertegenover staat 34% die meer invloed niet nodig vindt.

Suggesties van bedrijfsartsen voor het verbeteren van doorverwijzen naar de tweede lijn

In totaal hebben 132 bedrijfsartsen een reactie gegeven op deze vraag. Hiervan bevatten 120 een suggestie, de overige respondenten gaven aan geen suggestie te hebben. Er is alleen gekeken naar de 120 gegeven suggesties.

Over het algemeen zijn de bedrijfsartsen niet ontevreden over de doorverwijzing naar de 2^e lijn. Bij ziektebeelden waar de bedrijfsartsen wel problemen ervaren met te trage doorverwijzing wordt door 39 bedrijfsartsen (32,5% van de suggesties) vaker, sneller en beter overleg gewenst tussen de bedrijfsarts en de huisarts. Er zijn echter wel knelpunten die overleg lastig maken. Een voorbeeld is het aanvragen van machtigingen: heeft de patiënt wel toestemming gegeven? Hier kan een hoop tijd in gaan zitten. Ook wordt aangegeven dat er vaak eenrichtingsverkeer is, de huisarts moeilijk bereikbaar en dat er een beter begrip mag zijn voor elkaars vakgebied.

Een tweede is dat bedrijfsartsen momenteel al wel kunnen doorverwijzen. De een zegt dat dit goed te doen is, als je maar je eigen contacten opbouwt waarnaar je kunt doorverwijzen en dat er te weinig gebruik van wordt gemaakt. Een groter deel ondervindt echter nog wel moeilijkheden en vraagt om het op te nemen in de zorgverzekering, omdat de doorverwijzing lang niet altijd wordt vergoed. Dit in tegenstelling tot een verwijzing van de huisarts. Ook wordt er om versoepeling gevraagd, zodat een bedrijfsarts wat makkelijker door kan sturen. Nu komt er veel administratie bij kijken. Een deel geeft aan pas door te verwijzen als overleg met de huisarts niet de gewenste uitkomst had. Toch zijn er ook bedrijfsartsen die aangeven dat ze zelf de patiënten gewoon moeten kunnen doorverwijzen.

Een derde punt is dat er in het algemeen meer aandacht moet komen voor de factor werk in de reguliere zorg, en wat het effect is van ziekteverzuim op de patiënt, de werkgever en de maatschappij. De bedrijfsarts is hier wel erg op gefocust, de meeste huisartsen minder (volgens bedrijfsartsen). Maar de bedrijfsarts wordt vaak aangesproken op traag herstel. Door huisartsen meer alert te maken op de gevolgen, kunnen bedrijfsarts en huisarts meer op één lijn komen en elkaars visie steunen. Zo wordt door meerderen gesuggereerd om de richtlijnen aan te passen voor werkende patiënten, zodat deze zo kort mogelijk uit het arbeidsproces zijn waardoor re-integratie ook makkelijker verloopt.

Daarnaast is een belangrijke suggestie het inkorten van de wachttijd, omdat dit een belangrijk probleem is bij de genoemde vertraging. Diverse methoden, zoals meer zorgaanbod en andere doorverwijsprocedures worden genoemd. Kortere werktijd bevordert de re-integratie.

Discussie

Over het algemeen zijn bedrijfsartsen niet ontevreden over de huidige situatie wat betreft het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn. Uit de totale respons is gebleken dat de werksectoren voldoende zijn afgedekt en daarmee representatief zijn voor bedrijfsartsen werkzaam in de diverse sectoren.

Er is maar een klein percentage bedrijfsartsen dat in het algemeen ontevreden is over de doorverwijzing van patiënten naar de specialist. De meeste bedrijfsartsen komen tot een aantal van 0-50 patiënten per jaar waarbij het wenselijk is dat deze sneller doorverwezen worden. Iets meer dan een kwart van de bedrijfsartsen ervaart een toename van te traag verwijzen en ongeveer de helft vindt dat het aantal gelijk blijft.

Psychische klachten worden meer gezien door de bedrijfsartsen dan somatische klachten. Het meeste worden psychische klachten en het bewegingsapparaat in het algemeen genoemd als categorieën waarbij vertraging wordt gezien door bedrijfsartsen. De top vijf specifiek ziektebeelden zijn hierbij: depressie, schouderklachten, rugklachten, knieklachten en hernia.

Ook bleek dat de ziektebeelden waarbij de meeste bedrijfsartsen aangeven dat het wenselijk is om sneller door te verwijzen, ook de meeste vertraging wordt aangegeven.

Oorzaken van vertraging in de tweede lijn volgens bedrijfsartsen zijn een verkeerde inschatting door de huisarts, de huidige NHG-standaard en onvolledige medewerking van de patiënt. Daarnaast werden ook lange wachttijden, verschil in focus tussen bedrijfsarts en huisarts en het huidige zorgbeleid genoemd. Onvoldoende aandacht voor ziekteverzuim en alle gevolgen van dien voor werknemer, werkgever en maatschappij was tevens een belangrijk punt.

Belangrijk uit de suggesties van bedrijfsartsen is dat er bij de genoemde ziektes meer en betere communicatie is gewenst tussen de bedrijfsarts en de huisarts. Ook vinden bedrijfsartsen dat er meer aandacht moet komen voor de factor werk in de reguliere zorg. De wachttijden worden ook door bedrijfsartsen aangegeven als een probleem bij te traag doorverwijzen.

Het merendeel van de bedrijfsartsen is tevreden of neutraal over het huidige beleid. Wel geeft iets meer dan de helft van de bedrijfsartsen aan dat het wenselijk is als zij meer invloed krijgen in het verwijzen van patiënten. Op het moment zien enkele bedrijfsartsen hierbij nog problemen, zoals geen vergoeding door de zorgverzekering en dat het nog te moeilijk is om patiënten door te verwijzen.

De vraag is of vertraging volgens de bedrijfsarts nu daadwerkelijk zo vaak voorkomt door een verkeerde inschatting van de huisarts, of dat dit door de NHG-standaard wordt veroorzaakt. Mogelijk zijn veel bedrijfsartsen onvoldoende bekend met de NHG-standaard. Mogelijk is het een optie om de bedrijfsartsen hier meer mee bekend te maken. Daarnaast zou de huisarts meer inzicht moeten krijgen in de gevolgen van ziekteverzuim voor zowel werkgever, werknemer als de maatschappij. Als zowel bedrijfsarts als huisarts zich meer in elkaars vakgebied verdiepen, zal dit ook naar verwachting een betere samenwerking en meer wederzijds begrip geven. Het verschil in visie kan zo afnemen.

Betere samenwerking is ook nodig om, als bedrijfsartsen makkelijker zouden kunnen gaan doorverwijzen, te voorkomen dat bedrijfsarts en huisarts langs elkaar gaan werken en patiënten meerdere keren worden doorverwezen, terwijl dit misschien niet eens noodzakelijk is. Communicatie blijft hierin dus het belangrijkste punt!

Problemen worden slechts aangegeven bij een beperkt aantal patiënten en ziektebeelden, want over het algemeen zijn bedrijfsartsen tevreden over de doorverwijzing.

Literatuuronderzoek

De maatschappelijke kosten van vertraging duiden met name op de loonkosten die betaald moeten worden. Hoe langer er gewacht wordt, des te hoger de kosten worden. Absolute getallen over kosten die gemaakt worden, zijn niet bekend in de literatuur. Wat bekend is, zijn alleen de kosten vanuit arbeidsperspectief en niet vanuit de gezondheidszorg. Een van de gevolgen van de vertraging is het langer thuiszitten van de werknemer. De werkgever zit opgezaald met extra kosten. De werknemer heeft er geen baat bij om zonder structuur thuis te zitten. Het arbeidsproces zorgt voor beter welzijn van de werknemer.

Bovenstaande punten geven het belang aan van snel doorverwijzen en snelle re-integratie.

De rol van de huisarts bestaat uit het behandelen en het verwijzen van de werknemer naar de tweede lijn. De bedrijfsarts is verantwoordelijk voor het gehele re-integratieproces. Doordat het blijkbaar niet duidelijk is waar de grenzen van de taken liggen van de huisarts en de bedrijfsarts, kunnen er wegens miscommunicatie verscheidene problemen ontstaan.

In de Nederlandse literatuur kwam de visie van de huisarts niet goed naar voren.

Betere communicatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts is gewenst. Dit blijkt ook uit de enquête. Verder is het ons niet duidelijk in hoeverre het voor de bedrijfsarts mogelijk is om de werknemer te verwijzen naar de tweede lijn. Dit kwam naar boven door de enquête, maar niet in de literatuur. Mogelijk zou verwijzing door de bedrijfsarts problemen opleveren bij de zorgverzekeraar. Ook is meer openheid in de kosten wenselijk om het totale kostenplaatje in kaart te brengen, zodat we kunnen beoordelen waar de problemen zitten. Het is niet duidelijk of sneller verwijzen meer kosten met zich meebrengt dan de vertraging. Vooral nog denken wij dat er nog winst te behalen is qua kosten voor ziekteverzuim, gezien het aantal vertragingen dat door bedrijfsartsen genoemd wordt.

Sterke en zwakke punten

Het onderzoek was bedoeld als kwalitatief onderzoek. Er was een hoge respons op deze enquête waardoor de uitkomsten kwalitatief betrouwbaar zijn. Echter, representativiteit kan niet aangetoond worden en daardoor zijn de gegeven percentages niet exact maar indicatief. De vraag over *het aantal patiënten waarbij sneller doorverwijzen wenselijk is*, levert uitschieters in de antwoorden op. Daardoor is het gemiddelde niet meer geschikt om als liggingsmaat te gebruiken. In dit geval hebben we bij de analyse moeten kiezen voor de mediaan en percentielwaarden.

Het opstellen van de top vijf van specifieke klachten werd bemoeilijkt door het feit dat er overlappende categorieën werden genoemd door bedrijfsartsen. De één noemde specifieke klachten, de ander maakte gebruik van algemene benamingen voor een groep aandoeningen. Hierdoor werden wij genoodzaakt om categorieën samen te voegen, zoals categorie 'bewegingsapparaat' en categorie 'schouder' 'knie' tot één hoofdcategorie. Hierdoor hebben wij echter wel een goed beeld kunnen schetsen van de belangrijkste hoofdcategorieën, die bij vervolgonderzoek nog uitgesplitst kunnen worden in specifieke klachten. Ter indicatie hebben we nog wel een top 5 van specifieke ziektebeelden kunnen opstellen aan de hand van bedrijfsartsen die wel specifieke klachten hadden benoemd.

Een ander punt was dat er geen absolute getallen te vinden zijn over de kosten die ziekte van een werknemer met zich meebrengen, zowel voor de werkgever als voor de gezondheidszorg. Voor deze kosten waren enkel benaderingen beschikbaar.

Voorstel tot vervolgonderzoek

Relevantie:

De indruk bestaat dat in de geneeskunde nogal eens onnodig gewacht wordt met doorverwijzing van de eerstelijns naar de tweedelijns behandelaar. Voor de maatschappij kan onnodig wachten met doorverwijzing economische schade ontstaan. Ook voor de patiënt heeft langere onderbreking van het arbeidsproces doorgaans ongunstige gevolgen.

Startsituatie

Eerder onderzoek onder bedrijfsartsen heeft duidelijk gemaakt dat volgens de bedrijfsartsen de problemen met te trage doorverwijzing vooral gezien worden bij de volgende ziektebeelden: rugklachten (algemeen), hernia, bewegingsapparaat (algemeen), knie, schouder, psychisch (algemeen), surmenage, burn out, depressie, SOLK (somatisch onbegrepen lichamelijke klachten) en cardiovasculair.

Daarnaast zijn rond dit thema twee belangrijke nieuwe gezichtspunten aan het licht gekomen:

- Bedrijfsartsen hebben rondom deze problematiek behoefte aan meer communicatie met huisartsen en zouden wat vaker mee willen beslissen over snellere doorverwijzing. Daarnaast wordt aangegeven dat het gunstige (sociale) aspect van snelle reïntegratie door de huisarts niet altijd onderkend wordt.
- Een deel van de vertraging moet worden toegeschreven aan de wachtlijsten.

Mogelijke doelgroepen vervolgonderzoek:

- Huisartsen en fysio- en psychotherapeuten
- Patiënten en patiëntenverenigingen

Mogelijke richtingen vervolgonderzoek:

- Starten met het doornemen van het door ons in 2012 uitgevoerde onderzoek onder bedrijfsartsen (deskresearch).
- Per aangegeven ziektebeeld de NHG standaard vergelijken met het behandelingsprotocol in het buitenland (bijvoorbeeld Duitsland) en daaruit concluderen hoeveel sneller een verantwoorde behandeling plaats kan vinden.
- Analyse van de actuele wachtlijsten per aangegeven ziektebeeld.
- Daaruit per ziektebeeld schatten wat de vermijdbare de economische schade (eventueel per patiënt) is.
- Onderzoeken of de huisartsen het vertragingsbeeld, geschetst door bedrijfsartsen, onderschrijven.
- Bij de huisartsen achterhalen hoe vaak genoemde ziektebeelden in de betreffende praktijk voorkomen en onderzoeken hoe (volgens de huisartsen) communicatie met bedrijfsartsen efficiënter en uitgebreid kan worden. Het gaat dan met name om bij de genoemde ziektebeelden te komen tot voorstellen en protocollen wat betreft de communicatie naar de bedrijfsartsen.
- Ook patiëntenverenigingen hebben doorgaans zicht op de problematiek en kunnen richting geven bij het in kaart brengen van de ernst van de situatie en adviseren bij de voorstellen voor communicatie en voor protocollen.

Referenties:

- (1) J.A.M. Maarse; Onderzoeksrapport: Arbeidsongeschiktheid, hoe korter hoe beter. De Amersfoortse verzekeringen; 1992
- (2) J.K. Hesselink et al. Onderzoeksrapport: Ziekteverzuim in Nederland; 2010
- (3) S. Knepper; Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid; veranderende rol van betrokken artsen; NedTijdschrGeneeskde142(5); 1998
- (4) Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) - www.overheid.nl
- (5) Van der Meer, Willems; Onderzoeksverslag: Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en reïntegratie;2009
- (6) Wet Verbetering Poortwachter (Wvp) - www.overheid.nl
- (7) J. Konijnenburg ; Herstel en reïntegratie gaan hand in hand : de bedrijfsarts als medische reïntegratiedeskundige; Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde; number 5, 216-219; 2010
- (8) Reïntegratie, informatie van de Rijksoverheid - www.rijksoverheid.nl/reintegratie
- (9) Wet op de (Re) integratie van arbeidsgehandicapten (Wet Rea) - www.overheid.nl
- (10) Mackenbach, J.P., Maas, P.J. van der. (2008). Volksgezondheid en gezondheidszorg. (4th ed.) Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; thema I: 349-355

Bijlage 1 Voorstel tot onderzoek

Korte probleemanalyse onderzoek

Relevantie:

De indruk bestaat dat in de geneeskunde nogal eens onnodig gewacht wordt met doorverwijzing van de eerstelijns naar de tweedelijns behandelaar.

Voor de maatschappij kan onnodig wachten met doorverwijzing economische schade ontstaan.

Probleemstelling:

Bij welke ziektebeelden vinden bedrijfsartsen dat te traag wordt doorverwezen naar de tweedelijns gezondheidszorg met als gevolg stagnatie van het reïntegratieproces.

Doelstelling:

In kaart brengen van de ziektebeelden waarvan bedrijfsartsen aangeven dat de verwijzing te traag plaatsvindt. En aangeven wat volgens bedrijfsartsen de gevolgen hiervan zijn.

Stappenplan onderzoeksopzet

1. Type onderzoek: Verkennend/Beschrijvend/Verklarend Onderzoek
Het betreft een verkennend onderzoek. Doel is beschrijven problematiek, dieper liggende inzichten achterhalen, maar ook deels beschrijvend om ontwikkelingen vast te stellen.
2. Desk –en fieldresearch
Deskresearch → *bestaande gegevens (bronnenonderzoek)*
Intern → Resultaten eventueel eerder gehouden onderzoeken en statistieken. Aan te leveren door de opdrachtgever.
Extern → Op voorstel van de opdrachtgever.
Fieldresearch → *nieuw op te zetten onderzoek*
Het grootste deel betreft fieldresearch. Een online enquête zal gebruikt worden om het onderzoek uit te voeren.
3. Kwalitatief –of kwantitatief onderzoek
Het is feitelijk een kwalitatief onderzoek. De aard van de betreffende ziektebeelden wordt achterhaald maar precieze percentages hieraan koppelen is geen doel. Dat is ook niet mogelijk omdat de representativiteit van de bedrijfsartsen wat betreft de branches niet gegarandeerd kan worden. Daarnaast past bij het verkennend onderzoek met open vragen beter een kwalitatieve aanpak. De resultaten zullen wel kwantitatief verwerkt worden.
 - Kwalitatief marktonderzoek (problematiek kwalitatief in kaart brengen)
 - Diepte-interview (indien nodig: gesprek tussen interviewer en respondent)
4. Onderzoeksmethode: Survey/Observatie/Experiment/Interview/Discussie etc.
Survey: ondervraging door middel van een vragenlijst.
5. Soort onderzoek: Ad Hoc/Trend/Panel onderzoek?
Ad hoc: een eenmalig onderzoek.
6. Steekproeftrekking
Aselect (evenveel kans) of quota(zoek een x aantal elementen die voldoen aan bepaalde kenmerken zoals branche) dit in overleg met de opdrachtgever.
7. Steekproefkader
Wij verwachten dat de opdrachtgever een NAW bestand (plus email) van bedrijfsartsen kan leveren.
8. Omvang steekproef

Omdat de het onderzoek zal leiden tot kwalitatieve conclusies en er nogal wat versnippering plaats kan vinden streven wij naar een respons van n=60.

Meer dan 60 is altijd beter, minder dan 30 is ongewenst.

9. Benaderingswijze veldwerk

Vaststellen van de definitieve vragenlijst met behulp van de opdrachtgever.

Vragen over ziektebeelden, branches, ontwikkelingen in de tijd (is het een probleem, wordt het probleem groter). Gerelateerde werksituatie (branches, voltijd/deeltijd): eventueel extra interview of bronnenonderzoek: week 29 mei

Vragenlijst testen, online enquêtes opstellen en software testen: week 5 juni

Uitvoering veldwerk: 8 juni t/m 20 juni

10. Analyse en rapportage

Excel databestand aanleveren 20 juni

Bewerking databestand naar SPSS, statistische analyse met SPSS en statistische rapportage (Leonie) 21 juni t/m 27 juni

Projectrapportage en presentatie 28 juni t/m 3 juli

Bijlage 2 Testen van de enquête bij een onafhankelijke bedrijfsarts

De enquête is op 5 juni getest door een bedrijfsarts van een grote organisatie. Zij gaf aan dat zij te trage verwijzing ofwel vertraging in eerste lijn eigenlijk zelden constateert. Wel noemde zij meteen (als enige ziektebeeld) rugklachten.

Over de duidelijkheid van de vragenlijst had zij twee belangrijke opmerkingen.

Onduidelijk is wat je nou bedoelt met vertraging in de eerste lijn: dat kan ook een vertraging zijn bij doorverwijzing naar bijvoorbeeld fysiotherapeuten en deze vertraging zie ik eigenlijk in de praktijk nooit.

Daarnaast kun je eigenlijk ook niet spreken van vertraging omdat doorverwijzing vrijwel altijd gebeurt volgens de strikte normen van de NHG standaard. Die worden netjes gehanteerd en ten opzichte van deze normen treedt geen vertraging op. Maar dat is niet wat jullie willen.

Advies:

Duidelijk aangeven dat het om een verwijzing naar de specialist gaat (en als het bv gaat om fysiotherapie dat apart aangeven.)

Wanneer praat je van vertraging. Als je dat baseert op de NHG standaard dan dus bijna nooit.

Conclusie: voor een online enquête moeten de vragen helderder. De inhoud kan blijven.

7. Vindt u dat er vaak sprake is van vertraging in de eerste lijn?

Zou duidelijker geformuleerd kunnen worden met::

7. Hoe vaak vindt u het wenselijk dat verwijzing van de eerste lijn naar de specialist sneller zou plaatsvinden (ongeacht de NHG standaard)?.

8. Bij hoeveel patiënten per jaar vindt u het wenselijk dat die patiënt (ongeacht de NHG standaard) sneller naar de specialist doorverwezen zou zijn?

10. Bij welke ziektebeelden vindt u het wenselijk dat (ongeacht de NHG standaard) doorverwijzing naar de specialist sneller zou plaatsvinden?

Door deze formulering om te draaien (sneller in plaats van vertraging) en duidelijk los te koppelen van de NHG standaard krijg je meer respons.

Bijlage 3 Enquête: Vertraging in de eerste lijn

Deze enquête is bedoeld voor bedrijfsartsen om te kijken of er vertragingen zijn in het zorgproces.

Beste bedrijfsarts,

Wij zijn een projectgroep van derdejaars studenten geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Binnen het themablok 'arts en volksgezondheid' doen wij een onderzoek naar de mening van bedrijfsartsen over het doorverwijzen van patiënten naar de specialist en naar het optreden van vertragingen in deze verwijzing. Dit onderzoek kan dienen als richtinggevende pilot voor een breder onderzoek later.

Het invullen van de 15 vragen kost u minder dan 10 minuten tijd. Wij stellen uw medewerking zeer op prijs. Desgewenst sturen we u digitaal een kort verslag met onze analyses en conclusies. Uw respons wordt anoniem verwerkt in het verslag.

De enquête is in te vullen tot en met vrijdag 22 juni.

Voor eventuele vragen of opmerkingen kunt u een mail sturen naar: 329061ky@student.eur.nl of naar kevinyap_92@hotmail.com

Algemeen

1. Wat is uw geslacht?
 - Vrouwelijk
 - Mannelijk

2. Wat is uw leeftijd?
.... Jaar

3. Hoeveel jaren heeft u al gewerkt als bedrijfsarts?
.... Jaar

4. Hoeveel uren per week werkt u als bedrijfsarts?
.... Uur

5. Uit welke sector ziet u de meeste patiënten?
 - Bouw/ industrie
 - Agrarisch
 - Horeca
 - (Detail)handel
 - Zorg
 - Onderwijs
 - Andere: ... (open vraag)

6. Bij welke arbo-dienst bent u werkzaam?
....

7. Welke ziektebeelden ziet u?
 - Overwegend psychisch
 - Overwegend somatisch

- (ongeveer) evenveel psychisch als somatisch
- Geen mening/onbekend

Vertraging eerste lijn

8. Bij hoeveel patiënten per jaar vindt u het wenselijk dat die patiënt (ongeacht de NHG standaard) sneller naar de specialist doorverwezen zou moeten worden? Geef graag een schatting van het aantal.
Ongeveer ... patiënten (open vraag)
9. Het probleem van het te traag doorverwijzen
- Neemt volgens mij toe
 - Blijft gelijk
 - Neemt volgens mij af
 - Is niet aanwezig
 - Geen mening
10. Bij welke ziektebeelden vindt u het wenselijk dat (ongeacht de NHG standaard) doorverwijzing naar de specialist sneller zou moeten plaatsvinden?
Geef maximaal 6 ziektebeelden met vertraging waarbij de meeste vertraging op nummer 1 staat en de minst op 6.
1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
11. Welke factoren spelen volgens u een rol bij trage doorverwijzing naar de specialist ?
Meerdere antwoorden mogelijk.
- Huidige NHG standaard
 - Verkeerde inschatting door de huisarts
 - Onvolledige medewerking patiënt
 - Niet van toepassing
 - Anders, namelijk (open vraag)
12. Hoe tevreden bent u met het huidige beleid van doorverwijzing?
- Zeer tevreden
 - Tevreden
 - Neutraal
 - Ontevreden
 - Zeer ontevreden
13. Moet de bedrijfsarts meer invloed krijgen bij doorverwijzing van patiënten?
- Ja
 - Nee
 - Geen mening
14. Heeft u nog suggesties voor het verbeteren van de doorverwijzing naar de 2^e lijn?
.... Open vraag

15. Als u interesse heeft in de uitkomsten van dit onderzoek, wilt u dan hieronder uw e-mail adres invullen.
.... Open vraag

Bedankt voor uw medewerking