

'EEN VERTROUWENSKWESTIE?'

**Over het samenwerken van
huisartsen en bedrijfsartsen**

Noks Nauta

© Copyright 2004 A.P. Nauta
ISBN 90-77595-53-8

Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het Auteursrecht, c.q. de uitgeefster van deze uitgave, door de rechthebbende(n) gemachtigd namens hem /haar / hen op te treden, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en / of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the written permission of the publisher.

Omslag: Rosemarijn van Limburg Stirum, Delft
Lay-out en druk: Optima Grafische Vormgeving, Rotterdam.

'Een vertrouwenskwestie?'

Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Open Universiteit Nederland
op gezag van de rector magnificus
prof. dr. ir. F. Mulder
ten overstaan van een door het
College voor promoties ingestelde commissie
in het openbaar te verdedigen

op vrijdag 9 juli 2004 te Heerlen om 14.00 uur precies

door:

Arnolda Petra Nauta
geboren te Amsterdam op 9 december 1947

Promotiecommissie

Promotor: Prof. dr. J. von Grumbkow, Open Universiteit Nederland

Overige leden: Prof. dr. M. C. E. van Dam-Mieras, Open Universiteit Nederland
Prof. dr. F. J. H. van Dijk, Universiteit van Amsterdam
Prof. dr. J. W. Groothoff, Rijksuniversiteit Groningen
Prof. dr. R. W. J. V. van Hezewijk, Open Universiteit Nederland
Dr. J. E. M. M. Syroit, Open Universiteit Nederland

De productie van dit proefschrift is mede mogelijk gemaakt door een bijdrage van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat, Erasmus MC, Rotterdam

Inhoud

1 Inleiding en probleemstelling	11
1.1 Inleiding	13
1.2 Probleemstelling	15
2 Huisartsen en bedrijfsartsen	17
2.1 Scheiding tussen behandeling en controle	19
2.2 Samenwerken (kennis delen) nader bekeken	20
2.2.1 Het begrip 'samenwerken'	20
2.2.2 Doel (effecten) van samenwerken	21
2.2.3 Knelpunten bij samenwerken	24
2.2.4 Sociaal-psychologische knelpunten: eerste introductie	31
2.3 Huisartsen en bedrijfsartsen als leden van onderscheiden groepen (professies)	35
2.3.1 Groep, professie, professionalisering	35
2.3.2 Huisartsen als professie	37
2.3.3 Bedrijfsartsen als professie	38
2.3.4 Vergelijking van de twee professies	40
3 Theoretische achtergrond, hypothesen en onderzoeksvragen	45
3.1 Inleiding	47
3.2 Social Identity Theory (SIT)	48
3.2.1 De theorie	48
3.2.2 Relatieve positie	49
3.2.3 Beroepsidentificatie	51
3.2.4 Verantwoordelijkheid	53
3.2.5 Afhankelijkheid	55
3.3 Vertrouwen	57
3.3.1 Definitie van vertrouwen	57
3.3.2 Dynamiek van vertrouwen: van knowledge based naar identification based trust	59
3.3.3 Vertrouwen bij samenwerken in de gezondheidszorg	61
3.4 Contactfrequentie	64
3.4.1 De 'contacthypothese'	64
3.4.2 Frequentie van contact	64
3.5 Belemmeringen in het contact	67
3.6 Overzicht van hypothesen en explorerende vragen	68

4 Methoden van onderzoek	73
4.1 Onderzoek 1: Transversaal onderzoek naar sociaal-psychologische factoren	75
4.1.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep	75
4.1.2 Meetinstrument	76
4.1.3 Procedure	82
4.1.4 Representativiteit	83
4.1.5 Validiteit en betrouwbaarheid	84
4.1.6 Data-analyse	85
4.2 Onderzoek 2: Casestudy rond de cursus 'Leren samenwerken bij Sociaal Medische Begeleiding'	87
4.2.1 Kenmerken van de cases	87
4.2.2 Instrumenten	89
4.2.3 Procedure	92
4.2.4 Representativiteit	93
4.2.5 Validiteit en betrouwbaarheid	94
4.2.6 Data-analyse	95
4.3 Onderzoek 3: Landelijk transversaal onderzoek en follow-up regionale projecten	95
4.3.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep	95
4.3.2 Meetinstrument	96
4.3.3 Procedure	98
4.3.4 Representativiteit	99
4.3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	99
4.3.6 Data-analyse	99
5 Resultaten	101
5.1 Onderzoek 1	103
5.1.1 Overzicht gemeten variabelen en correlaties	103
5.1.2 Toetsing hypothesen	103
5.1.2.1 Relatieve positie	104
5.1.2.2 Beroepsidentificatie	105
5.1.2.3 Verantwoordelijkheid	105
5.1.2.4 Afhankelijkheid	106
5.1.2.5 Vertrouwen	107
5.1.2.6 Contacten	108
5.1.2.7 Belemmeringen bij het contact	110
5.1.3 Beantwoording explorerende vragen	113
5.1.4 Samenvatting resultaten onderzoek 1	115

5.2 Onderzoek 2	117
5.2.1 Overzicht gemeten variabelen en correlaties	117
5.2.2 Beantwoording explorerende vragen	117
5.2.3 Samenvatting resultaten onderzoek 2	127
5.3 Onderzoek 3	129
5.3.1 Overzicht gemeten variabelen en correlaties	129
5.3.2 Toetsing hypothesen	129
5.3.2.1 Relatieve positie	129
5.3.2.2 Beroepsidentificatie	130
5.3.2.3 Verantwoordelijkheid	131
5.3.2.4 Afhankelijkheid	131
5.3.2.5 Vertrouwen	132
5.3.2.6 Contacten	133
5.3.2.7 Belemmeringen bij het contact	135
5.3.3 Beantwoording explorerende vragen	136
5.3.4 Samenvatting resultaten onderzoek 3	138
5.4 Samenvatting resultaten onderzoek 1 t/m 3	139
6 Discussie	143
6.1 Theorie	145
6.2 Resultaten	145
6.2.1 Relatieve positie en beroepsidentificatie	146
6.2.2 Verantwoordelijkheid en afhankelijkheid	149
6.2.3 Vertrouwen	151
6.2.4 Contactfrequentie en initiatief	154
6.2.5 Belemmeringen bij het contact	157
6.2.6 Waardering van de contacten	158
6.3 Beperkingen van het onderzoek	159
6.3.1 Onderzoek 1	159
6.3.2 Onderzoek 2	161
6.3.3 Onderzoek 3	162
6.4 Implicaties	163
6.4.1 Theoretische implicaties	163
6.4.2 Praktische implicaties	164
6.4.3 Implicaties voor vervolgonderzoek	166

Literatuurlijst	169
Summary	183
Samenvatting	195
Bijlagen	207
I Vragenlijsten en tabellen bij onderzoek 1	
Ia Vragenlijst voor huisartsen	209
Ib Vragenlijst voor bedrijfsartsen	219
Ic Overzicht variabelen	229
Id Correlatietabel	232
II Vragenlijsten, itemlijst interview en tabellen bij onderzoek 2	
IIa Vragenlijst haio's	233
IIb Vragenlijst baio's	238
IIc Itemlijst interviews	243
IId Overzicht variabelen	246
IIe Correlatietabel	249
III Vragen en tabellen bij onderzoek 3	
IIIa Vragen huisartsen	250
IIIb Vragen bedrijfsartsen	257
IIIc Overzicht variabelen	263
IIId Correlatietabel beginmeting	265
IV Beschrijving cursus Leren Samenwerken bij Sociaal Medische Begeleiding	266
V Beschrijving regionale projecten	270
VI Bijlagen bij hoofdstuk 5	
VIa Tabellen	271
VIb Figuren	285
Dankwoord	293
Lijst van eigen publicaties en presentaties in relatie tot het thema van dit proefschrift	297
- Artikelen	
- Boek	
- Congrespapers	
- Onderwijsmateriaal	
- Rapporten	
Curriculum Vitae	301

1 Inleiding en probleemstelling



1.1 Inleiding

In de gezondheidszorg werken mensen uit verschillende professies dagelijks samen rondom een patiënt. Dit is het geval in ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar tevens in de revalidatiegeneeskunde, in de zorg voor chronisch zieken en in de ouderenzorg (Oeseburg, 2000; Schols, 2000). Er wordt gesproken van 'integrale zorg', van 'zorgcontinuüm' of 'zorgketens' (o.a. Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994; Crul, 2000a; Van der Linden, 2000). Niet alleen gaat het om samenwerken op de werkplek; ook netwerken in de gezondheidszorg komen steeds meer van de grond (Peters, 2001; Vahedi Nikbakht, Van der Rijt, Visser, Ten Voorde & Pruyn, 2002; West, Barron, Dowsett & Newton, 1999). Men neemt aan dat de patiënt baat heeft bij continuïteit van zorg. Van samenwerken in de gezondheidszorg worden alleen positieve effecten beschreven, geen negatieve (Sullivan, 1998).

Veel internationale literatuur over samenwerken in de gezondheidszorg komt uit de verpleegkunde (bijv. Baggs, Ryan, Phelps, Richeson & Johnson, 1992; Barr, 1997) en uit de eerste lijn (Hornby & Atkins, 2000). Er is ook aandacht voor het interprofessioneel opleiden (Miller, Freeman & Ross, 2001).

Aan het samenwerken tussen de werkenden in de gezondheidszorg wordt veel aandacht besteed. In de tachtiger jaren van de 20^e eeuw ging het in Nederland vooral om de samenwerking van eerste en tweede lijn (huisarts en specialist of ziekenhuis) (o.a. de Greve, 1983). Schols (2000) onderzocht de samenwerking van verpleeghuisartsen en huisartsen. Ook in de zorg voor mensen met kanker is transmurale samenwerking sinds enige tijd een onderwerp waarnaar onderzoek wordt gedaan en waar verbeterprojecten zijn opgezet (Pruyn, 2002; Vahedi Nikbakht et al., 2002).

Het ministerie van VWS heeft recent ideeën ontwikkeld over de ketenzorg in de Nederlandse curatieve gezondheidszorg; men denkt aan satellieten rond ziekenhuizen, waar ook de huisartsenzorg een plaats krijgt (Crul, 2000a). In hoeverre deze opzet ook de samenwerking tussen de disciplines zal verbeteren is nog niet te zeggen.

In Nederland is reeds in 1888 door de (K)NMG besloten tot een scheiding tussen artsen voor behandeling en artsen voor controle (Vernooy, 2001). Bij één werknemer mochten de twee taken dus niet door dezelfde arts worden vervuld om belangenverstrengeling te voorkomen. Vanaf die tijd heeft een zieke werknemer dus te maken met twee artsen: de huisarts en de bedrijfsarts. Er waren enkele uitzonderingen: bij Philips Medische Dienst verrichtten de bedrijfsartsen ook behandelende taken en bij Defensie was er een gecombineerde taak. Bij beide instanties is dit inmiddels niet meer het geval.

Huisartsen hebben ook nu nog in hun taakomschrijving staan dat zij werkhervattingadviezen mogen geven (LHV, 1987). Dit is verwarrend voor artsen en voor patiënten-werknemers (Groothoff, 1981).

Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen bij werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen is al lange tijd een onderwerp dat onder de aandacht is en dat een continu proces van verbetering met zich meebrengt. De laatste jaren lijkt de belangstelling voor samenwerking echter in een stroomversnelling te zijn gekomen. In de discussie hierover zijn er diverse factoren benoemd en besproken (Buijs, 2001a, 2001b, 2001c). In paragraaf 2.1.3.1 staat een uitgebreide bespreking van de historie. De beroepsverenigingen van huisartsen en bedrijfsartsen (LHV en NVAB) sloten daarom in 1997 een convenant om deze samenwerking te verbeteren (LHV & NVAB, 1997) en stelden een gezamenlijke visie op (LHV & NVAB, 1998). Uit onderzoek is gebleken dat beide beroepsgroepen wel willen samenwerken, maar dat er vele belemmeringen zijn die daarvoor overwonnen moeten worden (Van Amstel & Buijs, 1997; Hento & Kaaij, 2000).

Er wordt gedacht dat betere samenwerking tussen sociale zekerheid en zorg ziekteverzuim kan terugdringen (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2003). De overheid stelt daarom sinds 1999 subsidie beschikbaar voor diverse activiteiten om het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen te bevorderen, zoals voor onderwijs in de beroepsopleidingen, voor nascholings-, en voor regionale projecten (Van Weersch, 1999). Een overzicht staat in paragraaf 2.2.3. Dit proefschrift bevat onder andere een evaluatie van een cursus in de beroepsopleidingen van huisartsen en bedrijfsartsen en een deel van de effectevaluatie van de regionale projecten in 2003 (met betrekking tot sociaal-psychologische factoren).

Het samenwerken van huisarts en bedrijfsarts betreft ad hoc samenwerken. Het gaat om (meestal telefonisch) overleg of het vragen van inlichtingen over een patiënt. Het gaat niet om samenwerken in een team of op een afdeling. Daarom kan niet zonder meer gebruik gemaakt worden van ervaringen en theorieën met betrekking tot het samenwerken in multidisciplinaire teams in de gezondheidszorg (zoals bijv. Miller et al., 2001). Eigenlijk gaat het bij het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen concreet om het uitwisselen van kennis over hun patiënten. Professionals zijn diegenen die kennis en vaardigheden bezitten om anderen van dienst te zijn (Cruess, Cruess & Johnston, 2000). Anderzijds zijn kennis en vaardigheden van professionals niet zomaar toegankelijk voor anderen en dit gegeven is een rechtvaardiging voor hun autonomie (Cruess et al.). Weggeman stelt daarbij dat professionals individualistisch zijn ingesteld (Weggeman, 2001, p. 75). Dit belemmert de motivatie om kennis te delen.

Een karakteristiek van professionals is ook dat zij zich identificeren met hun beroepsgroep (Weggeman, p. 75) en dat zij door hun behoefte aan vrijheid en autonomie moeilijk samenwerken (Weggeman, p. 80). Samenwerken zou bedreigend zijn voor hun au-

tonomie (Weggeman, p. 91). Aangezien kennis ook macht betekent, kan het delen van kennis de positie van betrokkene verzwakken. Hoe dichter de vakgebieden bij elkaar liggen, des te groter het probleem bij de samenwerking (Weggeman, p. 111).

Huisartsen en bedrijfsartsen zijn op te vatten als professionals, die hun identiteit ontleenen aan hun groepslidmaatschap. Op basis daarvan komen inzichten uit de sociale psychologie (de wetenschap die zich onder meer bezighoudt met sociale invloeden op het individueel functioneren) in aanmerking om naar de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen te gaan kijken. Belangrijke factoren zijn, naast de identiteit: de relatieve positie waarin men de eigen groep ziet ten opzichte van de ander, de verantwoordelijkheidsverdeling, de gevoelens van afhankelijkheid en het vertrouwen dat men in de vertegenwoordiger van de andere groep heeft.

Omdat ik zelf, vanuit de professie van bedrijfsarts, een aantal jaren werkzaam ben geweest bij een huisartsopleiding, heb ik deze factoren in de praktijk waargenomen en gevoeld. Mijn onderzoek richt zich op het nader onderzoeken van deze factoren en het nagaan welke factoren de kwaliteit van de (momenteel niet-optimale) samenwerking (in de betekenis van het delen van kennis over patiënten) verklaren. Ik was en ben hier des te meer in geïnteresseerd omdat er in het verleden al diverse malen pogingen zijn gedaan om de samenwerking te verbeteren en deze pogingen eigenlijk nooit veel hebben opgeleverd. Hoe zou dit komen? Dit proefschrift probeert, met behulp van onderzoek naar sociaal-psychologische variabelen, te verklaren waarom de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen (in Nederland op het moment van dit onderzoek, dat wil zeggen in 1999) niet optimaal verloopt.

Bij de huisartsopleiding te Rotterdam is in 2000 een pilot uitgevoerd van een (landelijk te implementeren) cursus voor huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding om te leren samenwerken. Bij de opzet daarvan is gebruik gemaakt van de reeds verworven inzichten op het gebied van sociaal-psychologische variabelen. Het is interessant na te gaan of de cursus inderdaad invloed heeft op deze variabelen.

1.2 Probleemstelling

De probleemstelling voor dit proefschrift is tweeledig en luidt:

- 1 Welke sociaal-psychologische factoren verklaren waarom de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen, in de betekenis van het uitwisselen van kennis over patiënten, niet optimaal verloopt?
- 2 In welke mate dragen cursussen en projecten (concreet: een gemeenschappelijke cursus in de beroepsopleidingen voor huisartsen en bedrijfsartsen, en regionale activiteiten) bij aan veranderingen in sociaal-psychologische factoren?

Deze probleemstelling is nader uitgewerkt in een aantal hypothesen en explorerende vragen. Deze zullen worden getoetst en beantwoord door middel van 3 empirische onderzoeken. Onderzoek 1 is een vragenlijstonderzoek en is uitgevoerd in 1999 onder 338 huisartsen en 209 bedrijfsartsen in de regio zuidwest Nederland.

Onderzoek 2 is een casestudy uitgevoerd onder 34 huisartsen in opleiding en 20 bedrijfsartsen in opleiding die in 2000 in Rotterdam de cursus 'Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding' ¹ volgden. Zij kregen een aantal vragenlijsten op diverse tijdstippen voorgelegd om na te gaan welke veranderingen er optraden. Tevens zijn interviews gehouden onder twee huisartsen en twee bedrijfsartsen die anderhalf jaar tevoren deze cursus volgden. Hun antwoorden zijn gebruikt om een aantal bevindingen uit het vragenlijstonderzoek te illustreren.

Beide onderzoeken vonden plaats vanuit de huisartsopleiding van de Erasmus Universiteit (thans Erasmus MC) te Rotterdam.

Onderzoek 3 is een deel van een landelijk longitudinaal cohortonderzoek met twee metingen naar de effecten van regionale samenwerkingsprojecten, dat in 2001 tot 2003 is verricht in opdracht van ZonMw. Het betrof een samenwerkingsverband van TNO Arbeid, het Coronel Instituut te Amsterdam en het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat. Huisartsen en bedrijfsartsen uit regio's waar activiteiten ² werden ondernomen om de samenwerking te verbeteren, hebben voor en na de projecten vragenlijsten ingevuld. Gegevens zijn verwerkt van 575 huisartsen en van 398 bedrijfsartsen zowel voor als na de projecten. Dit onderzoek is enerzijds een replicatie van onderzoek 1 (transversale meting van sociaal-psychologische variabelen), anderzijds een follow-up van projecten (is er na projecten om de samenwerking te verbeteren verandering te zien in sociaal-psychologische variabelen?).

Alvorens de onderzoeken nader te beschrijven, wordt eerst in een aantal theoretische paragrafen (hoofdstuk 2) nader ingegaan op de achtergronden van de probleemstelling. Hoe ziet de geschiedenis met betrekking tot samenwerken er uit, wat zijn de in de literatuur gevonden knelpunten, wat is het te verwachten effect als men meer gaat samenwerken, wat wordt er al gedaan aan verbeteractiviteiten? Daarna volgt een overzicht van de twee professies; diverse kenmerken worden in tabelvorm gepresenteerd, zoals de opbouw van de groep, de taken en de opleiding.

In hoofdstuk 3 worden de verschillende sociaal-psychologische factoren die een rol kunnen spelen, nader uitgediept en worden ook de andere te meten variabelen toegelicht.

¹ Informatie over de achtergrond, de opbouw en de inhoud van deze cursus staat in bijlage IV.

² Informatie over het soort projecten dat in de regio's is opgezet staat in bijlage V.

2 Huisartsen en bedrijfsartsen



Een deel van dit hoofdstuk is verwerkt in:

- Nauta, A. P. (2000). Tot elkaar veroordeeld. Literatuurstudie naar samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen. *Medisch Contact*, 55, 1154-1156.

Dit hoofdstuk bestaat uit drie paragrafen. Allereerst wordt de keuze voor de scheiding tussen behandeling en controle in Nederland toegelicht. De tweede paragraaf behandelt het begrip 'samenwerken'. Daarin worden ook de resultaten van een (narratief) literatuuronderzoek vermeld. De derde paragraaf gaat in op de twee beroepsgroepen huisartsen en bedrijfsartsen.

2.1 Scheiding tussen behandeling en controle

In 1888 is op een vergadering van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst besloten tot scheiding van behandeling en controle. Het ging over de kwestie van de 'ziekenbriefjes' (Vernooy, 2001). Behandelend artsen vroegen aan de NMG om een uitspraak hierover en kregen die ook. Het argument om tot deze scheiding te besluiten was de onafhankelijkheid van de beoordelaar voor het toekennen van een uitkering. Bovendien zou de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt met deze scheiding worden ondersteund. Zij is niet alleen van nut bij taken met betrekking tot arbeidsverzuim, maar bijvoorbeeld ook bij verzekeringskwesties. In het basistakenpakket van de huisarts staat echter, dat huisartsen in het kader van hun behandeling adviezen geven omtrent het functioneren in het arbeidsproces (LHV, 1987 p. III-12). Voor alle partijen is dit een verwarrende situatie! (Groothoff, 1981)

Tot op de dag van vandaag bestaat deze scheiding in Nederland nog steeds. Het zogenaamde 'Groene Boekje' van de KNMG stelt dat een geneeskundige verklaring moet worden opgesteld door een onafhankelijk en ter zake deskundig arts. Daarmee wordt uitdrukkelijk niet de behandelend arts bedoeld (Oosterling-Schiereck, Prins & De Boer, 1996).

Deze scheiding is uniek in de wereld. Enerzijds is er waardering voor deze scheiding en is er een vanzelfsprekendheid in Nederland over deze situatie ontstaan (Oosterling-Schiereck et al., 1996). Anderzijds worden er steeds meer nadelen van deze scheiding genoemd. Veel van deze knelpunten worden al tientallen jaren genoemd. Paragraaf 2.2.3 bespreekt deze knelpunten.

Opvallend is, dat er in het Verenigd Koninkrijk niet een dergelijke scheiding bestaat, maar dat er wel recent is gesignaleerd dat het samenwerken tussen huisartsen en bedrijfsartsen daar vaak erg beperkt is (Beaumont, 2003a en 2003b).

2.2 Samenwerken (kennis delen) nader bekeken

Deze paragraaf gaat in op wat onder 'samenwerken' kan worden verstaan. Sullivan (1998) deed een analyse naar het begrip 'samenwerken' in de gezondheidszorg. Hij vond 81 artikelen en boeken op dit gebied. Hoewel er veel definities en beschrijvingen van samenwerken zijn, komt een aantal elementen steeds terug, zoals afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, vertrouwen en respect, proces, machtsdeling, gezamenlijk doel, effecten van samenwerken. Hieronder wordt het begrip samenwerken nader omschreven, gericht op het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Vervolgens komen de doelen van samenwerken aan bod en de knelpunten. De sociaal-psychologische knelpunten worden in deze paragraaf kort gedefinieerd; zij komen in hoofdstuk 3 uitgebreider aan bod.

2.2.1 Het begrip 'samenwerken'

Voor de definitie van samenwerken wordt in dit proefschrift de volgende algemeen geaccepteerde definitie uit de sociale psychologie gehanteerd: 'Gedrag dat het gezamenlijk resultaat van twee partijen maximaliseert'. Bij samenwerken coördineert men de handelingen zodanig met elkaar, dat het gezamenlijke resultaat beter is dan de som van de individuele resultaten (zonder coördinatie). De twee partijen zijn in dit geval huisartsen en bedrijfsartsen. De resultaten zijn bijvoorbeeld dat beiden meer kennis hebben over de patiënt, en ze daarmee deze patiënt beter kunnen begeleiden of behandelen.

Samenwerken wordt in dit onderzoek opgevat als het uitwisselen en delen van kennis, welke voor een goede uitoefening van een bepaalde taak nodig is. Om over te gaan tot het delen van kennis moeten beide partijen een gezamenlijk doel hebben en weten dat zij voor dit doel afhankelijk zijn van elkaar. Het gezamenlijke doel kan betrekking hebben op het stellen van een goede diagnose, het voorstellen van een juiste behandeling of het doorverwijzen van gemeenschappelijke patiënten. In de praktijk van het contact tussen huisarts en bedrijfsarts vindt het delen van kennis plaats in incidentele contacten over deze gemeenschappelijke patiënten. Tijdens het contact wordt informatie over een patiënt overgedragen. Door het delen van deze informatie over de patiënt kan een situatie worden bereikt waarin het resultaat beter is dan de situatie waarin deze informatie niet zou zijn uitgewisseld.

De volgende soorten contact tussen huisarts en bedrijfsarts komen voor:

- De ander een briefje schrijven met informatie over de patiënt/cliënt. Dit kan de patiënt/cliënt zelf meenemen. Het kan ook via de fax (e-mail blijkt voor dit doel

(nog) niet te worden gebruikt door huisartsen). Hier hoeft geen antwoord op te komen.

- De ander een brief schrijven, bellen of faxen met een vraag over de patiënt/cliënt. Hier verwacht men een antwoord.
- De ander bellen om het beleid af te stemmen. In dit geval is er echte interactie.

Samenwerken impliceert wederzijdse afhankelijkheid. Het gaat hier om parallelle afhankelijkheid, niet om sequentiële afhankelijkheid (waarbij men naar elkaar verwijst en de volgende de behandeling overneemt). Patiënten kunnen tijdens een ziekteperiode zowel bij een huisarts als een bedrijfsarts komen. Afhankelijkheid van elkaar betekent in het geval van huisartsen en bedrijfsartsen dat men elkaars informatie nodig heeft voor een optimale behandeling of begeleiding.

Beide beroepsgroepen hebben overigens expliciet in hun eigen takenpakket staan dat ze met de andere discipline samenwerken (LHV, 1987, p. III-55; NVAB, 1995 p. 6.1.4).

2.2.2 Doel (effecten) van samenwerken

Sullivan (1998) meldt op basis van literatuuronderzoek over het samenwerken van artsen en verpleegkundigen dat nergens negatieve effecten van samenwerken worden gemeld (p. 10). Blijkbaar heeft iedereen profijt ervan. Hoe zit dat met het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen? Hoewel er vanuit verschillende landen over is geschreven, gaat het hier toch vooral om de Nederlandse situatie. Deze is uniek in de wereld wat betreft de reeds genoemde scheiding tussen behandeling en controle. Een vergelijking tussen landen wordt hier niet gemaakt omdat dit buiten de doelstelling valt.

Door middel van een (narratief) literatuuronderzoek in 2000 zijn de argumenten verzameld die men hanteert voor het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. In Pubmed en Psychinfo is met name gezocht op de volgende termen: cooperation, collaboration, interdisciplin\$, multidisciplin\$, education, training, general pract\$, occupational health, occupational physician, social identity theory, intergroup, trust. (Hierbij staat \$ voor meerdere uitgangen van de betreffende term.) In Picarta is gezocht op overeenkomstige Nederlandse termen. Handboeken op het gebied van sociale psychologie zijn bestudeerd op het onderwerp 'intergroepsgedrag'.

Via een zoekactie in Pubmed zijn zes artikelen gevonden die te maken hebben met samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen (De Bono, 1997; Buijs, Van Amstel & Van Dijk, 1999; Lako & Lindenthal, 1991; Morgan, 1999; Parker, 1991; Tellnes, Bruusgaard & Sandvik, 1990) waarvan één gebaseerd was op het rapport van Van Amstel & Buijs (1997) dat reeds in mijn bezit was. Via de sneeuwbalmethode zijn daarnaast

beleidsmatige en beschouwende stukken verzameld. Recent verschenen er twee (met elkaar samenhangende) publicaties (Beaumont 2003a en 2003b) met betrekking tot de situatie in het Verenigd Koninkrijk.

Bij het doorzoeken van de artikelen op argumenten voor betere samenwerking blijkt dat in veel stukken geen enkel argument genoemd wordt. Enkele gaan letterlijk uit van een vanzelfsprekendheid dat men beter moet samenwerken zonder daar meetbare effecten aan te koppelen. De volgende citaten tonen dit aan: *“Het spreekt vanzelf dat...”* (Cuijpers, Van Eijndhoven & Theloesen, 1992) *“Verondersteld wordt dat...”* (Domus-commissie, 1996); *“Het hoeft geen betoog dat...”* (Van den Haak, 1994). Een aantal artikelen bevat wel expliciete argumenten om beter samen te werken. Deze argumenten kunnen in vier clusters worden ingedeeld: verbetering van efficiëntie, effectiviteit, kwaliteitsverhoging van het werk van de professionals en het verbeteren van het welzijn van de patiënt. Hieronder een nadere uitwerking van deze vier clusters.

Efficiëntie

Samenwerken zou kunnen leiden tot efficiëntieverbetering. In dit kader dient de wachttijdenproblematiek te worden genoemd. Deze wachttijd betreft de periode tussen het maken van een afspraak bij een specialist en de afspraak zelf. Een aantal auteurs meent dat, wanneer huisartsen hun patiënten eerder zouden verwijzen of verwijzen naar een specialist met een kortere wachttijd, dit het verzuim verkort en er dus minder kosten zouden zijn. Al in 1958 werd over deze wachttijdenproblematiek geschreven (Buijs, 1985). In 1996 berekenden BVG en Detam voor hun populatie dat door vermindering van de wachttijden op jaarbasis 45 miljoen gulden bespaard zou kunnen worden. Landelijk betekent dit een besparing van 333 miljoen gulden per jaar (Bouwman, 1996). In 1999 noemt men zelfs 800 miljoen gulden (Brabants Dagblad, 1999). Bedrijfsartsen menen vaak dat wachttijden belemmerend zijn voor hervatting: bij 4 van de 10 werknemers met lage rugklachten zou volgens bedrijfsartsen de duur van de behandeling en de wachttijd een belemmering zijn voor hervatting (Cuelenaere, Van der Giezen, Veerman & Prins, 1999).

Efficiëntieoverwegingen vormen vaak een prikkel tot verandering. In de tachtiger jaren van de vorige eeuw leidde beddenreductie tot betere samenwerking van huisartsen en ziekenhuizen (Van Haaften & Schuringa-Boer, 1983). Of betere samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen aantoonbaar zal leiden tot hogere efficiëntie is niet te zeggen omdat gegevens hierover ontbreken.

Effectiviteit

Verandert er inderdaad iets in het beleid door overleg? De Bono vond dat bedrijfsartsen in 30% van de gevallen hun beleid bijstelden door informatie van de curatieve sector (De Bono, 1997). Delen van kennis over patiënten blijkt dus een effect te hebben.

Het ging om: werkhervattingadvies, aanbeveling voor aangepast werk, lange termijn advies over werk, advies over risico's op de werkplek, behandeling en verwijzing voor specialistisch onderzoek. Huisartsen ondernamen in 24% van de gevallen enigerlei actie door informatie van de bedrijfsarts. Hierbij ging het om: 'certification' (een verklaring van de behandelend arts), verwijzing naar een specialist, begin of herziening van behandeling, consultatie van een chirurg, start van verdere samenwerking met een bedrijfsarts. Dit Engelse onderzoek is vanwege andere regelgeving niet zonder meer in Nederland toepasbaar. Weel meent daarnaast dat een andere onderzoeksopzet nodig zou zijn om uitspraken te doen over effectiviteit (Weel, 1999).

Als argumenten voor samenwerking worden verder genoemd: verminderen van onnodig lang ziekteverzuim (Buijs, 1985; Buijs et al., 1999; LHV & NVAB, 1998) verminderen WAO-risico (LHV & NVAB, 1998), voorkómen van iatrogene invaliditeit en medicalisering (Buijs, 1985), voorkómen van een chronische situatie (Knepper, 1998), betere reïntegratie (Beaumont, 2003a; Buijs et al., 1999). Een Noors onderzoek in huisartspraktijken geeft aan dat betere samenwerking zou kunnen leiden tot lager verzuim op grond van klachten door fysieke belasting (Tellnes et al., 1990).

Een bevestiging van deze stellingen door effectonderzoek heeft het literatuuronderzoek niet opgeleverd. De vraag is of dit effect te verwachten is. In een onderzoek naar reïntegratie bij lage rugklachten hadden bedrijfsartsen in slechts 13% contact met de huisarts, maar de bedrijfsartsen gaven niet aan hier ontevreden over te zijn (Cuelenaere et al., 1999). Het effect van meer en/of beter samenwerken op reïntegratie is hieruit niet te voorspellen, omdat de belangrijke belemmeringen voor reïntegratie op het werk zelf lagen.

Wanneer een huisarts zich bemoeide met werkhervatting bleek het verzuim gemiddeld drie dagen korter te worden (Crul, 1982). Dit onderzoek dateert uit 1982 en gaat niet over samenwerken. Het zou interessant zijn om na te gaan of op deze wijze ook nu nog winst te behalen zou zijn. 20% van de huisartsen vindt het echter niet hun taak om uitspraken te doen over werkhervatting (Buijs et al., 1999).

Op grond van epidemiologische gegevens zou de huisarts een essentiële signalerende rol kunnen vervullen bij opsporing en preventie van arbeidsgerelateerde aandoeningen (waaronder beroepsziekten) (Van der Velden, 1999). Er is geen empirisch onderzoek gevonden dat dit bevestigt.

Kwaliteitsverboging van het werk van de professionals

In een huisartsengezondheidscentrum bleek samenwerken (na zes weken verzuim hadden huisarts en bedrijfsarts contact) de kwaliteit van de eerstelijnszorg te verhogen (aangehaald in een ander artikel (Ackermans, Bruins & Siebenga, 1998). Niet duidelijk is wat de criteria zijn geweest.

Andere uitspraken uit de literatuur: De huisarts en de bedrijfsarts zouden "... voor het handhaven van een kwalitatief hoogwaardig niveau van hun werkzaamheden tot elkaar veroordeeld zijn" (Bakker, Krol, Post & Groothoff, 1999) en "weinig contact en weinig kennis bij de huisarts over de rol van de bedrijfsarts leidt tot suboptimale behandeling van patiënten" (Morgan, 1999).

Het literatuuronderzoek laat zien dat dit aspect niet bij bedrijfsartsen is onderzocht. Vooral bedrijfsartsen vinden het wel een belangrijk argument voor samenwerken (Van Amstel & Buijs, 1997; Buijs et al., 1999). Door meer samenwerking krijgen ze een integraler beeld van de patiënt. Het minder tegen elkaar uitgespeeld worden door de patiënt wordt met name door huisartsen als belangrijk argument voor betere samenwerking ervaren (Van Amstel & Buijs, 1997; Buijs et al., 1999)

Verbetering van het welzijn van de patiënt

Argumenten voor samenwerken met betrekking tot het verhogen van het welzijn van de patiënt en tegengaan van medicalisering stonden alleen in een verslag van een conferentie (Medisch Contact Actueel, 1992). Het is opvallend, dat in de onderzoeken tot nu toe nooit aan patiënten is gevraagd wat dezen vinden van de samenwerking. Dit geldt ook voor andere gebieden: Jadad onderzocht 200 artikelen over pijnbestrijding en vond dat aan geen enkele patiënt was gevraagd of de resultaten weergaven wat zij eigenlijk voelden (Wildevuur, 1999). Bij de samenwerkingsprojecten van eerste en tweede lijn zijn ook de belangen van de patiënt niet erg expliciet gewogen (De Greve & Vrakking, 1982).

Het is goed voor te stellen dat het voor de patiënt prettig is om minder tegenstrijdige adviezen te krijgen. Het zou interessant zijn om dit nader te onderzoeken. Om welke adviezen gaat het? Welke discrepanties zijn er? Kan deze situatie inderdaad worden opgeheven door overleg?

2.2.3 Knelpunten bij samenwerking

Knelpunten de afgelopen 20 jaar

In een historisch overzicht over arbocuratieve samenwerking (Buijs, 2001a, 2001b, 2001c; Buijs & Weel, 2001) wordt vermeld dat de problematiek rond gebrekkige communicatie van de curatieve sector enerzijds en bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen) anderzijds, al heel lang bekend is. Gebrekkige communicatie betekent het onvoldoende delen van kennis met elkaar. In het onderstaande wordt gebruik gemaakt van deze publicaties van Buijs, alsmede van zijn proefschrift (Buijs, 1985).

In de literatuur over samenwerken komt de zogenaamde wachttijdenproblematiek al snel aan de orde. Wanneer men beter zou samenwerken, zo was het idee, zouden

huisartsen werknemers, indien geïndiceerd, sneller doorverwijzen naar de tweede lijn. Omdat er altijd minstens een aantal weken ligt tussen het moment van verwijzing en de eerste afspraak (de wachttijd), kan dit bij een aantal aandoeningen een belangrijke bron van verzuim zijn. In 1963, 1966 en 1967 werd reeds gepubliceerd over verzuim en wachttijden. In de zeventiger jaren werd er opnieuw over geschreven. In die periode kwam het onderzoek vooral uit de verzekeringsgeneeskundige hoek. De thema's waren: de wachttijden, de onbekendheid van behandelend artsen met verzuim van hun patiënten, de te optimistische inschatting door behandelend artsen van werkhervatting en weinig coördinatie. De slechte communicatie tussen de verschillende artsen werd in elk onderzoeksrapport vermeld.

In een interventieonderzoek van Luijckx uit 1972 (geciteerd door Buijs, 1985) bleek hechte samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de toetreding tot de WAO significant te verlagen. Ook in 1993 bleek er nog een slechte coördinatie te zijn tussen de verschillende artsen (dit betreft een onderzoek van Schroër bij overspannen patiënten, geciteerd door Buijs, 1985). In het onderzoek van Van Amstel & Buijs (Voor Verbetering Vatbaar 1, 1997) zijn de knelpunten bij het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen in beeld gebracht. Ook Hento & Kaaij (2000) onderzochten en beschrijven knelpunten. De knelpunten komen op p. 29 e.v. uitgebreid aan de orde.

Van Oosterom schrijft in 1979:

“Juist zoals het binnen het bedrijf van belang is om de bedrijfsgeneeskunde gezicht te geven, is het dat ook met het oog op contacten naar buiten. Onder huisartsen en specialisten bestaat een even grote, zo niet nog grotere onbekendheid met de bedrijfsgeneeskunde als die binnen het bedrijf bij velen werd gesignaleerd. Ook hier zijn keuren en controleren nog vaak de eerste voor de hand liggende associaties en ook hier heeft de bedrijfsarts de taak hier zelf verandering in aan te brengen. Dat kan hij doen door het geven van informatie en door het onderhouden van een goede communicatie, waarbij bij voor lief moet nemen dat het initiatief daartoe voor een groot deel van zijn kant moet komen.”

“Veel specialistische onderzoeken en ook veel invaliditeitsverklaringen zouden wellicht voorkomen kunnen worden indien er gelegenheid en bereidheid was tot een goede onderlinge communicatie binnen de totale gezondheidszorg. Er dreigt een vicieuze cirkel te ontstaan: naarmate ieder het drukker heeft op het eigen terrein nemen de mogelijkheden en de bereidheid tot contacten af, met als gevolg daar weer van dat het aanbod van probleemgevallen toeneemt. Een goed overleg binnen het eerste echelon, waartoe ook de bedrijfsgeneeskunde behoort, kan niet zelden de inschakeling van het tweede echelon voorkomen.

Ook de organisatievorm van onze gezondheidszorg speelt een rol, in zoverre dat deze intensief functioneel curatief (laat staan preventief) samenspel onmogelijk maakt, zelfs bij tot samenwerking gemotiveerde deelnemers. Een bedrijfsarts heeft niet zelden te maken met vele tientallen huisartsen en specialisten, zodat van een communicatie anders dan met een kort briefje of snel telefoontje geen sprake kan zijn. En zelfs dat blijft vaak achterwege. Een gemeenschappelijke benadering door huisarts en bedrijfsarts van een bepaalde persoon behoort tot de hoge uitzonderingen. Dat ook de specialist hierin betrokken zou kunnen worden is geheel ondenkbaar.”

Conclusie is, dat er ruim 20 jaar geleden ook al een probleem in de onderlinge communicatie werd gesignaleerd, dat ertoe leidde dat het uitwisselen van kennis over de patiënt (om de taak als arts goed uit te voeren) blijkbaar ook toen al onvoldoende van de grond kwam.

Beleid om samenwerking te verbeteren de afgelopen 20 jaar

Hieronder een aantal feiten op een rijtje (uit Buijs, 2001a, 2001b, 2001c):

- In 1983 werd advies gevraagd aan de NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid) over een voorstel met betrekking tot sociaal-medische begeleiding. Dit voorstel hield in dat men de medische coördinatie in één hand wilde leggen: de huisarts of de verzekeringsarts. Er werden drie modellen geschetst, die alle de scheiding van behandeling en controle doorbraken. Er was veel weerstand tegen in het veld.
- Pas in 1987 verscheen er een NRV-advies. Dit wees de drie modellen af. Er werd bepleit om experimenten te doen. Er bleek echter geen draagvlak en onvoldoende consensus. Het kabinet reageerde niet.
- In 1990 werden werkgevers en werknemers het er over eens dat de WAO-instroom meer preventief moest worden aangepakt.
- De artsenorganisatie KNMG nam de uitdaging aan: “Wat kunnen artsen bijdragen aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid?”
- In 1991 werd een conferentie gehouden over knelpunten en oplossingen waar een breed gezelschap voor was uitgenodigd.
- In 1992 reageerde het kabinet met een standpunt inzake sociaal-medische begeleiding. Gevolgen hiervan waren onder andere ingrijpende wijzigingen in de Arbowet (TZ/Arbo) (1993).
- In de loop van 1993 en 1994 werd er door de beroepsverenigingen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gewerkt aan een concept één arts voor arbeid en gezondheid (AAG). De sociale partners sprak dit aan. Bedrijfsartsen kregen de begeleiding van verzuimende werknemers in het eerste jaar als taak, zonder controle (claimbeoordeling). Dat ook om het overleg met behandelend artsen te faciliteren

(controle staat op gespannen voet met de vertrouwensband tussen bedrijfsarts en werknemer).

- Eind 1994 zond de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) een intentieverklaring tot betere samenwerking met bedrijfsartsen aan minister Melkert. De achterban floot echter het bestuur terug vanwege negatieve ervaringen.
- In 1995 werd de WULBZ (Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte) ingevoerd. Deze wet sprak van 'controleerend arts' (in plaats van bedrijfsarts). Linschoten heeft dit punt veranderd onder druk van NVAB, KNMG en vakcentrales.
- In 1996 gaf VWS 2,5 miljoen gulden aan ZON (Zorg Onderzoek Nederland, thans ZonMw) om een programma Samenwerken bij Sociaal-Medische Begeleiding te maken. Hierin werd als eerste een onderzoek verricht: 'Voor Verbetering Vatbaar 1' (Van Amstel & Buijs, 1997).
- In 1997 werd er door LHV en NVAB een convenant ondertekend, dat de beide verenigingen de samenwerking vorm en inhoud zullen gaan geven (LHV & NVAB, 1997). Het professioneel statuut van de NVAB, waarin werd gesteld dat de bedrijfsarts een begeleidende taak heeft en geen controle en claimbeoordeling doet, was een belangrijk punt voor de LHV.
- In 1998 werd een gezamenlijke visie van de LHV en de NVAB gepubliceerd, die aan minister Borst werd overhandigd. Er werden afspraken vastgelegd over plaats, taak en samenwerkingsmomenten bij Sociaal-Medische Begeleiding. Tevens stond er een plan van aanpak in.
- Het in 1998 verschenen Plan Aanpak Wachttijden betekende een extra impuls om de samenwerkingsactiviteiten te intensiveren.
- In 1998 publiceerde de SER een advies Sociale Zekerheid en Gezondheidszorg. (De SER had dit ook in 1980 gedaan, maar hier is nooit veel mee gedaan.) In die publicatie werd het proefschrift van Buijs uit 1984 nog steeds een actuele rubricering van de knelpunten genoemd. Het advies verkent drie oplossingsrichtingen: aanpak wachttijden, structuur- en financieringsaanpassingen en arbeidsrelevante aandoeningen (hier staat Sociaal-Medische Begeleiding centraal). Afbakening van taken wordt genoemd en de professionele onafhankelijkheid van de bedrijfsarts.
- 1999: Borst en Hogervorst reageren instemmend op het SER-advies. Ook in het plan van aanpak WAO (1999) wordt gemeld dat de samenwerking verbeterd moet worden om te voorkomen dat mensen onnodig in de WAO komen.
- VWS financiert sinds 1999 een aantal regionale projecten waarin de samenwerking concreet gestalte krijgt (Verkerk, Nicolai, Huisman & Van den Borne, 2001).

De conclusie van Buijs is dat er inmiddels niet alleen aandacht is voor het verbeteren van de arbocuratieve samenwerking, maar dat er voor het eerst nu ook geld beschikbaar is. Buijs en Weel (2001) spreken van een paradigmawisseling. De maatschappe-

lijke en financiële verantwoordelijkheid voor de aanpak van het ziekteverzuim werd uitdrukkelijk neergelegd bij de werkgever, die zich moest laten ondersteunen door een gecertificeerde Arbo-dienst. De behandelende sector werd uitdrukkelijk genoemd als 'partner' bij sociaal-medische begeleiding.

De afgelopen 20 jaar overziende, is de conclusie dat sinds de adviesaanvraag aan de NRV in 1983 wel enige vooruitgang is geboekt op beleidsniveau. Op het niveau van de dagelijkse praktijk moet er echter nog veel gebeuren.

De laatste jaren zijn er vele activiteiten opgezet om de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen te verbeteren. Deze activiteiten liggen op het gebied van onderzoek, onderwijs, ontwikkeling van richtlijnen en leidraden, implementatieprojecten, evaluatieprojecten. Tabel 2.1 geeft een kort (niet uitputtend) overzicht van de activiteiten sinds 1997. Een aantal activiteiten overlapt elkaar.

Tabel 2.1 Activiteiten sinds 1997 om het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen te verbeteren

Activiteit of project	Jaartal	Doelgroep	Doel
Onderzoek naar de samenwerking ^{1,2,3}	1997, 2000	Politiek; beroepsgroepen	Knelpunten in beeld brengen en onderzoeken draagvlak samenwerken; samenwerking in praktijk onderzoeken
Convenant beroepsverenigingen ⁴	1997	LHV en NVAB leden	Intentie voor samenwerken tussen huisartsen en bedrijfsartsen vastleggen
KNMG code ⁵	1998	Alle huisartsen en bedrijfsartsen	Regelen gegevensverkeer tussen huisartsen en bedrijfsartsen
PARAG (platform aanpak richtlijnen arbeid en gezondheid) ⁶	1997	Beroepsverenigingen huisartsen en bedrijfsartsen, onderzoeksinstituten	Platform van diverse betrokkenen
Regionale projecten ⁷	vanaf 2000	Huisartsen en bedrijfsartsen in de regio	Divers (o.a. onderwijs, adresklapper, visitekaartjes, bedrijfs-geneeskundig consultant in hagro)
Onderwijsprojecten ⁸ <small>9,10,11,12</small>	vanaf 2000	Eerst beroepsopleidingen, later nascholing	Kennis over elkaars vak, kennismaken met vertegenwoordigers andere discipline, oefenen met contact opnemen
Protocollen - algemene leidraad voor samenwerken ^{13,14} - psychische klachten ¹⁵ - lage rugklachten ¹⁶	vanaf 2000	Pilotgroepen, later implementatie landelijk Alle huisartsen en bedrijfsartsen	Criteria voor samenwerking vastleggen
Evaluatieonderzoek ^{17,18,19}	2000-2003	Deelnemers regionale projecten	Proces en effect van de regionale projecten onderzoeken
Publicaties	vooral vanaf 1997	Alle betrokkenen	Aandacht voor onderwerp, kennisoverdracht, knelpunten laten zien, verbeteringsuggesties

Noten:

1 Van Amstel & Buijs, 1997

2 Hento & Kaaij, 2000

3 Disseldorp, 1999

4 LHV & NVAB, 1997, 1998

5 KNMG, 1998

6 Bij de KNMG is in 1997 Standaardafstemming Arbeid en Gezondheid (StAG) opgericht dat in 1998 Platform Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheid (PARAG) ging heten. Dit platform bestaat uit vertegenwoordigers van CBO, NHG, SKB/NVAB en LISV/NVVG

7 Verkerk, et al., 2001

8 Baart, 1999

9 Weel, Baart & Neijenhuis, 1999

10 Nauta, Starmans & Faddegog, 1999

11 Nauta, Weel, Starmans & Wemekamp, 2001

12 Nauta, Faddegog & Peeters, 2002

13 Anema, Buijs & Van Putten, 2001

14 Bakker, Krol, Post, Calkhoven & Groothoff, 2001

15 Hulshof, Nauta, Van der Klink, Faber, Broersen, Miedema, Jacobs, Fortuin & Bierma-Zeinstra, 2002

16 Faber, Bierma-Zeinstra, Burdorf, Nauta, Hulshof, Overzier, Miedema & Koes, 2004

17 Bakker, Krol, Van der Gulden & Groothoff, 2003

18 Engels, Tighelaar & Van der Gulden, 2003

19 Anema, Van Amstel, Venema, Van Putten, De Vroome, Nauta, Overzier & Verbeek, 2003

Gezien het aantal en de variëteit van de projecten (zoals vermeld in tabel 2.1) is het te verwachten dat de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen over enkele jaren beter zal zijn dan in 1999 (het jaar van het vragenlijstonderzoek dat als onderzoek 1 in dit proefschrift is beschreven). De effectiviteit van de projecten is onderzocht in een gemeenschappelijk onderzoek door TNO Arbeid, Kenniscentrum AKB en het Coronel Instituut (Anema et al., 2003). Onderzoek 3 in dit proefschrift beschrijft de resultaten op het gebied van sociaal-psychologische factoren.

Knelpunten bij samenwerken

Om na te gaan welke knelpunten er zijn beschreven in de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen is een literatuursearch verricht via Pubmed en Picarta en is de sneeuwbal methode toegepast. Hieruit bleek, dat men in een aantal onderzoeken specifiek de knelpunten onderzocht bij het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen (Van Amstel & Buijs, 1997; Disseldorp, 1999; Hento & Kaaij, 2000). Daarnaast zijn er uitspraken van huisartsen en bedrijfsartsen over knelpunten bij samenwerken die zij bijvoorbeeld in een column verwerken (A-Tjak, 2001a, 2001b; Crul, 2000a, 2000b). De ervaringen bij onderwijs aan huisartsen en bedrijfsartsen (Baart, 1999; Nauta et al., 1999) en verslagen van bijeenkomsten (Bakker, Krol, Van der Gulden & Groothoff, 2001) bevatten ook vaak benoemde knelpunten. De knelpunten die zijn gevonden, kunnen grofweg in vier clusters worden ingedeeld (zie tabel 2.2):

Tabel 2.2 Knelpunten samenwerken huisartsen en bedrijfsartsen (op basis van onderzoek en ervaring)

Soort knelpunt	Voorbeelden
Juridisch-ethische knelpunten	Informatieoverdracht met informed consent ^{1,2}
Structurele knelpunten	Te veel accent op tweede lijn ³ Te veel verrichtingen ³ Te weinig aandacht voor preventie ³ Te weinig evaluatie van behandelmethoden ³ Arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg ³
Praktische knelpunten	Bereikbaarheid ^{1,2,4} Tijd ^{1,2,4} Financiële vergoeding ^{2,5}
Sociaal-psychologische knelpunten	Vertrouwen ^{2,6} Twijfel aan onafhankelijke positie bedrijfsarts ^{5,6,7,8} Domeinstrijd ⁹ Onduidelijke taakafbakening ^{5,8} Onduidelijke positie bedrijfsarts ^{5,9} Te weinig kennis over elkaar ^{1,6,10} Statusverschillen ⁶ Belangentegenstellingen en competentiekwesties ^{4,6} Afhankelijkheid ¹¹

Noten:

1 Van Amstel & Buijs, 1997

2 Hento & Kaaij, 2000

3 Buijs, 1985

4 Bakker, Krol & Groothoff, 2001

5 Disseldorp, 1999

6 Baart, 1999

7 A-Tjak, 2001a

8 Crul, 2000a, 2000b

9 A-Tjak, 2001b

10 Nauta, et al. 1999

11 Groothoff, 1981

Op bijeenkomsten van huisartsen en bedrijfsartsen is steeds te constateren, dat de gesignaleerde knelpunten doorgaans in een van deze categorieën te plaatsen zijn. De door Buijs genoemde structurele knelpunten vallen voor een deel wellicht samen met de sociaal-psychologische knelpunten.

De praktische bereikbaarheid blijkt bijna altijd als een van de eerste knelpunten naar voren te komen. Hieronder een voorbeeld (uit eigen praktijk) van wat cursisten (huisartsen en bedrijfsartsen) bij een bijeenkomst zelf melden aan knelpunten.

Box 1 Voorbeeld: ervaren knelpunten bij samenwerken (ontleend aan eigen praktijk)

Bijeenkomst huisartsen en bedrijfsartsen Utrecht 14 november 2001

7 bedrijfsartsen en 18 huisartsen brainstormden in homogene groepjes over de vraag: Welke knelpunten ervaren jullie in het contact? Samengevat leverde dit de volgende knelpunten op:

- 1 Bereikbaarheid:
 - Wie is de bedrijfsarts?
 - Wat is telefoonnummer, fax, e-mail?
 - De ander is er niet of niet te spreken
- 2 Juridisch-ethisch: eerst machtiging nodig
- 3 Elkaars beleid doorkruisen, ook door communicatie via de patiënt (niet rechtstreeks)
- 4 (Medische) invalshoek verschillend, gebrek aan info.
- 5 Onduidelijkheid in verantwoordelijkheid bijvoorbeeld bij reïntegratie
- 6 Curatief versus sociaal geneeskundig
- 7 Wantrouwen:
 - toon
 - patiënt komt met verhaal van de andere arts
- 8 Toegankelijkheid van de ba voor de patiënt
 - wachttijd
 - afhankelijk van mogelijkheden contract
- 9 Tijd
- 10 Huisartsen: "wij horen nooit iets van bedrijfsartsen"; bedrijfsartsen: "wij moeten altijd het initiatief nemen"
- 11 Defensieve geneeskunde: bijv. extra onderzoek om claims te voorkomen
- 12 Lage prioriteit bij huisartsen
- 13 Huisarts mag volgens LHV werkadvies geven
- 14 Huisarts (en patiënt) kennen procedures niet

2.2.4 Sociaal-psychologische knelpunten: eerste introductie

In dit proefschrift ligt de focus op de sociaal-psychologische knelpunten. Het gaat om begrippen die bekend zijn uit onderzoek naar 'intergroepsgedrag'. Deze begrippen worden hieronder kort toegelicht en komen vervolgens in hoofdstuk 3 diepgaand aan de orde, waarbij er hypothesen worden geformuleerd voor het empirische onderzoek.

Samenwerken wordt in dit proefschrift opgevat als het delen van kennis. Bij het werken in een team kan men door het delen van kennis meer bereiken dan individueel. Kennis delen tussen medewerkers op één afdeling gebeurt niet vanzelf; het delen van

kennis tussen bijvoorbeeld research- en productieafdeling in een bedrijf blijkt nog lastiger te zijn (Weggeman, 2001).

Samenwerking tussen artsen in de curatieve gezondheidszorg houdt in elk geval in het elkaar goed informeren (Crul, 2002). Door kennis te delen tussen diverse disciplines in de gezondheidszorg kan men de patiënt beter helpen. “*De aansluiting in de hele curatieve as moet beter*” stelde directeur Curatieve Somatische Zorg van het Ministerie van VWS, Oudendijk (Crul, 2000a).

Bij het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen gaat het om het delen van kennis over een gemeenschappelijke patiënt. Artsen hebben namelijk de informatie die ze hebben, verwerkt tot kennis. Ze hebben bijvoorbeeld niet alleen uitslagen van bloed- of röntgenonderzoek, maar ook een idee wat deze uitslagen betekenen in het totaal van gegevens en de (medische) geschiedenis.

Huisartsen en bedrijfsartsen zijn (ook al hebben ze 6 jaar lang dezelfde basisartsopleiding) leden van verschillende beroepsgroepen. Vaak ontbreekt daardoor inzicht in elkaars visie en heeft men geen overzicht van alle ter beschikking staande gegevens (Groothoff, 1981). Het hebben van verschillende doelen, het ontbreken van coördinatie en tegelijk de afhankelijkheid van elkaar om een gezamenlijk resultaat te bereiken zijn de basisingrediënten voor een stroeve samenwerking (Ellemers, Spears & Doosje, 1999; Haslam, 2001; Van Knippenberg, 1991; Visser, 1995; Worchel, Andreoli & Folger, 1977). Op basis hiervan kan worden gesteld dat er een belangrijke sociaal-psychologische barrière voor de samenwerking bestaat.

Het is een historisch feit dat huisartsen en bedrijfsartsen verschillende artsen zijn (scheiding van behandeling en controle, zie 2.1). Op grond daarvan hebben zij een verschillend en dus geen overkoepelend doel en verschillende belangen. Althans zo ervaren zij dat. De patiënten die zij gezamenlijk hebben, worden door hen los van elkaar behandeld. Daardoor vindt er geen wederzijdse coördinatie van de handelingen plaats. Juist door zo'n coördinatie zou het gezamenlijke resultaat beter kunnen zijn dan de som van de individuele resultaten die nu bereikt worden zonder deze coördinatie.

Om een gezamenlijk resultaat te bereiken moeten huisartsen en bedrijfsartsen een overkoepelend doel hebben, een bepaald gedrag uitvoeren om dat doel te bereiken (delen van kennis) en moeten zij weten dat zij voor het bereiken van dit doel afhankelijk zijn van elkaar. Het gezamenlijke doel is te definiëren als de eerder genoemde verbeteringen van efficiëntie en effectiviteit in de zorg voor de patiënt, verhoging van het welzijn van de patiënt en verhoging van de kwaliteit van het eigen werk. Het delen van kennis over patiënten is een middel daartoe. De kern van het probleem is, zoals gesteld, dat men lid is van verschillende groepen.

Hieronder een nadere uitwerking van de sociaal-psychologische invalshoek.

Huisartsen en bedrijfsartsen zijn leden van verschillende groepen waartussen verschillen bestaan in relatieve positie. De relatieve positie kan worden gedefinieerd als de verhouding van kenmerken als kennis, ervaring, vaardigheden, status, zoals men die ten opzichte van de andere groep ervaart. Wanneer personen of groepen interacteren (coöperatief of competitief) dan vergelijken zij zich met elkaar op basis van deze kenmerken. Uit deze vergelijking van kenmerken maakt men een balans op hoe men ten opzichte van de ander staat. Deze kenmerken kunnen alles zijn wat men inbrengt in de samenwerking in relatie tot wat deze samenwerking oplevert (kennis, vaardigheden, ervaring, status, enz.). Het verschil in relatieve positie werkt belemmerend op de informatie-uitwisseling. Allport stelde al in 1954 dat voor een goede samenwerking onder andere een gelijkwaardige status nodig is. Weggeman (2001, p. 157) meent dat een belangrijke barrière bij het delen van kennis kan zijn dat de ene partij van mening is dat het delen van kennis zijn positie verzwakt. Sullivan (1998, p. 6) spreekt van samenwerken als 'power-sharing'. Men moet dit wel willen.

Ook heeft elke groep een eigen, sterke identiteit, die eveneens de belemmeringen in het delen van kennis versterkt. Identiteit is de wijze waarop de relatieve positie door de persoon zelf als huisarts (resp. bedrijfsarts) en als lid van de groep van huisartsen (resp. bedrijfsartsen) wordt beleefd ten opzichte van de ander of van de andere groep. In hoofdstuk 3 zal nader worden ingegaan op de begrippen identiteit en relatieve positie (status).

In werkelijkheid zijn beide partijen sterk afhankelijk van elkaar omdat zij vele gemeenschappelijke patiënten hebben. Afhankelijkheid kan worden gedefinieerd als de mate waarin een resultaat (hogere efficiëntie, effectiviteit, kwaliteit en/of welzijn) dat een arts kan bereiken, mede bepaald wordt door de wijze waarop een andere arts zich gedraagt. In situaties van afhankelijkheid worden de resultaten van de ene partij gedeeltelijk of geheel bepaald door het gedrag van de ander. Afhankelijkheid houdt dus in dat het resultaat dat iemand kan bereiken, geheel of gedeeltelijk wordt bepaald door de wijze waarop de ander zich gedraagt.

Het herkennen en erkennen van deze afhankelijkheid kan een belangrijke factor zijn die bij zou kunnen dragen aan het verbeteren van de samenwerking. Weggeman (2001, p. 157) stelt dat de kennisbron zich bijvoorbeeld niet kan voorstellen dat de ander geïnteresseerd is in zijn kennis of dat het verschil in kennis zo groot wordt geacht, dat hij of zij niet verwacht de ander van dienst te kunnen zijn. Dat betekent dat de ene partij zich onafhankelijk ten opzichte van de ander opstelt. Zou iemand onafhankelijk zijn en niet coöperatief handelen, dan heeft hij/zij slechts een individueel doel. Daardoor kan het bereiken van het gezamenlijke doel (hogere efficiëntie, effectiviteit, kwaliteit en/of welzijn) worden belemmerd. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op afhankelijkheid.

Een derde punt waardoor de samenwerking niet goed zou kunnen verlopen is dat huisartsen en bedrijfsartsen verschillende visies kunnen hebben op hun respectievelijke verantwoordelijkheden. Ook deze visie wordt beïnvloed door een verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen in hun relatieve positie. De definitie van verantwoordelijkheid is: de mate waarin men rekenschap neemt voor een resultaat, een outcome (bijvoorbeeld werkhervatting van de patiënt). Het gaat om het toeschrijven van gebeurtenissen (resultaten) aan gedragingen. Men is voor bepaalde resultaten verantwoordelijk als men deze kan toeschrijven aan het eigen gedrag of aan het gezamenlijke, coördinerende, samenwerkende gedrag. Schrijft men deze resultaten toe aan zichzelf, dan is men zelf en niet de ander voor deze resultaten verantwoordelijk. Schrijft men deze gebeurtenissen toe aan de ander, dan is men zelf niet verantwoordelijk. Schrijft men ze toe aan de gezamenlijke handelingen, dan is men gezamenlijk verantwoordelijk. Daarbij kunnen verschillen optreden in de mate van verantwoordelijkheid, want de mate van verantwoordelijkheid wordt bepaald door de verschillen in inputs die men geleverd heeft aan het bereiken van dit gezamenlijke resultaat. Het vermoeden is, dat de visie op de eigen en op de gezamenlijke verantwoordelijkheid mede bepalend is voor het succes van de samenwerking.

Naast het begrip verantwoordelijkheid en de rol daarvan bij de samenwerking wordt in dit onderzoek ook het begrip vertrouwen uitgewerkt. Vertrouwen kan worden gedefinieerd als de verwachting van de ene partij dat de andere partij niet opportunistisch zal handelen bij het aangaan van de samenwerking en zal kiezen voor maximalisatie van de gezamenlijke outcomes. Wanneer men van elkaar afhankelijk is, dan betekent het aangaan van een samenwerking (coördineren van handelingen om een gezamenlijk resultaat te bereiken) dat beide partijen vertrouwen hebben. Iemand werkt samen met een ander als hij/zij bereid is af te zien van eigen voordeel als daardoor het gezamenlijke resultaat groter is. Sullivan (1998) vond in 81 publicaties over samenwerken er 13 waarin vertrouwen aan de orde was (p. 20). Vertrouwen wordt nader toegelicht in paragraaf 3.3.

Dit proefschrift probeert door middel van empirisch onderzoek te verklaren waarom de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen niet optimaal verloopt. In het onderzoek worden de bovengenoemde factoren (relatieve positie, identiteit, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid en vertrouwen) onderzocht in relatie tot de samenwerking.

Het lid zijn van verschillende groepen is een voorwaarde voor het toepassen van inzichten uit de sociale psychologie met betrekking tot intergroepsgedrag. Daarom zal in de volgende paragraaf eerst aannemelijk worden gemaakt dat huisartsen en bedrijfsartsen leden zijn van verschillende groepen, waartussen verschillen in relatieve positie bestaan.

2.3 Huisartsen en bedrijfsartsen als leden van onderscheiden groepen (professies)

In deze paragraaf zal worden betoogd dat huisartsen en bedrijfsartsen leden zijn van verschillende groepen en dat de samenwerkingsproblematiek juist daardoor veroorzaakt wordt. Eerst wordt een definiëring van het begrip ‘groep’ gegeven en wordt het proces van groepsvorming behandeld. Daarbij wordt het begrip ‘professie’ uitgebreid besproken omdat dit belangrijk is voor het begrijpen van juist deze groepen (artsen). Vervolgens zal ingegaan worden op de verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen aan de hand van verschillen in kenmerken van deze groepen.

2.3.1 Groep, professie, professionalisering

Er zijn verschillende sociaal-psychologische definities van het begrip groep. Een eenvoudige definitie (ontleend aan Alblas, 1990) is als volgt: een groep is een verzameling mensen die regelmatig met elkaar omgaan, zich van elkaar bewust zijn, zich gedragen volgens normen binnen die groep en die elkaar nodig hebben om bepaalde doelen te bereiken. Men name de aanwezigheid van gezamenlijke doelen staat in vrijwel alle definities van het begrip groep centraal en het gegeven dat de leden zich bewust zijn van hun wederzijdse afhankelijkheid als zij naar gezamenlijke doelen streven.

Dat artsen een groep vormen kan het gemakkelijkst worden geïllustreerd aan de hand van de professionalisering die artsen hebben meegemaakt. Professionalisering kan gezien worden als het proces van de wording van een professie. Het woord professie is afgeleid van het Latijnse werk woord profiteri of profitari, dat betekent “openlijk verklaren”.

In historisch perspectief wordt beschreven hoe in de 17^e eeuw de geestelijkheid de belangrijkste professie vormde (zij oefende een gewijd ambt uit), in de 19^e eeuw de juristen en in de 20^e eeuw de artsen (medische professie) (Klinkert, 1974). Het begrip heeft steeds de betekenis dat het bezigheden omvat die gericht zijn op de dienstverlening aan behoeftige mensen. Professies hebben een aantal kenmerken (Klinkert, 1978):

- De opleiding is lang en zwaar, en gericht op de dienstverlening aan het publiek.
- Medeprofessionals houden toezicht op de opleiding en ook op de handhaving van de integriteit van de leden, zodat deze zich gedragen volgens de normen die neergelegd zijn in bijvoorbeeld een beroepscode.
- In de opleiding worden naast kennis en kunde ook normen en waarden overgedragen (sterker dan in andere opleidingen).

Hiermee wordt geïllustreerd dat de leden van de professie (de professionals) met elkaar op een bepaalde wijze omgaan, zich bewust zijn van elkaar en met elkaar interacteren om de gezamenlijke doelen te bereiken (bijvoorbeeld het streven naar een uniforme opleiding, bevordering van de competenties en handhaving van de integriteit).

Door specialisatie van beroepen worden relaties van afhankelijkheid gecreëerd. Het gemeenschappelijk areaal van gedeelde ervaring en kennis neemt af en de sociale afstand wordt vergroot (Van der Krogt, 1981).

In het professionaliseringsproces wordt ook wel gesproken van een indoctrinatie van de waarden en normen die tezamen de beroepsideologie vormen en waarmee de leden van de groepen zich onderscheiden van de niet-leden.

Een kenmerk van een professional zou kunnen zijn ... *“dat hij het levensonderhoud verdient door het in praktijk brengen van esoterische kennis, gebaseerd op één of meer wetenschappen. De essentie ervan is, dat de cliënt de kwaliteit van de geboden dienst niet kan beoordelen. Hij komt bij de professional omdat hij een probleem heeft, dat hij niet kan oplossen”*(Klinkert, 1974). Dat impliceert dat de groepsleden in een machtiger positie zitten dan degenen die geen lid van zijn de betreffende groep. Van der Krogt (1981) bevestigt dus de relatie tussen professie en macht. Hij stelt op basis van literatuur... *“Professionalisering is een proces van verwerven en vergroten van macht en beheersing door beroepsgroepen.”* Zo komt het aspect ‘macht’ erin. Het gaat daarbij vooral om deskundigheidsmacht. Van der Krogt (1981) citeert in dezen Wilensy: *“Alle beroepen worden gekenmerkt door machtsstrijd (tussen beroepen onderling en tussen beroepen en cliënt) en streven naar statusverboging.”* Door specialisatie van beroepen worden relaties van afhankelijkheid tussen beroepen gecreëerd. Het gemeenschappelijk areaal van gedeelde ervaring en kennis neemt af en de sociale afstand wordt vergroot (Van der Krogt, 1981).

Het is de vraag of de door Klinkert geschetste betekenis nu ruim 25 jaar later nog steeds zo sterk geldt. Wel wordt het begrip ‘professionals’ vaak gebruikt bijvoorbeeld om aan te geven dat een beroep meer professionaliseert. De beroepsbeoefenaren richten dan bijvoorbeeld een eigen vereniging op, maken protocollen en standaarden. Ze hebben hun eigen regels voor erkenning en eisen voor nascholing. Dit geldt ook voor huisartsen en bedrijfsartsen. De huisartsgeneeskunde is al verder geprofessionaliseerd dan de bedrijfsgeneeskunde. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het bestaan van een wetenschappelijk bureau (het Nederlands Huisartsen Genootschap NHG) sinds 1956 en de publicatie van standaarden en richtlijnen. Bedrijfsartsen hebben pas in 1999 hun eerste richtlijn vastgesteld (zie 2.3.3) en sinds 2000 is er een richtlijnenbureau.

In dit proefschrift wordt voor huisartsen en bedrijfsartsen de term ‘professionals’ gekozen, juist vanwege de kenmerken hierboven genoemd. Kijkend naar samenwerking tussen professionals (en daarmee tussen bedrijfsartsen en huisartsen) met behulp van

de kennis over professionaliseringsprocessen zegt Van der Krogt (1981): *“Ook voor de ontwikkeling van samenwerking tussen beroepsgroepen leent zich de casestudie van professionaliseringsprocessen. Het aangaan of juist afhouden van samenwerking wordt (mede) beïnvloed door de verwachtingen omtrent de (positieve en negatieve) consequenties ervan. Soms is samenwerking zelfs een strategie die gericht is op andere belangen dan die van de cliënt.”* Ook Maas (2000, p. 135) meldt dat professionals vaak individualistisch gedrag vertonen, hetgeen samenwerken remt.

Nu in het bovenstaande verhelderd is, dat artsen een onderscheiden groep of professie vormen, zal worden ingegaan op verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Zij hebben weliswaar 6 jaar dezelfde basisartsopleiding, maar vormen binnen de groep van artsen toch twee groepen met verschillende belangen en waarvan de leden zich op een verschillende manier ten opzichte van de leden van de andere groep gedragen. Er is sprake van intergroepsgedrag: gedrag tussen individuen dat gereguleerd wordt door het lidmaatschap van en de identificatie met de eigen groep. De verschillen tussen deze professies vormen mede de basis van de samenwerkingsproblematiek. Met Van der Krogt wordt dus geconstateerd dat de samenwerking belemmerd kan worden door professionaliseringsprocessen. Hieronder volgt een uitleg over de beide beroepsgroepen.

2.3.2 Huisartsen als professie

In 1883 mochten artsen de genees-, heel- en verloskunde in de volle omvang gaan uitoefenen. Dit zou men kunnen zien als het prille begin van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Daarvoor bestonden er heelmeesters, vroedmeesters, andere medische specialisten; de nieuwe arts was een generalist. Het werkerterrein van de huisarts is dan ook moeilijk te omschrijven omdat de huisarts zich met zoveel facetten van de geneeskunde bezighoudt (Bremer, van Es & Hofmans, 1969, voorwoord). Van de huisartsgeneeskunde is pas na de Tweede Wereldoorlog systematisch studie gemaakt (Bremer et al., 1969, voorwoord).

De huisartsgeneeskunde is zich sinds die tijd steeds meer gaan ontwikkelen *“van ‘authority based’ (zo doen we het altijd) naar ‘evidence based’ (is dit wetenschappelijk onderbouwd?)”* (Thomas, 1997). Zo zijn sinds 1989 ongeveer 70 zogenaamde Standaarden ontwikkeld door het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). Deze standaarden zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en op consensus. Het is niet zo dat huisartsen daarmee een soort robots zijn geworden. Zij moeten bij elke patiënt eigen afwegingen maken wat voor deze patiënt in deze omstandigheden het beste is. De standaarden hebben een belangrijke rol gespeeld in het professionaliseringsproces

van huisartsen en in de groei van hun zelfbewustzijn. Dat is te merken in hun houding tegenover specialisten, zo wordt door Yap (in Thomas, 1997) naar voren gebracht. De huisartsgeneeskunde is tegelijk bezig met een emancipatieproces (Faddegon, 2002). Huisartsen voelen zich vaak de mindere van specialisten. Specialisten kijken ook vaak neer op huisartsen. Huisartsen zijn zich als groep gaan verenigen, en het proces van standaardenontwikkeling kan ook worden gezien als voorbeeld van het afschudden van de specialistische definiëring van de medische werkelijkheid. Huisartsgeneeskunde is niet meer een richting die men opging omdat men zich niet wilde specialiseren, maar een vak waar men bewust voor kiest.

De beroepsvereniging van huisartsen, LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), opgericht in 1946 en een onderdeel van de federatie KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst), publiceert sinds 1977 het basis taken pakket van de huisarts. De laatste versie is van 1987.

Tot 1973 kon iedere afgestudeerde arts zich vestigen als huisarts. De meesten deden wel eerst enige tijd een soort assistentschap of waarneming voordat zij zich zelfstandig vestigden. Vanaf 1973/4 moesten artsen die zich als huisarts wilden vestigen (en een contract met het ziekenfonds afsloten) een opleiding volgen. Deze was eerst één jaar, werd in 1989 twee jaar en is sinds 1994 drie jaar. De huisarts in opleiding (haio) werkt in het eerste en derde jaar in een huisartspraktijk met toenemende zelfstandigheid. Het tweede jaar loopt men stages in ziekenhuizen, verpleeghuizen en psychiatrische instellingen. De haio is in dienst bij een stichting en ontvangt een salaris dat duidelijk lager ligt dan dat van een bedrijfsarts in opleiding.

Op dit moment (anno 2002) is er sprake van een 'groeïend ongenoegen' onder huisartsen (Post, Calkhoven, Krol, Dijkstra & Groothoff, 2002). Als negatieve ontwikkelingen noemen deze auteurs: patiënten vragen meer aandacht (52%), er is meer administratie gekomen (82%), door wachtlijstproblematiek is patiëntendruk toegenomen (74%), sociale status huisarts afgenomen (29%), te veel werk voor te weinig geld (69%), werkdruk is hoger geworden (77%). Men noemt als positieve ontwikkelingen: meer intensieve samenwerkingsverbanden (53%), protocollering huisartsenwerk (57%), vakinhoudelijke ontwikkelingen (61%), meer interessante patiëntenpopulatie (7%). De negatieve ontwikkelingen lijken te overheersen. Opvallend is dat meer dan de helft van de onderzoeksgroep meer intensieve samenwerkingsverbanden als positieve ontwikkeling ziet.

2.3.3 Bedrijfsartsen als professie

Bij het begin van de industrialisering, eind 19^e eeuw, waren er artsen (fabrieksdokters) die in de fabrieken kwamen. De arbeidsomstandigheden leidden tot veel invaliditeit.

Echt preventief werken deed men niet. Als grondlegger van de bedrijfsgezondheidszorg kan Samuel Coronel (1827-1892) worden gezien. In 1872 publiceerde hij het Handboek der Openbare Gezondheidsregeling en der geneeskundige politie (Van Lieburg, 1979).

In 1890 kwam de Arbeidswet met o.a. bepalingen over vrouwen en jeugdigen. In 1895 kwam de veiligheidswet. Voor diverse bedrijfstvormen kwamen afzonderlijke wetten (Van Lieburg, 1979).

In de twintiger jaren van de twintigste eeuw werden bij Philips in Eindhoven artsen aangesteld om de tuberculoseproblematiek te beperken. Zo zijn de aanstellingskeuringen ontstaan: men wilde voorkomen dat er mensen met open tuberculose aan het werk gingen met besmettingsgevaar voor de andere werknemers. Deze keuringen zijn voor overheids personeel nog tot 1978 standaard uitgevoerd.

Bedrijfsartsen kregen taken op het gebied van preventie en begeleiding van zieke werknemers. Daarnaast waren er verzekeringsartsen die de 'claimbeoordeling' deden. Het takenpakket van de bedrijfsarts veranderde in 1994 abrupt toen de werkgever verantwoordelijk werd voor het verzuim. Door deze verschuiving in het takenpakket hebben veel bedrijfsartsen minder plezier in hun werk (Lamme & Van Straaten, 1998; Willems, 1998). Daarnaast speelt de vercommercialisering van Arbo-diensten als negatief ervaren context (Plomp, Weel & Van der Wal, 1999). Steeds meer bedrijfsartsen vestigen zich om die reden als freelancer.

De beroepsvereniging NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) is opgericht in 1946. De bedrijfsgeneeskunde maakt momenteel een begin met verdere professionalisering. Er is een beroepscode (NVAB, 1989), een beroepsprofiel (NVAB, 1995) en een professioneel statuut, (NVAB, 1997) en er zijn inmiddels zes richtlijnen. In 2001 is een 'mission statement' geformuleerd. De vereniging is ervan overtuigd dat het beroep een te negatief imago heeft. Daarom is in 2001 een imago-onderzoek gehouden en wordt in 2004 een ophelderingscampagne gevoerd.

De opleiding tot bedrijfsarts duurt momenteel vier jaar en bevat naast een aantal medische onderwerpen ook veel vakken op het gebied van organisatiekunde. Naast de opleiding werkt men in dienstverband.

Bedrijfsartsen zijn over het algemeen werkzaam in zogenaamde Arbo-diensten. De taken die ze vervullen liggen zowel op ondernemingsniveau als op individueel niveau en betreffen zowel arbo-beleid als verzuimbeleid. Op ondernemingsniveau gaat het daarbij om bijdragen aan de risico-inventarisatie en -evaluatie, bedrijfshulpverlening en voorlichting. Op individueel niveau om arbeidsgezondheidskundig onderzoek, melding van beroepsziekten en het samenwerken met de curatieve sector.

Volgens het professioneel statuut van de bedrijfsarts (NVAB, 1997) maakt de bedrijfsarts deel uit van een multidisciplinaire groep van beroepsbeoefenaren (Arbo-team).

Het salaris van bedrijfsartsen is over het algemeen tussen de ca € 3500 en € 4000 per maand bruto. Dit kan verschillen naar soort dienst en naar ervaring.

2.3.4 Vergelijking van de twee professies

In enkele tabellen volgt hier een overzicht van verschillende kenmerken van de twee groepen: demografische kenmerken (tabel 2.3), kenmerken op het gebied van opleiding en registratie (tabel 2.4) en inhoud van de vakgebieden (tabel 2.5). Er is voor gekozen om in tabel 2.3 de situatie van 1999 weer te geven, omdat onderzoek 1, beschreven in dit proefschrift, in dat jaar plaats vond.

Tabel 2.3 Demografische kenmerken van de professies huisarts en bedrijfsarts

Kenmerk	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Aantal beroepsbeoefenaren Per 31-12-1999 ¹	9182	ca 2000
Aantal gevestigd	7093 ²	1441 ¹
Aantal in opleiding	995 ²	
Aantal niet geregistreerd en niet in opleiding	n.v.t.	
Gemiddelde leeftijd ²	46.5	onbekend
Verhouding man:vrouw ¹	73%: 27%	76%: 24%
Praktijkvorm/dienstverband ²	Solopraktijk 44% Duopraktijk 32% Groepspraktijk 15% Gezondheidscentrum 9% Hidha (huisarts in dienstverband bij een huisarts) 6.3%	onbekend
% van een fulltime werkweek werkzaam ²		onbekend
< 21%	0.2%	
21 – 40%	2.1%	
41 – 60%	14.3%	
61 – 80%	11.1%	
81 – 99%	2.5%	
100%	69.9%	
gemiddeld aantal fte	0.89	
Gemiddeld aantal patiënten/werknemers	2221 ²	onbekend

Tabel 2.4 Kenmerken op het gebied van opleiding en registratie van de professies

Kenmerk	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Duur van de opleiding	3 jaar	4 jaar
Opleidingsinstituten	8 (verbonden aan de universiteiten met een medische faculteit)	2 (Amsterdam/Utrecht: NSPOH en Nijmegen (Universiteit))
Registratie sinds	1975	1961
Registrerende instantie	HVRC (Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie)	SGRC (Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie), per 1-1-04: ABSG (Accreditatie Bureau Sociale geneeskunde)
Herregistratie verplicht	Ja	Ja
Professioneel statuut	Nee	Ja
Protocollen	NHG standaarden vanaf 1989 (ruim70)	NVAB richtlijnen vanaf 1999 (in de loop van 2003 zijn het er 6)

Tabel 2.5 Inhoud van de vakgebieden van de professies

Kenmerk	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Aard hulpvragers	Ingeschrevenen: gezonden en zieken	Medewerkers van aangesloten bedrijven, verplicht
Toegankelijkheid voor hulpvrager	Vrij, vrijwillig	Zowel vrijwillig (arbeidsomstandighedenspreekuur) als verplicht (bij verzuim)
Continuïteit van zorg	24 uur per dag beschikbaar d.m.v. waarneemregeling	Kantooruren. Sommige bedrijven met continuïteitsdiensten: waarneemregeling of uitbesteding. Soms accidentenprotocol voor noodopvang 24 uur per dag.
Leeftijd hulpvragers	Alle leeftijden	18 tot 65 jaar
Aandoeningen ^{3,4}	<ul style="list-style-type: none"> - Zelf limiterende aandoeningen - Chronische aandoeningen - Acute, ernstige aandoeningen 	Arbeidsrelevante aandoeningen
Kenmerk takenpakket ^{3,4}	Continue integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuen	Specialist voor arbeid en gezondheid: preventie en vroegdiagnostiek van beroepsgerelateerde aandoeningen; begeleiding van werknemers bij arbeidsongeschiktheid 1 ^e jaar, adviseur voor werkgever
Beroepsvereniging	<p>Ruim 90% van de geregistreerde huisartsen is lid van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), opgericht in 1946 (belangenbehartiging, dienstverlening aan haar leden en kwaliteitsbevordering)⁵</p> <p>NHG (Nederlands Huisartsen genootschap), opgericht in 1956, wetenschappelijk bureau, standaardontwikkeling, onderwijsontwikkeling. Bijna 6000 huisartsen zijn lid.</p>	<p>Circa 97% van de geregistreerde bedrijfsartsen is lid van de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde)⁴</p> <p>Bureau Richtlijnen NVAB, opgericht in 2000.</p>

Noten:

1 Het BIG register 1999

2 Nivel: Cijfers uit de registratie huisartsen peiling 1999

3 LHV Basistakenpakket 1987

4 NVAB gegevens 31 december 2001 (via secretariaat verkregen)

5 LHV website, 2002

Tussen huisartsen en bedrijfsartsen bestaat dus samengevat een aantal verschillen, waarvan de belangrijkste zijn:

- Verschil in aantal beroepsbeoefenaars: er zijn meer huisartsen dan bedrijfsartsen.
- Verschil in duur van het bestaan van de professie: de professie huisarts bestaat langer hoewel de registratie als bedrijfsarts langer bestaat dan de registratie als huisarts. (Wie tot 1975 als arts afstudeerde, mocht zich meteen als huisarts vestigen. Daarna is de beroepsopleiding opgericht.)
- De opleidingsduur van huisartsen is 3 jaar (als assistent bij een huisarts), van bedrijfsartsen 4 jaar (men is al werkzaam als bedrijfsarts).
- Huisartsen hebben een wetenschappelijk bureau en ongeveer 70 standaarden (vanaf 1989). Bedrijfsartsen hebben sinds 2001 een richtlijnenbureau en eind 2003 6 richtlijnen (vanaf 1999).
- Bedrijfsartsen werken veel vaker in dienstverband dan huisartsen.
- Huisartsen werken curatief, bedrijfsartsen preventief en begeleidend. Daarmee zijn de taken en verantwoordelijkheden verschillend.
- Huisartsen werken reactief, patiënten komen vrijwillig; de meeste patiënten bij de bedrijfsarts komen verplicht.
- Beide groepen hebben hun belangen in verschillende verenigingen ondergebracht. Sinds 2002 zijn echter beide verenigingen onderdeel van de federatie KNMG.

Hoewel beiden arts zijn en dezelfde artsopleiding van 6 jaar hebben, kunnen deze verschillen verklaren waarom er sprake is van de vorming van twee onderscheiden groepen waartussen statusverschillen zijn. Er zijn in onderzoek inderdaad aanwijzingen gevonden voor statusverschillen. In een steekproef van alle Nederlandse artsengroepen (specialisten, huis- en verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen) is gevraagd hun eigen beroepsgroep te scoren op een aantal kenmerken, waaronder medische verantwoordelijkheid en status. Men kon scoren op een schaal van 1 – 10 (Medische Profielenboek, 1999). Huisartsen en bedrijfsartsen blijken in dit onderzoek zichzelf verschillend te scoren op die dimensies. Op de dimensie ‘medische verantwoordelijkheid’ scoren huisartsen 7.9 en bedrijfsartsen 6.3 en op de dimensie ‘status in vergelijking tot andere medische disciplines’ scoren huisartsen 6.0 en bedrijfsartsen 3.1. Deze statusverschillen kunnen mogelijk bijdragen aan de samenwerkingsproblematiek.

In een eigen onderzoek (Nauta, 1998) onder bedrijfsartsen (over het samenwerken met psychologen) is gevraagd welk salaris men (relatief) zou toekennen aan tien beroepsgroepen, waaronder huisarts en bedrijfsarts. Hier bleek dat alle bedrijfsartsen de huisarts op een hoger salaris scoren dan de bedrijfsarts (gemiddelde relatieve score salaris huisarts 7.4 en voor de bedrijfsarts (dus zichzelf) 6.3). Aangezien het inkomen mede een statuskenmerk is, geeft dit onderzoek langs een andere weg een bevestiging van het resultaat van het Medische Profielenboek.

In het bovenstaande is betoogd dat er voldoende aanwijzingen zijn dat huisartsen en bedrijfsartsen verschillende groepen vormen, met elk een eigen identiteit en waartussen statusverschillen bestaan. Daardoor kunnen intergroepsprocessen een rol spelen bij het samenwerken tussen vertegenwoordigers van deze groepen.

3 Theoretische achtergrond, hypothesen en onderzoeksvragen



In dit hoofdstuk wordt eerst de theoretische basis beschreven van waaruit het onderzoek zal plaatsvinden. In het vorige hoofdstuk is betoogd, dat huisartsen en bedrijfsartsen leden van twee onderscheiden groepen zijn; daarom is onderbouwing gezocht in de groepspsychologische literatuur over dit onderwerp.

Eerst komt de Social Identity Theory aan de orde, een belangrijke theorie over intergroepsgedrag. Vanuit deze theorie komen verschillende factoren aan de orde die later nader worden uitgewerkt. Het gaat om de relatieve positie, de identiteit (leidend tot beroepsidentificatie), verantwoordelijkheid en afhankelijkheid.

Daarna wordt uitgebreid ingegaan op het begrip 'vertrouwen'. De theorie hierover is bestudeerd omdat tussen huisartsen en bedrijfsartsen er een vertrouwensprobleem kan zijn.

De zogenaamde 'contacthypothese' en de contactfrequentie komen aan bod. Tenslotte wordt de (in het kader van de vraagstelling) relevante literatuur over de belemmeringen in het contact besproken.

Per beschreven thema worden hypothesen en explorerende vragen voor de empirische onderzoeken beschreven. De explorerende vragen van onderzoek 1 zijn aangeduid met een T (transversaal), van onderzoek 2 met een C (casestudy) en van onderzoek 3 met een L (landelijke onderzoek). Aan het eind van het hoofdstuk worden alle hypothesen en vragen van de drie onderzoeken samengevat.

3.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is betoogd dat huisartsen en bedrijfsartsen vertegenwoordigers zijn van onderscheiden groepen. Wanneer zij samenwerken, gaan er sociaal-psychologische mechanismen spelen. De sociaal-psychologische literatuur hierover spreekt van intergroepsproblematiek (Sherif, 1966). In het kader van onderzoek naar verhoudingen tussen bevolkingsgroepen en rassen wordt hier veel gebruik van gemaakt. Vanaf de twintiger jaren van de twintigste eeuw werd er vooral gesproken over stereotypen en vooroordelen (o.a Allport, 1954). De contacthypothese (zie 3.5.1) komt uit die periode. Sinds de zestiger/zeventiger jaren van de 20^e eeuw heeft de sociale identiteitstheorie een belangrijke plaats ingenomen bij het verklaren van intergroeps-gedrag (Turner, 1999). Intergroeps-gedrag is gedrag tussen individuen dat gereguleerd wordt door hun bewustzijn dat zij lid zijn van een groep door hun identificatie met een groep. Deze theorie geeft een verdieping aan de verklaring van het menselijk gedrag in intergroeps-situaties. Hieronder een nadere uitwerking.

3.2 Social Identity Theory (SIT)

3.2.1 De theorie

De Social Identity Theory (SIT) gaat uit van drie mechanismen: sociale vergelijking, sociale categorisatie en sociale identiteit (Turner, 1999). Mensen hebben de neiging zich te vergelijken met relevante anderen. Zij doen dit op basis van sociale categorisatie: men categoriseert zichzelf en anderen in groepen of categorieën. Vergelijking en categorisatie maken gebruik van dimensies die mensen belangrijk vinden zoals kennis, ervaring of macht (Brewer & Brown, 1998; Van Knippenberg, 1991). Mensen ontleen aan die categorisatie, en daarmee aan hun plaats in groepen of categorieën, een gevoel van identiteit.

Volgens de SIT streven mensen naar een positieve sociale identiteit. Dit doen zij door te streven naar, of behoud van, lidmaatschap van een positief gewaardeerde groep. Hierbij is van belang in hoeverre de grenzen van de groepen open zijn (permeabel). Is dat het geval dan is voor leden van lagere statusgroepen opwaartse mobiliteit mogelijk (Van Knippenberg, 1991). Is dat niet het geval dan kunnen leden van lagere statusgroepen de status van hun groep als geheel proberen te verbeteren, want langs deze indirecte weg gaat hun eigen status omhoog (Van Knippenberg, 1991). Bij huisartsen en bedrijfsartsen zijn in principe de groepsgrenzen open, maar in de praktijk maken, zeker naarmate men ouder wordt en langer in de eigen beroepsgroep verblijft, niet veel artsen meer de overstap naar de andere discipline.

Zichzelf hoger of lager positioneren op één of meer dimensies ten opzichte van partijen waarmee men samenwerkt kan negatieve effecten hebben op de kwaliteit van de samenwerking. Samenwerking vraagt afstemming en gelijkheid tussen partijen.

Status is een belangrijke factor, omdat intergroepscontact de ontwikkeling van meer harmonieuze intergroepsrelaties kan bevorderen, echter alleen onder voorwaarde van een gelijke status (Gaertner, Rust, Dovidio, Bachman & Anastasio, 1996). Grotere verschillen in status leiden namelijk tot het streven naar een hogere positie door de lage statusgroep en streven naar behoud van de hoge positie door de hoge statusgroep.

Omdat er op dit gebied geen literatuur is gevonden over het samenwerken van twee groepen artsen, hieronder enkele voorbeelden over het samenwerken van andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg, die een illustratie geven van de mogelijke relatie tussen de genoemde factoren en de kwaliteit van de samenwerking.

Makaram (1995) heeft het samenwerken van artsen en verpleegkundigen bestudeerd en noemt o.a. beperkte kennis van elkaars blik en praktijk en een eenzijdige relatie, die alle belemmerend werken op de samenwerking. Van oudsher wordt het verpleegkundige beroep door vrouwen uitgevoerd. Artsen hebben een hogere status en waren

vroeger voornamelijk man. Kunnen artsen in het algemeen wel zo'n gelijkwaardige relatie met andere disciplines opbouwen? Kurtz (geciteerd door Fagin, 1992) meldt een studie, waaruit bleek dat artsen onder stress of conflict ertoe neigen om de steun van de groep af te wijzen, autoriteit te vestigen en te vechten voor suboptimale gezichtspunten; zij definieerden succes als het winnen in deze interacties en falen als verliezen. Succes werd niet gezien als het bereiken van een gemeenschappelijk acceptabel compromis.

De SIT is samengevat een theorie die een sociaal-psychologische verklaring geeft voor het ontstaan en de gevolgen van processen van identificatie, het ontwikkelen van een relatieve positie en van status, van gevoelens van relatieve afhankelijkheid en verantwoordelijkheid tussen groepen. Dit proefschrift beschrijft de argumenten voor en de toetsing van een aantal hypothesen, gebaseerd op deze theorie, toegepast op de verhouding van huisartsen en bedrijfsartsen. De volgende elementen uit de SIT zullen worden gebruikt in de hypothesen:

- Relatieve positie: volgens de theorie streven mensen naar een positieve sociale identiteit. Doordat men de eigen groep vergelijkt met de andere groep ('sociale vergelijking') is men geneigd om de eigen groep hoger te positioneren dan de andere groep.
- Identiteit en identificatie: volgens de theorie ontstaan de identiteit en de identificatie met een groep door een proces van categorisatie. De processen van categorisatie en sociale vergelijking leiden tot een sterkere identificatie met de eigen groep dan met de andere groep.
- Verantwoordelijkheid en afhankelijkheid: het hoger positioneren ten opzichte van andere groepen kan op meer dimensies plaatsvinden. Een van die dimensies kan zijn de mate waarin men de eigen groep (of de leden daarvan) meer verantwoordelijk acht. Een hogere relatieve positie kan dan tot uiting komen in een relatief sterker gevoel van verantwoordelijkheid met daaraan gekoppeld meer onafhankelijkheid ten opzichte van de andere groep.

3.2.2 Relatieve positie

Wat weten we van de relatieve positie van huisartsen en bedrijfsartsen en daarmee van de positie van hun respectievelijke groepen?

Uit ervaring zeggen veel mensen dat er sprake is van een pikorde in de medische wereld (Meulenberg, 1998). Het Medische Profielenboek geeft daarvoor duidelijke aanwijzingen die deze ervaring kunnen bevestigen. Huisartsen hebben volgens zichzelf een relatieve positie binnen de medische wereld die hoger is dan bedrijfsartsen

van zichzelf denken. Aangezien er volgens SIT sprake is van een streven naar een positieve sociale identiteit, is te verwachten dat huisartsen zichzelf hoger positioneren ten opzichte van bedrijfsartsen. Bij bedrijfsartsen zal die neiging om zich hoger te positioneren dan huisartsen minder sterk zijn.

Het is op basis van de theorie voorstelbaar dat er invloed is van ervaring in het beroep van de ander. Dit is gebaseerd op literatuur over 'criss-cross categorization' (Crisp & Hewstone, 2000). Te verwachten is, dat een beroepswisseling die leidt tot een sociale daling (van huisarts naar bedrijfsarts) ook een erkenning van een lagere positie inhoudt en een sociale stijging (van bedrijfsarts naar huisarts) ook een bevestiging van de hogere positie betekent. Bedrijfsartsen die eerder huisarts zijn geweest zullen zichzelf ten opzichte van huisartsen meer gelijk positioneren in vergelijking met bedrijfsartsen die altijd bedrijfsarts waren en dus niet eerder huisarts zijn geweest. Huisartsen die eerder bedrijfsarts zijn geweest zullen zichzelf ten opzichte van de huisarts op een hoger niveau positioneren in vergelijking met huisartsen die altijd huisarts waren en dus niet eerder bedrijfsarts zijn geweest.

HYPOTHESE 1

- a. Wanneer huisartsen en bedrijfsartsen zich met elkaar vergelijken, schrijven beiden aan zichzelf een relatief hogere positie toe.
- b. Huisartsen scoren significant hoger op de relatieve positieschaal dan bedrijfsartsen.

HYPOTHESE 2

- a. Bedrijfsartsen die huisarts zijn geweest, schrijven zich een meer gelijke positie aan huisartsen toe dan bedrijfsartsen zonder die ervaring.
- b. Huisartsen die bedrijfsarts zijn geweest, schrijven zich een hogere positie toe dan huisartsen zonder die ervaring.

Aangezien op basis van de theorie hier geen uitspraken over kunnen worden gedaan, zal bij huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding worden geëxploreerd hoe hun relatieve positie ten opzichte van de andere professie is, voor en na de cursus (zie de paragrafen 1.2, 4.2 en bijlage IV). Er wordt tevens geëxploreerd in hoeverre er bij huisartsen en bedrijfsartsen na regionale projecten (zie de paragrafen 1.2, 4.3 en bijlage V) veranderingen zijn opgetreden in relatieve positie.

EXPLORERENDE VRAAG C1

Hoe is de relatieve positie van huisartsen in opleiding en van bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?

EXPLORERENDE VRAAG L1

Is er verschil in relatieve positie voor en na de regionale projecten?

3.2.3 Beroepsidentificatie

Identiteit is het geheel van opvattingen dat we hebben over wie we zijn als individu. Identiteit heeft een sociaal aspect (sociale identiteit) en bevat de opvattingen die we hebben over de kenmerken van de groepen en categorieën waartoe we behoren. Identiteit heeft evenzeer een individueel aspect (persoonlijke identiteit) en omvat onze opvattingen over onze persoonlijkheid en ons gedrag. Mensen hebben meerdere sociale identiteiten omdat zij tot verschillende groepen behoren, en kunnen bijvoorbeeld een etnische, een religieuze, een seksuele en een beroepsidentiteit bezitten. Niet alle groepen en categorieën zijn even belangrijk. Belangrijk zijn groepen die status, veiligheid, ondersteuning en verbetering van de positie kunnen geven. In de ontwikkelingspsychologie is het vooral Erikson geweest die het belang van identiteitsontwikkeling beschreef (Meijers, 1995).

Het beroep kan in die zin belangrijk zijn, omdat het inkomen verschaft, zekerheid, sociale vooruitgang en status. Werk is een belangrijke, voor sommigen de belangrijkste manier waarop mensen zich ontwikkelen en hun persoonlijke en sociale identiteit uitdrukken (Christiansen, 1999); het verschaft contacten en zelfontplooiing (Rooijendijk, Dijt & Wijers, 1993). Ook kan het belangrijk zijn voor de gezondheid (Yerxa, 1998). Breeuwsma wijst er terecht op dat veel van wat er is geschreven over het belang van werk historisch en cultureel bepaald is en sterk seksespecifiek (Breeuwsma, 1994).

Er bestaat niet veel literatuur over beroepsidentiteit van artsen. In hoeverre bij artsen de beroepsidentiteit belangrijk is, kunnen we afleiden uit sociologische literatuur: in de jaren zeventig van de twintigste eeuw is geschreven over de manier waarop artsen een gesloten groep vormen en hun eigen beroepsregels maken (Freidson, 1975). Op individueel niveau beschrijft een kwalitatief onderzoek bij huisartsen (Jain & Ogden, 1999) hoe deze artsen na een klacht van een patiënt conflicten kregen met aspecten van hun identiteit als professional. Het ervaren van de eigen beroepsidentiteit kan van belang zijn bij samenwerken. Uit een onderzoek bij verloskundigen bleek, dat het ervaren van de beroepsidentiteit van belang is bij het samenwerken met andere beroepsgroepen (Scoggin, 1996). Ook Hornby en Atkins hebben veel aandacht voor beroepsidentiteit (Hornby & Atkins, 2000).

Een sterkere identificatie met de eigen groep kan een teken zijn van het naar de zin hebben, zodat er geen strijd is binnen de eigen groep of de andere groep als irrelevant wordt beschouwd. Maar het kan ook een teken zijn van zich terugtrekken binnen de eigen groep omdat men de andere groep als bedreigend ervaart. Het zich bedreigd voelen door de andere groep kan dan een versterkend effect hebben op de eigen beroepsidentificatie. Hornby en Atkins noemen een aantal verdedigingsmechanismen die met identiteit te maken hebben (Hornby & Atkins, 2000, pp. 121 e.v.). Meestal gaat een hogere relatieve positie samen met een sterkere beroepsidentificatie (Van Knippenberg, 1991). De leden van de hogere groep identificeren zich sterker met de eigen groep dan de leden van de lagere groep dat doen. Te verwachten is dan ook dat huisartsen zich sterker identificeren met hun beroep dan bedrijfsartsen. Daarnaast zou er bij de groep artsen die ervaring heeft in de discipline van de ander in het algemeen een minder sterke beroepsidentificatie kunnen zijn. Deze veronderstelling is gebaseerd op literatuur over 'criss-cross categorization' (Crisp & Hewstone, 2000). In eenvoudige taal: men heeft inzicht in de andere discipline en hoeft zich dus niet zo sterk af te zetten tegen de andere groep.

HYPOTHESE 3

- a. Huisartsen identificeren zich sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen.
- b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke identificatie met de huidige discipline.

De vraag is ook, of deze eventuele verschillen in beroepsidentificatie al bij huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding bestaan en of dit na een cursus samenwerken is veranderd. Ook zal worden geëxploreerd in hoeverre er na de regionale projecten veranderingen zijn opgetreden in beroepsidentificatie.

EXPLORERENDE VRAAG C2

Hoe is de beroepsidentificatie van huisartsen in opleiding en van bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?

EXPLORERENDE VRAAG L2

Is er verschil in beroepsidentificatie voor en na de regionale projecten?

Welke factoren zullen van invloed zijn op de beroepsidentificatie? Literatuur op het gebied van de levensloop geeft aan dat er verschillende factoren invloed hebben op identiteit in het algemeen: biologische factoren (bijvoorbeeld geslacht), maatschappelijke factoren (zoals grote veranderingen in de maatschappij), maar ook zogenaamde idiosyncratische factoren zoals het veranderen van beroep (Baltes, Reese & Lipsitt,

1980). Hieronder wordt nader ingegaan op de factoren: leeftijd, geslacht, aantal jaren ervaring in de eigen discipline, ervaring in de andere discipline. Bij het toetsen van de hypothese 3 zal met de samenhang met leeftijd en geslacht rekening worden gehouden (met behulp van covariantieanalyse).

Wat betreft de rol van leeftijd is te verwachten dat bij toenemende leeftijd en toenemende ervaring in het beroep de beroepsidentificatie sterker wordt. De toenemende ervaring kan leiden tot afnemende mogelijkheden om van beroep te veranderen. Het kan echter ook de leeftijd op zich zijn en de levensfase waarin men zich bevindt. De relatie tussen leeftijd en de relatieve positie is moeilijk te voorspellen. Enerzijds kan met het toenemen van de leeftijd men zich hoger positioneren dan de ander omdat men zich steeds sterker bij de eigen groep thuis voelt en ook de kansen om van beroep te wisselen minder worden. Anderzijds kan de prestatiedrang en de wil om zich te onderscheiden ten opzichte van anderen met de jaren minder worden, waardoor minder vergelijkingen optreden en men de eigen discipline eerder gelijk aan, dan hoger acht dan de andere discipline.

Hoewel er aanwijzingen zijn, dat voor vrouwen de identiteit meer in relaties ligt dan bij mannen (Gergen, 1991, p. 168), is geen literatuur gevonden over verschillen in (beroeps)identificatie en relatieve positie tussen mannen en vrouwen.

3.2.4 Verantwoordelijkheid

Tijdens bijeenkomsten met huisartsen en bedrijfsartsen wordt vaak gezegd, dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de beroepsgroepen niet duidelijk is. Huisartsen menen dat zij uitspraken mogen doen over arbeidsgeschiktheid. Bedrijfsartsen voelen dit als een aanval op hun terrein. Bedrijfsartsen menen dat zij opmerkingen mogen maken tegen de cliënt over de behandeling door de huisarts. Huisartsen zeggen: behandeling, dat is ons terrein.

Crul bevestigt deze domeinstrijd en schrijft in *Medisch Contact* dat een collectieve verantwoordelijkheid artsengebied de enige oplossing is voor de problemen in de WAO (Crul, 2000a). "De domeinstrijd moet worden gestaakt", betoogt hij.

Bij verantwoordelijkheid gaat het enerzijds om een formele verantwoordelijkheidsverdeling: wie mag wat doen. Daarnaast gaat het erom hoe men de verdeling voelt in de praktijk. Het is in die zin meer een attitude. Het gaat er ook om in hoeverre men het met elkaar eens is over de verdeling van verantwoordelijkheden.

Verantwoordelijkheid ligt qua begrip dicht bij 'autonomie'. Van professionals is bekend dat zij door hun behoefte aan vrijheid en autonomie het vaak moeilijk vinden om in samenspraak met anderen het gezamenlijke resultaat te verbeteren (Weggeman, 2001,

p. 80). De samenwerking met anderen vormt een bedreiging voor hun autonomie (Weggeman, 2001, p. 91).

Verantwoordelijkheid kan gedefinieerd worden als de mate waarin rekenschap voor een resultaat (outcome) wordt of kan worden genomen. In samenwerkingsrelaties kan verantwoordelijkheid worden gedefinieerd als de mate waarin rekenschap voor het gezamenlijk resultaat wordt of kan worden genomen.

Een arts is voor een bepaald resultaat verantwoordelijk als hij/zij dit resultaat kan toeschrijven aan het eigen gedrag of aan het gezamenlijke, coördinerende, samenwerkende gedrag waaraan hij/zij in bepaalde mate een bijdrage heeft geleverd. Het gaat bij verantwoordelijkheid om het toeschrijven van gebeurtenissen (resultaten, outcomes) aan gedragingen. Schrijft men huidige of mogelijk toekomstige gebeurtenissen (outcomes) toe aan zichzelf (aan het eigen gedrag), dan is men zelf en niet de ander voor deze resultaten verantwoordelijk. Schrijft men deze gebeurtenissen toe aan de ander, dan is men zelf niet verantwoordelijk. Schrijft men ze toe aan de gezamenlijke handelingen, dan is men gezamenlijk verantwoordelijk en wel in de mate van de bijdragen die men geleverd heeft aan het bereiken van het gezamenlijke resultaat.

Gegeven de eerder genoemde discussie over de hogere relatieve positie van huisartsen ten opzichte van die van bedrijfsartsen, is te verwachten dat huisartsen zichzelf meer verantwoordelijkheid toeschrijven dan bedrijfsartsen. Het gaat dan om verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld de diagnose, de verwijzing en de behandeling. Het is ook te verwachten dat men, indien men ervaring in de andere discipline heeft, de verantwoordelijkheidsverdeling meer gelijk zal voelen aan de ander omdat men door bekendheid met het werk minder bedreiging door de andere discipline zal voelen.

HYPOTHESE 4

- a. Huisartsen schrijven aan zichzelf meer verantwoordelijkheid toe dan bedrijfsartsen.
- b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een meer gelijke verantwoordelijkheidstoewijzing.

Het is op basis van de theorie niet te voorspellen, hoe huisartsen en bedrijfsartsen na een cursus Leren samenwerken de verantwoordelijkheidsverdeling ervaren. Dit zal nader geëxploreerd worden. Hetzelfde geldt voor de artsen uit de regionale projecten.

EXPLORERENDE VRAAG C3

Hoe beschouwen huisartsen in opleiding en bedrijfsartsen in opleiding na een cursus 'Leren samenwerken' de verantwoordelijkheidsverdeling?

EXPLORERENDE VRAAG L3

Is er verschil in ervaren verantwoordelijkheidsverdeling voor en na de regionale projecten?

3.2.5 Afhankelijkheid

Afhankelijk betekent in eerste instantie ‘ondergeschikt’, ‘steun of hulp nodig hebbend’, ‘onderworpen aan de willekeur van iets (iemand) anders’. Afhankelijkheid wordt vaak gezien als een aspect van een hiërarchische relatie. Bij interdisciplinair samenwerken gaat het daarentegen om wederzijdse afhankelijkheid in een meer of minder gelijke relatie. Hoe sterker de wederzijdse afhankelijkheid (interdependentie), des te groter de kans dat er conflicten zullen ontstaan over bijvoorbeeld de verdeling en coördinatie van het werk, communicatie etc. (Janssen, Van de Vliert & Euwema, 1994). Maar bij positieve interdependentie is er ook motivatie om de geschillen op een constructieve manier op te lossen. Bij wederzijdse afhankelijkheid komt men op het begrip ‘wederkerigheid’, waarover Dorien Pessers zegt:

“Wederkerigheid: het is ook een intens moeilijk begrip. Het is veel gecompliceerder dan het ‘do ut des’: ik geef opdat jij teruggeve’. Dit slaat op de gewone markttransacties. Veel interessanter is hoe het wederkerigheidsbeginsel werkt buiten de markt. Tussen familieleden, vrienden en burens. Een contractuele verbouding is nu juist het laatste wat zij willen. Zij willen duurzame betrekkingen gebaseerd op vertrouwen. Kinderen ontvangen zorg van hun ouders. Later zullen zij de zorg weer teruggeven aan hun ouders, of doorgeven aan hun eigen kinderen. Vrienden en burens staan elkaar bij, in de verwachting dat er te zijner tijd wel verevend zal worden. Niet volgens het beginsel van do ut des, maar van: ik geef omdat mij ooit is gegeven.” (Pessers, 1999)

De gegevens uit twee publicaties (Van Haafden & Schuringa-Boer, 1983; Janssen et al., 1994) samenvoegend, is het mogelijk minimaal zes soorten van afhankelijkheid te onderscheiden:

- Sequentiële (opvolgend): men is niet tegelijk met dezelfde patiënt bezig, huisarts verwijst naar specialist, bij thuiskomst valt patiënt weer onder huisarts.
- Parallel: men is tegelijk met dezelfde patiënt bezig maar er zijn geen overlappen, bijvoorbeeld oogarts en orthopeed.
- Aanvullend: vanuit verschillende perspectieven (bijvoorbeeld diverse specialisten die naar dezelfde patiënt kijken).
- Reciproke: je kunt alleen de klus klaren als je samenwerkt (bijvoorbeeld een OK-team).
- Synergetisch: de totale output is meer dan de som van de delen (dit is een sterkere vorm van reciproke afhankelijkheid). Projectteams vormen een voorbeeld.
- Saillante overstijgende doelen: bij crises.

Bedrijfsartsen zijn voor een aantal zaken afhankelijk van de huisarts: de huisarts kent de medische voorgeschiedenis en de gezinsomstandigheden. Tevens heeft de huisarts de gegevens van onderzoek dat is verricht op eigen aanvraag of via de specialist.

Hoewel de bedrijfsarts formeel een onafhankelijk oordeel vormt, is er gevoelsmatig wel sprake van afhankelijkheid: wanneer de huisarts uitspraken heeft gedaan over de arbeidsgeschiktheid, is het voor de bedrijfsarts vaak moeilijk de cliënt ervan te overtuigen dat deze als bedrijfsarts (of als verzekeringsarts, zie Meershoek, 1999, p. 93) een ander oordeel heeft. Uit ervaring is bekend dat in het geval van een beroepszaak de rechter ook het oordeel van de behandelend arts laat prevaleren (Meershoek, 1999, p. 94). In feite is de huisarts afhankelijk van de bedrijfsarts voor informatie over het werk en de risico's. Het is de vraag of de huisarts dit zo zal ervaren.

Huisartsen en bedrijfsartsen werken op dit moment over het algemeen in een 'parallele afhankelijkheid'. Men werkt als het ware 'naast elkaar'. Dit kan tot gevolg hebben dat men niet 'met elkaar' werkt. Men heeft niet het gevoel van een gemeenschappelijk doel. Voor huisartsen en bedrijfsartsen betekent deze implicatie dat zij door samenwerken een beter resultaat kunnen bereiken dan alleen (het gezamenlijk resultaat is meer dan de som van de delen.) Het gaat bij afhankelijkheid om parallele afhankelijkheid, niet om sequentiële afhankelijkheid (waarbij men naar elkaar verwijst en de volgende de behandeling overneemt). Patiënten kunnen tijdens een ziekteperiode zowel bij een huisarts als een bedrijfsarts komen. Afhankelijkheid van elkaar betekent in het geval van huisartsen en bedrijfsartsen dat men elkaars informatie nodig heeft voor een goede behandeling of begeleiding.

Deze discussie over afhankelijkheid afsluitend, zal afhankelijkheid worden gedefinieerd als de mate waarin een resultaat (outcome), dat iemand kan bereiken, bepaald kan worden door of toegeschreven kan worden aan het gedrag van de ander. Iemand is afhankelijk van een ander, als datgene wat hij/zij wil bereiken, alleen of ten dele mogelijk is door gedrag dat de ander vertoont.

In dit onderzoek wordt afhankelijkheid opgevat als de noodzaak die de ene partij voelt om informatie van de andere partij over een gezamenlijke patiënt te krijgen om daardoor de resultaten van het eigen handelen te kunnen maximaliseren. In de praktijk van het contact tussen huisarts en bedrijfsarts wordt de afhankelijkheid gevoeld wanneer de ene partij informatie over gemeenschappelijke patiënten van de andere partij nodig heeft, terwijl de andere partij deze informatie bezit. Naarmate de ene partij meer of vaker informatie van de ander nodig heeft zal hij/zij meer afhankelijk van deze ander zijn. Er is sprake van onafhankelijkheid als men voor de uitvoering van de taak geen informatie van de andere partij nodig heeft. Omdat huisartsen vaker medische informatie hebben dan bedrijfsartsen, bijvoorbeeld specialistenbrieven, zullen zij zich minder afhankelijk voelen van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van huisartsen.

Wanneer iemand gewerkt heeft in de andere discipline, is te verwachten dat men meer weet van het werk van de ander en zich daardoor minder afhankelijk van de ander zal voelen.

HYPOTHESE 5

- a. Huisartsen achten zich minder afhankelijk van informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen.
- b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke afhankelijkheid van de informatie van de ander.

Het is niet te voorspellen, hoe huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding de afhankelijkheid van de andere professe ervaren en of daar na een cursus verandering in is gekomen. Hetzelfde geldt voor de artsen uit de regionale projecten.

EXPLORERENDE VRAAG C4

Hoe is de afhankelijkheid van de andere professe bij huisartsen in opleiding en bij bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?

EXPLORERENDE VRAAG L4

Is er verschil in afhankelijkheid van de andere professe voor en na de regionale projecten?

3.3 Vertrouwen

3.3.1 Definitie van vertrouwen

De meeste onderzoeksliteratuur over vertrouwen komt uit de sociologie en de sociale psychologie en vindt vooral toepassing in de organisatiekunde als het gaat om vertrouwen tussen mensen op het werk en om vertrouwen tussen organisaties. Tevens is vertrouwen een begrip dat in de normatieve filosofie wordt behandeld (Hosmer, 1995). Vertrouwen als werkwoord betekent o.a. 'met zekerheid hopen', 'ergens op rekenen'. Als zelfstandig naamwoord betekent het: 'In de veronderstelling dat het niet verder verteld wordt', 'geloof in iemands goede trouw en eerlijkheid'. Wanneer de ene persoon de andere vertrouwt, dan gaat deze ervan uit dat de andere reageert volgens een bepaalde norm: dat die ander de informatie zal gebruiken ten bate van beider welzijn dus niet ten bate van hem of haarzelf (Coleman in Buskens, 1999); anders geformuleerd: dat die persoon geen excessief voordeel neemt ten opzichte van de andere terwijl daar

wel gelegenheid voor is (Cummings & Bromiley, 1996). Er moet gerekend kunnen worden op de goede trouw en eerlijkheid.

Vertrouwen wordt in dit proefschrift gedefinieerd als de verwachting van de ene partij dat de andere partij niet opportunistisch zal handelen bij het aangaan van de samenwerking en voor maximalisatie van de gezamenlijke outcomes zal kiezen.

Is men van elkaar afhankelijk, dan veronderstelt dit het aangaan van een samenwerking (= coördineren van handelingen om een gezamenlijk resultaat te bereiken) waarbij beiden het vertrouwen hebben dat de een bereid is te handelen op grond van een afstemming met de waarden, handelingen en beslissingen van de ander, met als doel om een resultaat te bereiken dat gezamenlijk groter is dan de som van de individuele resultaten.

Iemand werkt pas samen als hij/zij bereid is af te zien van eigen voordeel omdat hij/zij inziet dat het voordeel van het gezamenlijke resultaat (door het coördineren van de handelingen) groter is dan het voordeel van het resultaat dat bereikt wordt door alleen de eigen handelingen. In overeenstemming hiermee is vertrouwen te omschrijven als de verwachting, dat men niet bezorgd is dat de ander een opportunistische houding aanneemt, dat wil zeggen kiest voor individuele maximalisatie van outcomes boven de maximalisatie van de gezamenlijke outcomes.

Vertrouwen kan men hebben in de kwaliteiten van de andere partij en vertrouwen kan men hebben in de wijze waarop de relatie met de andere partij gestalte krijgt. Daarom wordt in dit proefschrift onderscheid gemaakt tussen knowledge-based trust (vertrouwen in de inhoudelijke competenties van iemands werk) en identification-based trust (vertrouwen in de proceskanten van de communicatie).

Vertrouwen is een 'construct' dat verschillende dimensies bevat. In de literatuur komen steeds vijf dimensies van vertrouwen terug. Mishra (1995) noemt er vier, die overlappen met de vijf van Butler & Cantrell uit 1984 (zie Hosmer, 1995). De Engelse benamingen van deze dimensies worden gegeven, omdat ze niet altijd goed te vertalen zijn.

- Integrity: reputation of honesty and truthfulness on the part of the trusted individual;
- Competence: technical knowledge and interpersonal skills needed to perform the job; belief that managers take the right decisions;
- Openness: willingness to share ideas and information freely with others;
- Concern or loyalty: benevolence, willingness to protect, support and encourage others;
- Consistency: reliability and predictability and good judgment in handling situations.

Hosmer merkt op dat er in deze opsomming vier morele waarden bij zijn. Deze zijn integriteit, openheid, loyaliteit en consistentie. Deze morele waarden passen goed in de definitie van vertrouwen als zijnde de verwachting van de ene partij dat de andere partij niet opportunistisch zal handelen. Niet-opportunistisch handelen veronderstelt de aanwezigheid van gedrag dat gericht is op het handhaven van de genoemde morele waarden. In dit kader passen ook de opmerkingen van Buskens dat bij een tekort aan informatie de ene persoon niet weet of deze de andere persoon kan vertrouwen (Buskens, 1999). Als men meer kennis heeft van de discipline van de ander, bijvoorbeeld omdat men iemand uit die discipline persoonlijk kent, zou ook het vertrouwen in de ander groter kunnen zijn. Positieve ervaringen vergroten het vertrouwen (Buskens, 1999). Het gaat daarbij om eigen ervaringen of die van anderen die worden doorverteld. Positieve ervaringen leiden ook tot minder 'safeguards' in de contracten (Buskens, 1999). Deze bevindingen hebben te maken met de dimensies 'integrity' en 'loyalty', die ook in de eerder genoemde kenmerken van professies zijn teruggekomen (Klinkert, 1978).

3.3.2 Dynamiek van vertrouwen: van knowledge-based naar identification-based trust

Vertrouwen is geen statisch begrip. In haar onderzoek naar vertrouwen wordt door Huxham gewezen op het bestaan van een *trust-building loop* (Huxham 2000; Vangen & Huxham, 2000). Men bouwt vertrouwen op door positieve ervaringen. Om te starten met samenwerken moet er wel een minimaal vertrouwen zijn, hoewel sommige auteurs hier tegenover stellen dat sommige organisaties toch gaan samenwerken, ook als ze elkaar niet vertrouwen (Genefke, 2000). Het kan namelijk zijn, dat in dat geval er wel vertrouwen is op de ene maar niet op de andere dimensie. Zucker (geciteerd door Rademakers, 2001) heeft een indeling gemaakt van drie soorten vertrouwen en de bases daarvan, zie tabel 3.1

Tabel 3.1 Bases voor vertrouwen (naar Zucker in Rademakers, 2001)

Soort vertrouwen	Belangrijk item	Gefaciliteerd door
Process-based	Reputation (takes time!!)	<ul style="list-style-type: none"> - Dissemination of knowledge and information - Promotion of interests - Initiating or co-ordinating actions in case of industry-wide crises - Initiation of joint activities
Characteristics-based	Kinship, ethnicity, socialisation	<ul style="list-style-type: none"> - Platform for managers of competing firms) (horizontal cohesion) - Platform for managers of firms across the supply chain (vertical cohesion)
Institutional-based	Written contracts (formal rules, sanctions)	<ul style="list-style-type: none"> - Development and monitoring of common rules, routines or procedures - Arbitration in case of conflicts

Om de dynamiek van vertrouwen in een bepaalde relatie te onderzoeken, kan nagegaan worden hoe de situatie op dit moment is (van welk soort vertrouwen is er sprake) en hoe dit over enige tijd, bijvoorbeeld na een interventie is. Het is voorstelbaar dat door het opstellen en implementeren van richtlijnen, zoals steeds gebeurt door de beroepsorganisaties, er vooral aan de institutional-based trust wordt gewerkt en door het organiseren van bijeenkomsten waar men elkaar persoonlijk leert kennen, vooral aan de characteristics-based trust. Het verspreiden van kennis door vooral inhoudsgerichte cursussen en artikelen is met name geschikt voor het opbouwen van process-based trust.

Een iets andere benadering geven Lewicky & Bunker (1996). Zij beschrijven drie stadia van vertrouwen (tabel 3.2).

Tabel 3.2 Drie stadia van vertrouwen (Lewicky & Bunker, 1996)

Stadium	Basis	Kenmerk
Calculus-based	Kosten-batenanalyse	Vaak geschreven contracten
Knowledge-based	Kennen van de ander	Informatie, het gedrag van de ander voorspellen
Identification-based	Zich inleven in de ander	Wederzijds begrip, harmonie

In de eerste twee stadia is er vooral sprake van een cognitieve basis, in het derde stadium is er een emotionele basis. Hoewel er wel sprake is van een ondertekend convenant tussen de beroepsverenigingen van huisartsen en bedrijfsartsen (LHV & NVAB, 1997), is dit niet gebaseerd op een kosten-baten analyse.

In twee van de drie onderzoeken is ervoor gekozen gebruik te maken van de dimensies knowledge-based trust (KBT) en identification-based trust (IBT). Deze dimensies zijn goed toepasbaar op de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen en vrij gemakkelijk te operationaliseren. In een beginnende relatie, zoals de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen, zal de IBT nog niet hoog zijn. Ervaring in de andere discipline zal leiden tot meer knowledge-based trust en meer identification-based trust in de andere discipline. De arts kent dan namelijk meer vertegenwoordigers van de andere discipline en weet dan meer over het werk van de ander. Op basis van de contacthypothese (zie 3.4.1) is te verwachten dat een groter aantal contacten zal leiden tot hoger vertrouwen. Op basis van theorie over frustratie (Mummendey, 1996) is te verwachten dat het ervaren van meer belemmeringen in de bereikbaarheid zal leiden tot minder vertrouwen. Hier wordt in 3.5 op teruggekomen.

Omdat bedrijfsartsen gemiddeld meer contacten met huisartsen hebben dan andersom (er zijn ongeveer drie- tot viermaal zoveel huisartsen als bedrijfsartsen), is te verwachten dat bedrijfsartsen een hoger niveau van vertrouwen hebben dan huisartsen.

HYPOTHESE 6

- a. Voor beide disciplines is de knowledge-based trust sterker dan de identification-based trust.
- b. Bedrijfsartsen hebben een hoger niveau van KBT en van IBT dan huisartsen.
- c. Ervaring in de andere discipline draagt bij tot meer KBT en meer IBT.

3.3.3 Vertrouwen bij samenwerken in de gezondheidszorg

Hoe zit het met vertrouwen bij samenwerken in de gezondheidszorg? Er zijn enkele voorbeelden van literatuur waarin vertrouwen bij samenwerken in de gezondheidszorg een rol speelt. Men kan vertrouwen in elkaars vakgebied ontwikkelen door met elkaar in het werk mee te lopen (Alpert et al., 1992, geciteerd in Makaram, 1995). Verpleegkundigen en artsen leerden beter samen te werken door een dag elkaars werk te doen. Daarnaast organiseerde men elke twee maanden een discussie over een incident. Dit leidde tot meer informatie over elkaars werk en groter vertrouwen. Pike beschrijft een project om samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen te bevorderen (Pike, 1991, geciteerd in Makaram, 1995), waarna bij verpleegkundigen het aantal morele dilemma's afnam. Pike gelooft dat dit effect te maken heeft met wederzijds vertrouwen en respect tussen verpleegkundigen en artsen, een waardering dat de twee praktische gebieden wederzijds afhankelijk zijn (zie 3.2.5) en dat er zich een 'synergetische alliantie' vormt.

Bij huisartsen en bedrijfsartsen gaat het niet om vertrouwen dat men opbouwt in een langdurige samenwerking. Meestal gaat het om eenmalige contacten omdat de patiënten van een huisarts in allerlei verschillende bedrijven werken (dit is anders in bijvoorbeeld een dorp met één grote industrie, daar zal de huisarts vaker met dezelfde bedrijfsarts contact hebben). In het geval van samenwerken van huisarts en bedrijfsarts gaat het om vertrouwen in de *groep* bedrijfsartsen of huisartsen.

Er zijn diverse aanwijzingen dat bij de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen vertrouwen inderdaad een rol speelt. Baart schrijft bijvoorbeeld dat (tijdens een gezamenlijke scholing) baio's het vertrouwen van de huisartsen opeisen voor hun professioneel handelen en teleurgesteld zijn dat ze dat vertrouwen niet krijgen. Van Amstel & Buijs (1997) noemen als knelpunten, genoemd door bedrijfsartsen: *“Wij voelen ons bekeken als artsen van wie je niet weet wat je mag verwachten: belangenbehartigers van werkgevers of verzekeringsarts, die bij voorbaat de informatie gebruikt*

voor *verzuimcontrole*." Huisartsen noemen als knelpunt: "*De positie van de bedrijfsarts is onduidelijk.*"

Het vertrouwen dat huisartsen in bedrijfsartsen hebben, heeft namelijk onder andere te maken met het feit dat huisartsen vaak niet weten wat er met informatie gebeurt wanneer zij die verstrekken. Bedrijfsartsen kunnen de informatie gebruiken om besluiten te onderbouwen die tegen de wensen van de patiënt/werknemer ingaan (zie ook Meershoek, 1999, p. 39 over verzekeringsartsen, hier geldt hetzelfde voor). Bijvoorbeeld om de patiënt tegen diens wil aan het werk te sturen. Of zij vrezen dat vertrouwelijke informatie in handen van derden (de werkgever) komt (Meershoek, 1999, p. 40).

Huisartsen gaan er vanuit dat de bedrijfsarts een ander belang zou kunnen hebben dan de huisarts. Terwijl het gemeenschappelijk belang de patiënt is. Er is dus een verschil in perceptie van wat goed zou zijn voor de patiënt. Als een huisarts in de praktijk van een bedrijfsarts zou kijken, zou hij of zij zelf kunnen zien en horen wat er met zulke informatie gebeurt. Vertrouwen heeft hier te maken met zekerheid.

Als een huisarts zelf een slechte ervaring met een bedrijfsarts heeft of hierover hoort, dan vermindert het vertrouwen in bedrijfsartsen. Het heeft ook weer met 'reputation' te maken. Men kan ook zeggen dat er uitgegaan wordt van het stereotype 'bedrijfsarts'. Door persoonlijke contacten en goede ervaringen kan het vertrouwen weer gaan groeien. Als steun hiervoor een bevinding van Van Amstel & Buijs (1997): 24% van de huisartsen zei dat eigen ervaringen of die van anderen *veel invloed* hebben op de wijze waarop men informatie uitwisselt met een bedrijfsarts; volgens 40% hebben die ervaringen *enige invloed*. Bij de bedrijfsartsen waren die percentages 20 en 37%; iets lager maar wel in dezelfde orde van grootte.

Buskens (1999) beschrijft onderzoek door middel van 'trust games': hij onderzoekt drempels voor vertrouwen door steeds condities te wijzigen en na te gaan wat er gebeurt met het vertrouwen. Uit de literatuur en in simulaties vond hij dat *density* (totaal aantal relaties ('ties') in een netwerk) en *outdegree* (aantal verbindingen ('ties') van de ene actor naar de andere) van het netwerk de belangrijkste voorspellende parameters waren. Verklaring daarvoor kan zijn dat in een netwerk met meer density de informatie sneller circuleert. Uit een ander model concludeert hij dat de snelheid van informatie in een netwerk betreffende een 'trustee' belangrijk is: wanneer men sneller informatie krijgt, kan men ook sneller sancties toepassen. Het verband tussen informatie en vertrouwen heeft ook te maken met de inhoud: als de informatie vooral positief is, zal meer informatie meer vertrouwen uitlokken.

Als we Buskens' onderzoeksgegevens toepassen, zouden we density kunnen zien als het aantal contacten tussen huisartsen en bedrijfsartsen in het algemeen (via nascholing of privé bijvoorbeeld). Outdegree zouden we kunnen zien als het aantal contacten over een patiënt. Bij meer contacten gaat de informatie sneller. Een persoonlijke er-

varing kan dit illustreren: in januari 2000 is een bijeenkomst georganiseerd voor huisartsen en bedrijfsartsen in Zeeuws - Vlaanderen. Daar bleek men elkaar persoonlijk te kennen. Door de geografische ligging wordt dit sterk bevorderd. De sfeer was er een van vertrouwen, men sprak het letterlijk ook zo uit. Men belde elkaar regelmatig over gemeenschappelijke patiënten en wisselde gemakkelijk informatie uit.

Het vertrouwen dat werknemers zelf in de bedrijfsarts hebben, kan een rol spelen:

In 1985 had 59% van de ondervraagde werknemers vertrouwen in de bedrijfsarts, 24% ten dele en 17% geen (Plomp, 1985). Wanneer een werknemer geen vertrouwen heeft in de bedrijfsarts, kan hij of zij dat ook overbrengen op de huisarts tijdens het consult. Dit percentage geldt wel voor 1985; het is niet te zeggen hoe het nu ligt.

Op basis van de SIT (zie 3.2) is te verwachten dat de relatieve positie zal samenhangen met vertrouwen. Ook in de literatuur over stereotypen wordt gemeld dat relatieve status voorspelt of men de andere groep competent of incompetent acht (Operario & Fiske, 2003). De verwachtingen zijn als volgt:

Huisartsen, die zich relatief hoger positioneren dan bedrijfsartsen, zullen ernaar streven, deze hogere positie te behouden. Bedrijfsartsen, die zich in de relatief lagere positie bevinden, zullen juist streven naar een hogere positie. Wanneer men zich in een lagere positie voelt, zal men ook meer vertrouwen hebben in de ander, men heeft de ander dan nodig. Wanneer men zich in een hogere positie voelt, zal men minder vertrouwen hebben, de ander is dan bedreigend.

HYPOTHESE 6d.

Een gelijke positie aan de andere discipline draagt bij tot meer vertrouwen (KBT en IBT) in de ander dan een als lager of hoger waargenomen positie.

Omdat op basis van de theorie niet te voorspellen is, hoe het vertrouwen bij huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding is, noch of dit na een cursus zal veranderen, is hierover een explorerende vraag geformuleerd. Het is ook de vraag hoe men dat vertrouwen in de ander beschrijft.

EXPLORERENDE VRAAG C5

- a. Hoe is het vertrouwen (ten opzichte van de andere discipline) van huisartsen in opleiding en van bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?
- b. Hoe beschrijven huisartsen en bedrijfsartsen na een cursus 'Leren samenwerken' het vertrouwen in de ander?

Voor de huisartsen en bedrijfsartsen in de regio's waar projecten waren, is het de vraag of er verschillen zijn in vertrouwen voor en na de projecten en ook, wat de kenmerken zijn van artsen die meer vertrouwen hebben gekregen.

EXPLORERENDE VRAAG L5

Is er verschil in vertrouwen in de andere professie voor en na de regionale projecten?

3.4 Contactfrequentie

3.4.1 De 'contacthypothese'

De zogenaamde contacthypothese luidt dat het met elkaar in contact komen van leden van verschillende groepen kan leiden tot minder stereotypering van elkaar en tot betere samenwerking (Allport, 1954; Gaertner et al., 1996; Hewstone, 1996, Rothbart, 2003). Dit is voorstelbaar omdat stereotypen en vooroordelen over een vertegenwoordiger van een andere groep vaak blijven bestaan wanneer men geen mensen uit die groep ontmoet waardoor het vooroordeel niet ontkracht kan worden. Allport (1954) noemt wel vier noodzakelijke voorwaarden, waaronder de gunstige verandering zou plaatsvinden door het contact: gelijke status, gemeenschappelijke doelen, samenwerking tussen de groepen en steun van officiële instanties.

Wanneer een huisarts een aardige bedrijfsarts spreekt, kan het heel goed gebeuren, dat een vooroordeel (opgebouwd door het ontbreken van contact of door negatieve verhalen van collega's) doorbroken wordt. Contact wordt vaak als remedie gezien om problemen van stereotypering en discriminatie tegen te gaan. Meer contact zou leiden tot een hogere waardering voor elkaar en meer vertrouwen. In 3.4.2 volgt een nadere bespreking van de contactfrequentie en van de belemmeringen in het contact.

3.4.2 Frequentie van het contact

Om de contacthypothese te toetsen, is het noodzakelijk om te weten hoeveel contacten huisartsen en bedrijfsartsen met elkaar hebben. Deze contacten kunnen zijn:

- De ander een briefje schrijven met informatie over de patiënt/cliënt. Dit kan de patiënt/cliënt zelf meenemen. Het kan ook via de fax (e-mail blijkt voor dit doel (nog) niet te worden gebruikt door huisartsen). Hier hoeft geen antwoord op te komen.

- De ander een brief schrijven, bellen of faxen met een vraag over de patiënt/cliënt. Hier verwacht men een antwoord.
- De ander bellen om het beleid af te stemmen. In dit geval is er echte interactie.

Al deze contactmomenten zijn in dit kader 'contact' te noemen.

Er waren in 1999 nog geen literatuurgegevens over de contactfrequentie, al hebben Van Amstel & Buijs (1997) er wel naar gevraagd, maar deze zijn geclassificeerd in groepen (minder dan eenmaal per maand, eenmaal per maand etc.). Anema & Van der Giezen (1999) vonden bij werknemers die minimaal drie maanden arbeidsongeschikt waren vanwege lage rugklachten, dat bij 19% van de werknemers er contact was tussen bedrijfsarts en curatieve sector. Dit zegt niets over het aantal contacten dat de artsen hebben met de andere discipline.

Omdat er ongeveer drie- tot viermaal zoveel huisartsen als bedrijfsartsen zijn, zal het absolute aantal contacten ook in die (omgekeerde) verhouding liggen.

Het is niet te voorspellen of het aantal contacten verandert na een cursus samenwerken in de beroepsopleiding of na regionale projecten.

Het is interessant te weten welke argumenten huisartsen en bedrijfsartsen hanteren om contact op te nemen.

EXPLORERENDE VRAAG T1

Hoeveel contacten hebben huisartsen met bedrijfsartsen en bedrijfsartsen met huisartsen?

EXPLORERENDE VRAAG C6

- a. Hoeveel contacten hebben huisartsen in opleiding met bedrijfsartsen en hoeveel contacten hebben bedrijfsartsen in opleiding met huisartsen?
- b. Verandert het aantal contacten met de andere professe na een cursus 'Leren samenwerken' in de beroepsopleiding?
- c. Welke argumenten hanteren huisartsen en bedrijfsartsen, die de cursus 'Leren samenwerken' hebben gevolgd, om contact op te nemen met de ander? Wat zijn volgens hen de opbrengsten?

EXPLORERENDE VRAAG L6

Is er verschil in aantal contacten voor en na de regionale projecten?

Omdat te verwachten is dat bedrijfsartsen zich meer afhankelijk voelen van huisartsen, is ook te verwachten dat zij vaker het initiatief zullen nemen tot contact.

HYPOTHESE 7

Bedrijfsartsen nemen vaker het initiatief tot contact met de andere discipline dan huisartsen.

Het is mogelijk dat er na de regionale projecten een verandering is gekomen in het nemen van het initiatief tot contact met de ander.

EXPLORERENDE VRAAG L7

Is er verschil in het nemen van initiatief tot contact met de ander voor en na de regionale projecten?

Bij huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding is het de vraag of de waardering van de contacten verandert na de cursus, al dan niet in samenhang met het aantal contacten. Dit geldt ook voor de artsen in de regio's waar projecten zijn geweest.

EXPLORERENDE VRAAG C7

Hoe is de waardering van de contacten met de andere discipline bij huisartsen in opleiding en bij bedrijfsartsen in opleiding voor en na het volgen van een cursus 'Leren samenwerken'?

EXPLORERENDE VRAAG L8

Is er verschil in waardering van de contacten voor en na de regionale projecten?

Het is op basis van reeds beschreven argumenten te verwachten dat een hoger aantal contacten een positieve invloed zal hebben op knowledge-based trust, op identification-based trust en op de ervaren kwaliteit van de samenwerking.

HYPOTHESE 8

- a. Meer contacten leiden tot meer knowledge-based trust.
- b. Meer contacten leiden tot meer identification-based trust.
- c. Meer contacten leiden tot een hoger ervaren kwaliteit van de samenwerking.

De vraag is, welke factor de sterkste voorspeller is voor de waardering van de samenwerking.

EXPLORERENDE VRAAG T2

Welke factoren verklaren het beste de waardering van de samenwerking met de andere discipline bij huisartsen en bedrijfsartsen?

3.5 Belemmeringen in het contact

Belemmeringen in de bereikbaarheid zijn bekend uit gesprekken met huis- en bedrijfsartsen en uit verhalen bij bijeenkomsten. Vaak zijn dat de eerste punten die men noemt als wordt gevraagd naar belemmeringen in het contact (zie ook 2.2.3). Heel vaak zeggen huisartsen dat zij niet weten wie de bedrijfsarts is en wat het telefoonnummer. Vervolgens klaagt men vaak over de bereikbaarheid. Als een arts vaker problemen ervaart bij het leggen van contact met een collega-arts doordat deze niet terugbelt of afwezig is, wordt hij of zij geblokkeerd, er ontstaat frustratie en frustratie geeft aanleiding tot negatieve gevoelens (Mummendey, 1996). Het kan natuurlijk ook omgekeerd zijn: Wie de sfeer van het overleg niet zo positief ervaart, kan dit vervolgens projecteren op het leggen van contact met de ander in het algemeen: “zie je wel, nu belt die huisarts/bedrijfsarts weer niet terug”. Betrokkene neemt dan selectief waar door negatieve ervaringen. Het effect kan dus zichzelf versterken. Hierbij gaat het niet zozeer om het informatiegehalte van het contact, maar om het vertrouwen dat de ander de samenwerking voldoende belangrijk vindt om contact op te nemen.

Praktische knelpunten kunnen dus invloed hebben op de contactfrequentie, op de sfeer van het overleg en op het vertrouwen dat men in elkaar heeft.

De meest kenmerkende knelpunten zijn in twee groepen in te delen, en wel in beheersbare en niet-beheersbare knelpunten. De beheersbare knelpunten zijn ‘naam van de ander niet bekend’, ‘telefoonnummer niet te vinden’; de niet-beheersbare knelpunten zijn ‘de ander is niet aanwezig’ ‘de ander belt niet terug’ of ‘de ander belt wel terug maar ik ben niet aanwezig’.

Omdat huisartsen over het algemeen minder belang hechten aan het contact met bedrijfsartsen en zij niet zo bekend zijn met het veld van Arbo-dienstverlening, is te verwachten dat huisartsen meer knelpunten ervaren in de bereikbaarheid dan bedrijfsartsen. Ook is te verwachten dat vertrouwen een rol zal spelen in het ervaren van belemmeringen in het contact.

HYPOTHESE 9

- a. Huisartsen ervaren meer knelpunten in de bereikbaarheid van de ander dan bedrijfsartsen.
- b. Artsen die meer vertrouwen in de andere professie hebben, ervaren minder knelpunten in bereikbaarheid.

Geëxploreerd zal worden welke factoren het beste het ervaren van belemmeringen voorspellen.

EXPLORERENDE VRAAG T3

Welke factoren verklaren het beste de mate waarin men de (beheersbare en niet-beheersbare) knelpunten in het contact met de ander ervaart?

Omdat men mogelijk door de regionale projecten minder belemmeringen is gaan ervaren in het contact met de ander, zal dit worden geëxploreerd.

EXPLORERENDE VRAAG L9

Is er verschil in het ervaren van belemmeringen in het contact met de andere profes-sie voor en na de regionale projecten?

3.6 Overzicht van de hypothesen en explorerende vragen

De hypothesen zullen worden getoetst en de explorerende vragen zullen worden beantwoord door middel van drie empirische onderzoeken: een (transversaal) vragenlijstonderzoek onder huisartsen en bedrijfsartsen, een casestudy onder huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding en een deel van een landelijk onderzoek waarin effecten zijn gemeten van regionale projecten.

De hypothesen worden getoetst in onderzoek 1 en ten dele ook in onderzoek 3. Dit wordt vermeld bij elke hypothese in tabel 3.3. In onderzoek 3 wordt dit gedaan met ‘repeated measures’ omdat er twee metingen beschikbaar zijn. De uitkomsten van de hypothesetoetsingen bij onderzoek 1 betreffen het verband op het moment van meting. Bij onderzoek 3 betreffen ze ook het longitudinale effect. In alle drie de onderzoeken worden explorerende vragen beantwoord.

In tabel 3.3 staat een overzicht van de hierboven reeds geformuleerde hypothesen, geordend naar thema. Tevens wordt vermeld in welk onderzoek de hypothese wordt getoetst.

Tabel 3.3 Overzicht van te toetsen hypothesen

Thema	Hypothesen	Getoetst in onderzoek
Relatieve positie	1a. Wanneer huisartsen en bedrijfsartsen zich met elkaar vergelijken, schrijven beide aan zichzelf een relatief hogere positie toe.	1 en 3
	1b. Huisartsen scoren significant hoger op de relatieve positieschaal dan bedrijfsartsen.	1 en 3
	2a. Bedrijfsartsen die huisarts zijn geweest, schrijven zich een meer gelijke positie aan huisartsen toe dan bedrijfsartsen zonder die ervaring.	1
	2b. Huisartsen die bedrijfsarts zijn geweest, schrijven zich een hogere positie toe dan huisartsen zonder die ervaring.	1
Beroepsidentificatie	3a. Huisartsen identificeren zich sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen.	1 en 3
	3b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke identificatie met de huidige discipline.	1
Verantwoordelijkheid	4a. Huisartsen schrijven zichzelf meer verantwoordelijkheid toe dan bedrijfsartsen.	1 en 3
	4b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een meer gelijke verantwoordelijkheidstoewijzing.	1
Afhankelijkheid	5a. Huisartsen achten zich minder afhankelijk van informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen.	1 en 3
	5b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke afhankelijkheid van de informatie van de ander.	1
Vertrouwen	6a. Voor beide disciplines is de knowledge-based trust (KBT) sterker dan de identification-based trust (IBT).	1 en 3
	6b. Bedrijfsartsen hebben een hoger niveau van KBT en van IBT dan huisartsen.	1 en 3
	6c. Ervaring in de andere discipline draagt bij tot meer KBT en meer IBT.	1
	6d. Een gelijke positie aan de andere discipline draagt bij tot meer vertrouwen (KBT en IBT) in de ander dan een als lager of hoger waargenomen positie.	1 en 3
Contacten	7. Bedrijfsartsen nemen vaker het initiatief tot contact met de andere discipline dan huisartsen.	1 en 3
	8a. Meer contacten leiden tot meer knowledge-based trust.	1 en 3
	8b. Meer contacten leiden tot meer identification-based trust.	1 en 3
Belemmeringen bij het contact	8c. Meer contacten leiden tot een hogere ervaren kwaliteit van de samenwerking.	1 en 3
	9a. Huisartsen ervaren meer knelpunten in de bereikbaarheid van de ander dan bedrijfsartsen.	1 en 3
	9b. Artsen die meer vertrouwen hebben, ervaren minder knelpunten in bereikbaarheid.	1 en 3

Overzicht van de explorerende vragen

Bij onderzoek 1

- T1. Hoeveel contacten hebben huisartsen met bedrijfsartsen en bedrijfsartsen met huisartsen?
- T2. Welke factoren verklaren het beste de waardering van de samenwerking met de andere discipline bij huisartsen en bedrijfsartsen?
- T3. Welke factoren verklaren het beste de mate waarin men de (beheersbare en niet-beheersbare) knelpunten in het contact met de andere discipline ervaart?

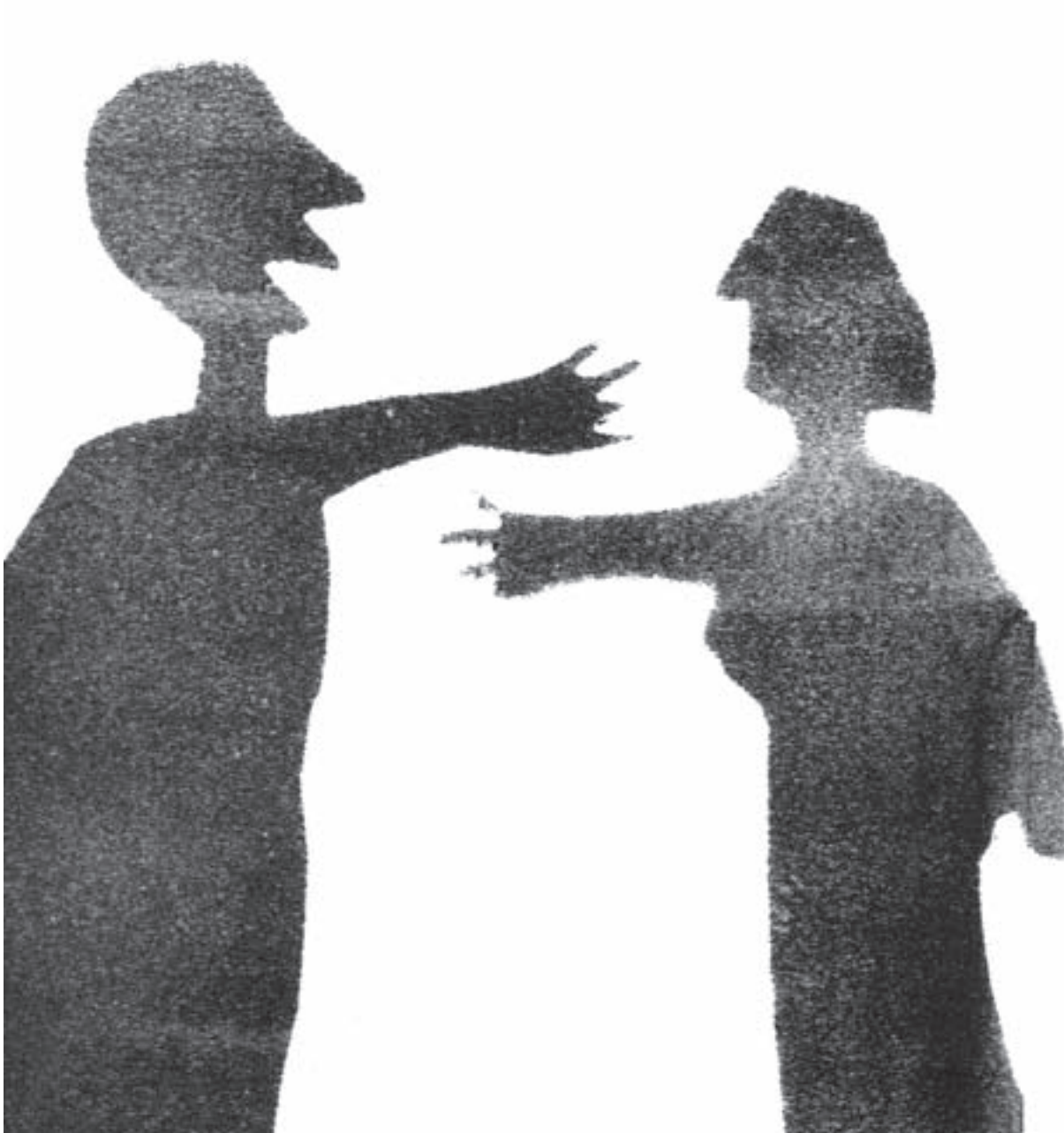
Bij onderzoek 2

- C1. Hoe is de relatieve positie van huisartsen in opleiding en van bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?
- C2. Hoe is de beroepsidentificatie van huisartsen in opleiding en van bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?
- C3. Hoe beschrijven huisartsen in opleiding en bedrijfsartsen in opleiding na een cursus 'Leren samenwerken' de onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling?
- C4. Hoe is de afhankelijkheid van de andere professie van huisartsen in opleiding en van bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?
- C5a. Hoe is het vertrouwen (ten opzichte van de andere discipline) van huisartsen in opleiding en van bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?
- C5b. Hoe beschrijven huisartsen en bedrijfsartsen na een cursus 'Leren samenwerken' het vertrouwen in de ander?
- C6a. Hoeveel contacten hebben huisartsen in opleiding met bedrijfsartsen en hoeveel contacten hebben bedrijfsartsen in opleiding met huisartsen?
- C6b. Verandert het aantal contacten met de andere professie na een cursus 'Leren samenwerken' in de beroepsopleiding?
- C6c. Welke argumenten hanteren huisartsen en bedrijfsartsen, die de cursus 'Leren samenwerken' hebben gevolgd, om contact op te nemen met de ander? Wat zijn volgens hen de opbrengsten?
- C7. Hoe is de waardering van de contacten met de andere discipline bij huisartsen in opleiding en bij bedrijfsartsen in opleiding voor en na het volgen van een cursus 'Leren samenwerken'?

Bij onderzoek 3

- L1. Is er verschil in relatieve positie voor en na de regionale projecten?
- L2. Is er verschil in beroepsidentificatie voor en na de regionale projecten?
- L3. Is er verschil in ervaren verantwoordelijkheidsverdeling voor en na de regionale projecten?
- L4. Is er verschil in afhankelijkheid van de andere professie voor en na de regionale projecten?
- L5. Is er verschil in vertrouwen (ten opzichte van de andere professie) voor en na de regionale projecten?
- L6. Is er verschil in aantal contacten voor en na de regionale projecten?
- L7. Is er verschil in het nemen van initiatief tot contact met de ander voor en na de regionale projecten?
- L8. Is er verschil in waardering van de contacten voor en na de regionale projecten?
- L9. Is er verschil in het ervaren van belemmeringen in het contact met de andere professie voor en na de regionale projecten?

4 Methode van onderzoek



Dit hoofdstuk bevat van alle drie de onderzoeken de onderzoeksmethode. Achtereenvolgens komen per onderzoek aan de orde: de kenmerken van de onderzoeksgroep, een beschrijving van de meetinstrumenten (waaronder de operationalisering van de variabelen en de constructie van schalen) en de procedure. Ook wordt de representativiteit besproken. De keuze van de variabelen is reeds verantwoord in hoofdstuk 2 en 3. In de paragraaf data-analyse wordt beschreven hoe de data eruit zien, validiteit en betrouwbaarheid komen aan bod, en er wordt beschreven welke analyses zijn uitgevoerd.

4.1 Onderzoek 1: Transversaal onderzoek naar sociaal-psychologische factoren

Het transversale onderzoek is een vragenlijstonderzoek en is verricht in augustus 1999 onder huisartsen en bedrijfsartsen in de regio Zuid West Nederland.

4.1.1. Kenmerken van de onderzoeksgroep

De kenmerken van de onderzoeksgroep van het transversale onderzoek staan in tabel 4.1, verdeeld naar huisartsen en bedrijfsartsen.

Tabel 4.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep van onderzoek 1

Kenmerk	Huisartsen (N = 338)	Bedrijfsartsen (N = 209)
Gemiddelde leeftijd	46 jaar	42 jaar
Aantal jaren arts	19 jaar	15 jaar
Geslacht	23% vrouwen 77% mannen	23% vrouwen 77% mannen
<i>Wel of geen loondienst</i>		
- In dienstverband	9.2%	94.7%
- Eigen praktijk, bedrijf of free lance	83.0%	3.0%
<i>Alleen of in groepsverband</i>		
- Solopraktijk	48.7%	n.v.t
- Werkt in groep met collega's	47.0%	80.4%
<i>Gewerkt in de discipline van de ander</i>		
-wel	19.9%	27.8%
-niet	80.1%	72.2%
<i>Aantal uren per week werkzaam</i>		
< 24 uur	7%	11%
25 – 32 uur	11%	18%
33 – 42 uur	23%	67%
> 43 uur	59%	4%

Uit tabel 4.1 blijkt dat de huisartsen in onderzoek 1 gemiddeld vier jaar ouder zijn dan de bedrijfsartsen. Daarom is ook het aantal jaren dat men arts is, gemiddeld vier jaar langer. De geslachtsverdeling van de beroepsgroepen is gelijk. In het soort dienstverband zijn zeer grote verschillen: de huisartsen werken voor het grootste deel niet in dienstverband, de bedrijfsartsen wel. Huisartsen werken ook veel vaker alleen (solopraktijk), bij bedrijfsartsen is dat niet aan de orde. Bedrijfsartsen hebben vaker als huisarts gewerkt dan huisartsen als bedrijfsarts hebben gewerkt. Tenslotte blijken de huisartsen vaker langere werkweken te maken dan de bedrijfsartsen.

4.1.2. Meetinstrument

Het meetinstrument is een vragenlijst (zie voor de exacte weergave bijlage Ia en Ib). Voor de constructie is gebruik gemaakt van onderzoeken met een vergelijkbaar onderwerp. De schalen die betrekking hebben op de variabelen waardering van de samenwerking, relatieve positie, beroepsidentificatie, verantwoordelijkheidsverdeling en afhankelijkheid zijn ontleend aan Ellemers, Spears & Doosje (1997), Syroit (1984), Visser (1995). Achteraf bleken ook de vragen van Haslam (2001) goed gelijkend te zijn op de vragen die in de vragenlijst van onderzoek 1 zijn gebruikt. De items zijn domeinspecifiek gemaakt voor het domein van huisartsen en bedrijfsartsen.

Voor huisartsen en bedrijfsartsen was de lijst praktisch identiek. Een aantal vragen van de lijst is reeds gebruikt in een eerder onderzoek onder bedrijfsartsen over hun samenwerking met psychologen (Nauta, 1998).

De conceptvragenlijst is vooraf door twee huisartsen en twee bedrijfsartsen ingevuld met het verzoek te letten op duidelijkheid van de vraagstelling, invulmogelijkheden en duur van invullen. Een van de vragen daarbij was bijvoorbeeld, of men meende in staat te zijn het aantal contacten met de andere discipline te schatten. Op basis van hun opmerkingen zijn enkele tekstuele herzieningen aangebracht en is een vraag toegevoegd (nr. 12).

Een aantal vragen behoeft geen verdere toelichting, zoals geslacht, leeftijd, aantal jaren dat men arts is, duur van de ervaring in het eigen vak.

Hieronder wordt nader ingegaan op de operationalisering van de verschillende variabelen.

4.1.2.1 Waardering van de samenwerking

Hierbij is gebruik gemaakt van het promotieonderzoek van Visser (1995). Omdat zowel inhoud als proces aan de orde zijn bij een contact, is waardering van het contact verdeeld in een vraag naar het informatiegehalte van het overleg en een vraag naar de

sfeer van het overleg met de andere discipline. Er werd een schaal gekozen met vijf antwoordcategorieën.

Vragen over waardering van het overleg met de andere discipline (vijf antwoordcategorieën)

- 1 Hoe vindt u over het geheel genomen het informatiegehalte van het overleg met bedrijfsartsen/ huisartsen?
- 2 Hoe vindt u over het geheel genomen de sfeer bij mondeling of telefonisch overleg met bedrijfsartsen/ huisartsen?

Voor sommige bewerkingen zijn de uitkomsten van de twee vragen opgeteld tot een schaal 'waardering van het overleg'. De interne consistentie van deze twee vragen (Cronbach's alpha) is 0.65.

4.1.2.2 Frequentie van het contact en initiatief

Eerst is uitgelegd wat in de vragenlijst wordt verstaan onder *overleg*, namelijk: *een contact over een patiënt dat mondeling, schriftelijk, telefonisch, of via fax verloopt tussen u en een bedrijfsarts/ huisarts. Informatieverstrekking hoort hier ook onder.*

Gevraagd is om te schatten hoe vaak men een contact had met de andere discipline, in het laatste jaar en in het laatste kwartaal. Er is naar beide gevraagd omdat er geen idee was hoe vaak men een dergelijk overleg zou hebben.

Ook is gevraagd hoe vaak men aan een patiënt het advies heeft gegeven contact met de ander op te nemen. Een huisarts meldde namelijk in het voortraject, dat ze dat juist regelmatig deed. Deze vraag is vervolgens toegevoegd omdat dit ook is op te vatten als het delen van informatie met de ander.

De vraag wie er vaker het initiatief nam voor overleg is een gesloten vraag met drie antwoordcategorieën.

Vragen over contactfrequentie (open vraag) en initiatief

- 1 Met hoeveel bedrijfsartsen/ huisartsen heeft u het afgelopen kwartaal c.q. het afgelopen jaar overleg gehad over een patiënt? Maak een schatting van het aantal. Het afgelopen kwartaal naar schatting met ... bedrijfsartsen / huisartsen
Het afgelopen jaar naar schatting met ... bedrijfsartsen / huisartsen
- 2 Wie nam hiervoor het initiatief?
 - Uzelf vaker dan de bedrijfsarts
 - Uzelf even vaak als de bedrijfsarts

- De bedrijfsarts vaker dan U

3 Hoe vaak heeft u het afgelopen kwartaal c.q. het afgelopen jaar aan een patiënt het advies gegeven om contact op te nemen met de bedrijfsarts/ huisarts?

Het afgelopen kwartaal naar schatting... maal

Het afgelopen jaar naar schatting... maal

Omdat het mogelijk is dat de schattingen over het laatste kwartaal zijn beïnvloed door de zomerperiode (de vragenlijst is in augustus 1999 verspreid), is besloten verder alleen gebruik te maken van het aantal contacten en het aantal adviezen tot contact in het laatste jaar.

4.1.2.3 Knelpunten in het contact

De aard van de knelpunten was min of meer bekend uit opmerkingen tijdens bijeenkomsten. Hieronder staan de vragen over knelpunten in het contact.

Vragen over knelpunten in het contact met de ander

(vier antwoordalternatieven: altijd of vaak, wel eens, zelden, nooit)

Welke knelpunten ervaart u in de bereikbaarheid van een bedrijfsarts/ huisarts?

- (1) naam bedrijfsarts/ huisarts niet bekend
- (2) telefoonnummer niet te vinden
- (3) bedrijfsarts/ huisarts niet aanwezig
- (4) bedrijfsarts/ huisarts belt niet terug
- (5) bedrijfsarts/ huisarts belt terug maar ik ben niet aanwezig

Voor deze schaal en verschillende andere schalen is factoranalyse (principale componenten analyse) toegepast om na te gaan of er een of meerdere patronen aan de items ten grondslag liggen.

Alle items van de knelpuntenschaal hebben een voldoende communaliteit. Er kan inderdaad gesproken worden van twee dimensies: op de eerste factor laden 1 en 2, op de tweede 3 t/m 5. De eerste twee knelpunten zijn door de arts zelf beheersbaar en oplosbaar, deze noemen we interne knelpunten. De laatste drie zijn door de arts zelf niet beheersbaar, deze noemen we externe knelpunten.

Items 1 en 2 hebben een goede interne consistentie (Cronbach's alpha) van 0.90.

Items 3 t/m 5 hebben een redelijke interne consistentie (Cronbach's alpha) van 0.63.

4.1.2.4 Relatieve positie

Deze vraag is mede gebaseerd op enkele vragen uit het promotieonderzoek van Syroit (1984).

De relatieve positie heeft te maken met hoe men zich vergelijkt met de ander op een aantal belangrijke kenmerken. Kennis, vaardigheden en ervaring zijn aspecten waar men zich op vergelijkt wanneer het gaat om verwante beroepsgroepen. De vragen zijn vertaald in stellingen.

Stellingen over relatieve positie

(vijf antwoordalternatieven: geheel mee eens, enigszins mee eens, neutraal, enigszins mee oneens, geheel mee oneens)

- 1 Om goed te kunnen functioneren als huisarts/ bedrijfsarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts/ huisarts *kennis* op meer gebieden nodig.
- 2 Om goed te kunnen functioneren als huisarts/ bedrijfsarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts/ huisarts *vaardigheden* op meer gebieden nodig.
- 3 Om goed te kunnen functioneren als huisarts/ bedrijfsarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts/ huisarts een langere *ervaring* nodig.

Alle items hebben een voldoende hoge communaliteit. Er is vastgesteld dat er sprake is van twee dimensies. Stelling 1 en 2 laden op de eerste dimensie. Deze hebben een goede interne consistentie (Cronbach's alpha), namelijk 0.80. De scores van deze twee zijn opgeteld en gedeeld door 2. Stelling 3 laadt hoog op de tweede dimensie en is buiten beschouwing gelaten. Van stelling 1 en 2 is een schaal gemaakt met de naam 'relatieve positie'. De scores zijn opgeteld en gedeeld door 2.

Een score 3 betekent dat men de eigen positie gelijk acht aan die van de ander. Een score hoger of lager dan 3 betekent dat men de eigen positie hoger respectievelijk lager dan de ander acht (deze score is dus altijd relatief, namelijk ten opzichte van de andere discipline).

4.1.2.5 Beroepsidentificatie

In eerste instantie zijn voor 'beroepsidentiteit' vijf vragen voorgesteld. Na lezing van de latere literatuur is het begrip 'identificatie' nader bestudeerd (zie ook Haslam, 2001) en blijken de vijf vragen goed in Haslams studie te passen. Hier gaan de volgende vijf stellingen over. Er zijn vijf antwoordcategorieën: van geheel eens tot geheel oneens.

Stellingen over beroepsidentificatie

(vijf antwoordalternatieven: van geheel mee eens tot en met geheel mee oneens))

- 1 Ik heb het erg naar mijn zin als huisarts/ bedrijfsarts.
- 2 Ik vind huisarts/ bedrijfsarts het mooiste beroep dat er is.
- 3 Ik ben er trots op huisarts/ bedrijfsarts te zijn.
- 4 Huisartsen/ bedrijfsartsen hebben een hoge positie in de medische wereld.
- 5 Ik denk er niet over mijn vak als huisarts/ bedrijfsarts op te geven.

Alle items hebben een voldoende hoge communaliteit. Tevens is vastgesteld dat er sprake is van twee dimensies. Op de eerste dimensie laden stelling 1, 2, 3 en 5. Alleen stelling 4 laadt op de tweede dimensie. Op basis van resultaten uit betrouwbaarheidsanalyses blijkt, dat de interne samenhang tussen 1, 2, 3 en 5 voldoende is: Cronbach's alpha bedraagt 0.77.

Stelling 4 is verder buiten beschouwing gelaten. Van stellingen 1, 2, 3 en 5 is een schaal gemaakt met de naam 'beroepsidentificatie'. De scores zijn opgeteld en gedeeld door 4.

Een hoge score betekent dat er sprake is van een sterke beroepsidentificatie.

4.1.2.6 Verantwoordelijkheidsverdeling

Ook hiervoor is gebruik gemaakt van enkele vragen uit het promotieonderzoek van Syroit (1984). De vragen over verantwoordelijkheid zijn concreet gemaakt en toegepast op de eigen werksituatie door ze in de vragenlijst te koppelen aan een aantal activiteiten met een open regel om zelf in te vullen. Dit is gedaan omdat het voor artsen anders te abstract zou zijn. De activiteiten zijn verzameld op basis van eigen ervaring. Uitgelegd werd, dat onder 'arbeidsgerelateerde aandoeningen' aandoeningen worden verstaan die (mede) door factoren op het werk worden veroorzaakt, ofwel invloed hebben op de uitvoering van het werk. (N.B. deze aandoeningen worden momenteel 'arbeidsrelevant' genoemd).

Van de voorgelegde activiteiten blijkt dat tussen de 3% en 4% van de huisartsen en bedrijfsartsen deze verantwoordelijkheidsverdeling onduidelijk achten. Aan de ruim 96% artsen die deze verantwoordelijkheidsverdeling wél duidelijk achten, is gevraagd of zij zich zelf meer, evenveel of minder verantwoordelijk achten in vergelijking met de arts van de andere discipline.

Op grond van de uitkomsten van de factoranalyse is ervoor gekozen om drie activiteiten samen te nemen tot een schaal. Gevraagd werd: hoe liggen volgens u de verantwoordelijkheden bij de volgende activiteiten? De drie activiteiten waren de volgende.

- Behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?

- Specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?
- Specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?

Bij het toevoegen van andere vragen werd de interne consistentie lager. Deze drie vragen vormen een coherent geheel en kunnen als schaal worden opgevat. De interne consistentie (Cronbach's alpha) van deze verantwoordelijkheidsschaal bedraagt 0.82. De reacties op de drie items zijn gesommeerd en door 3 gedeeld. De schaal is gehercodeerd tot een vijfpuntsschaal. Een hogere score betekent dat men zichzelf meer verantwoordelijk acht dan de andere arts voor de genoemde zaken.

4.1.2.7 Afhankelijkheid

Hierbij is gebruik gemaakt van het onderzoek van Ellemers, et al. (1997). De vraag is gesteld naar de mate van afhankelijkheid van de informatie die men van de ander krijgt. Deze vraag is gekoppeld aan dezelfde concrete praktijksituaties als de vraag naar verantwoordelijkheid. Er is voor gekozen om dezelfde drie activiteiten als bij de verantwoordelijkheidsschaal samen te nemen tot een schaal.

De interne consistentie (Cronbach's alpha) van deze afhankelijkheidsschaal bedraagt 0.90. De reacties op de drie items zijn gesommeerd en door 3 gedeeld. De schaal is gehercodeerd tot een vijfpuntsschaal. Een hogere score betekent dat men zich meer afhankelijk van de (informatie van) de andere discipline voelt.

4.1.2.8 Vertrouwen

Op basis van de literatuur (zie 3.3) worden twee soorten vertrouwen onderscheiden: knowledge-based trust en identification-based trust. Knowledge-based trust (KBT) heeft te maken met vertrouwen in de competenties van de ander. De vragen hierover zijn als stellingen geformuleerd waarmee men het meer of minder eens kon zijn.

Stellingen over knowledge-based trust

(vijf antwoordalternatieven: geheel mee eens, enigszins mee eens, neutraal, enigszins mee oneens, geheel mee oneens)

- 1 Alles bij elkaar genomen heb ik veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen/ huisartsen.
- 2 Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen/ huisartsen somatische diagnoses stellen.
- 3 Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen/ huisartsen psychische diagnoses stellen.

Identification-based trust (IBT) is vertrouwen in de manier van communiceren, de meer procesmatige en persoonlijke kant van de samenwerking. Hierover zijn ook drie stellingen geformuleerd.

Stellingen over identification-based trust (5-puntsschaal)

(vijf antwoordalternatieven: geheel mee eens, enigszins mee eens, neutraal, enigszins mee oneens, geheel mee oneens)

- 1 Bedrijfsartsen/ huisartsen zijn open naar de huisartsen/bedrijfsartsen toe
- 2 Bedrijfsartsen/ huisartsen houden duidelijk rekening met de verschillende kanten van de zaak.
- 3 Bedrijfsartsen/ huisartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten

Factoranalyse bevestigt dat er sprake is van twee dimensies van vertrouwen. De drie vragen over KBT hebben een voldoende hoge interne consistentie (Cronbach's alpha) van 0.84. Zij zijn opgeteld en gedeeld door drie. Deze schaal heet: knowledge based trust (KBT). De vragen over IBT hebben een interne consistentie (Cronbach's alpha) van 0.78. Zij zijn opgeteld en gedeeld door drie. Deze schaal heet: identification based trust. Een hoge score op deze schalen betekent meer vertrouwen.

4.1.2.9 Overige variabelen

De ervaring in de andere discipline was een ja/nee vraag.

Overige vragen (ja/nee)

Heeft u zelf ooit gewerkt als bedrijfsarts/ huisarts?

Omdat het vermoeden was, dat deze variabele verstorend zou kunnen werken, is deze bij een aantal toetsingen meegenomen als co-variant.

4.1.3 Procedure

In de zomer van 1999 zijn door de auteur van dit proefschrift in het kader van haar werk aan de huisartsopleiding van de Erasmus Universiteit te Rotterdam twee bijeenkomsten georganiseerd voor huisartsen en bedrijfsartsen voor dat najaar. In augustus 1999 werd de mailing voor die bijeenkomsten verzonden aan alle huisartsen in de regio Zuid West Nederland, die in het adressenbestand van het Instituut Huisartsgeneeskunde zaten en aan de bedrijfsartsen in dezelfde postcodegebieden (adreslijst

NVAB). Hiermee bleek er een mogelijkheid aan deze artsen met de uitnodiging tevens een vragenlijst te sturen over de samenwerking. Deze vragenlijst is opgesteld in de maand juli 1999. De enquête is per post verstuurd met een antwoordenvolp, waarin men de enquête portvrij terug kon sturen. Er was geen budget beschikbaar voor een reminder.

De vragenlijst is verzonden aan 1728 huisartsen en 569 bedrijfsartsen.

547 vragenlijsten waren bruikbaar voor analyse: 338 huisartsen en 209 bedrijfsartsen. Dit is een respons van 19.6% van de huisartsen en 36.7% van de bedrijfsartsen.

Deze cijfers geven een iets te negatieve indruk van de werkelijke respons, omdat het adressenbestand met name van de huisartsen niet meer geheel up to date was. Een aantal artsen werkte niet meer in de regio. In werkelijkheid is de respons dus hoger geweest. Overigens blijkt dat artsen over het algemeen een lage respons vertonen op vragenlijsten. Bij Weiss & Davis (1985) bedroeg de eerste respons in een onderzoek naar het samenwerken van artsen en verpleegkundigen 21.5%.

Er is geen non-responsonderzoek verricht, aangezien hier helaas geen budget voor was. Wel zijn de kenmerken van de huisartsrespondenten vergeleken met de kenmerken van de groep als geheel en de kenmerken van de bedrijfsartsrespondenten met de onderzoeksgroep van een vergelijkbaar onderzoek uit 1997. Zie hiervoor 4.1.4.

4.1.4 Representativiteit

De kenmerken van de onderzoeksgroep van bedrijfsartsen in het onderzoek naar sociaal-psychologische factoren zijn niet te vergelijken met landelijke kenmerken, omdat deze niet bekend zijn (informatie secretariaat NVAB). Ze zijn wel te vergelijken met enkele kenmerken van de onderzoeksgroep van Van Amstel en Buijs (gewogen bestand) (1997). Dit laatste onderzoek geeft geen gemiddelde leeftijden, alleen een verdeling onder en boven de 40 jaar. Zie tabel 4.2.

Tabel 4.2 Vergelijking enkele kenmerken onderzoeksgroep bedrijfsartsen met gewogen bestand van Van Amstel en Buijs

Kenmerk	Transversaal onderzoek Nauta 1999	Van Amstel en Buijs 1997
Leeftijd	Onder 40 jaar: 43%	Onder 40 jaar: 47%
Geslacht	77% mannen 23% vrouwen	75% mannen 25% vrouwen

Uit tabel 4.2 blijkt dat de leeftijds- en geslachtsverdeling van de onderzoeksgroep goed overeen komt met een andere onderzoeksgroep die gewogen was samengesteld op grond van de gegevens over Arbo-diensten.

Voor de huisartsen konden de kenmerken van de onderzoeksgroep worden vergeleken met landelijke gegevens over huisartsen van het Nivel uit december 1999, zie tabel 4.3. Hier waren wel gemiddelde leeftijden bekend.

Tabel 4.3 Vergelijking van enkele kenmerken van de onderzoeksgroep huisartsen met landelijke gegevens

Kenmerk	Transversaal onderzoek Nauta 1999	Nivel 31-12-1999
Gemiddelde leeftijd	46.0 jaar	46.5 jaar
Geslacht	77% mannen 23% vrouwen	73% mannen 27% vrouwen
Solopraktijk	49.0%	44.0%
Aantal uren > 32 per week	82.0%	72.4%

De kenmerken van de onderzoeksgroep komen, zoals uit vergelijking blijkt, in grote lijnen overeen met de landelijke cijfers. Hoewel volgens de cijfers van het Nivel (Tabel 4.3) minder mensen > 32 uur per week werken, kan dit aan de vraagstelling liggen. Het Nivel vraagt naar het percentage van een fulltime werkweek, wij vroegen naar het absolute aantal uren. Dit laatste kan leiden tot een hoger aantal dat boven de 32 uur zegt te werken.

Op basis van deze gegevens is de representativiteit van de onderzoeksgroep wat betreft leeftijd en geslacht voor bedrijfsartsen goed te noemen en is deze voor huisartsen wat betreft leeftijd, geslacht en soort praktijk goed te noemen.

De hypothesen en vragen die worden getoetst en beantwoord met het vragenlijstonderzoek zijn overigens grotendeels verklarend van aard, slechts een enkele vraag is beschrijvend (vraag T1). Gezien het verklarende karakter zal op de representativiteit van de onderzoeksgroep niet verder worden ingegaan.

4.1.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De vraag naar de validiteit van het transversale vragenlijstonderzoek kan worden verdeeld in een beschouwing van de constructvaliditeit, de interne validiteit en de betrouwbaarheid (Swanborn, 1987). Voor de externe validiteit wordt verwezen naar de paragraaf over representativiteit.

De constructvaliditeit wordt ook wel begripsvaliditeit of inhoudsvaliditeit genoemd. Hierbij gaat het erom of het meetinstrument inderdaad meet wat men wil meten. Met andere woorden of de theoretische begrippen terugkomen in de in de operationele voorstellingen gebruikte begrippen (Swanborn, 1987 p.189). Er is bij de geconstrueerde vragenlijst nagegaan of alle aspecten die in de literatuur werden gevonden en die in de vragen en hypothesen aan de orde kwamen, ook in de vragenlijst aanwezig waren. Dit bleek het geval te zijn. Om de inhoudsvaliditeit te verhogen, is gebruik gemaakt van formuleringen door onderzoekers uit de sociale psychologie die verwante begrippen gebruikten, zoals Ellemers & Bos (1998), Ellemers, et al. (1997), Syroit (1984) en Visser (1995). Ook bleek later in een publicatie van Haslam (2001), dat hij vergelijkbare vragen stelde over de hier onderzochte begrippen. Dit is reeds bij de betreffende vraag vermeld.

Om de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst verder te verbeteren in de zin van begrijpelijkheid voor de ondervraagden, is deze vooraf door enkele vertegenwoordigers van beide doelgroepen ingevuld, waarbij is gevraagd onduidelijkheden over de vragen te rapporteren. De lijst is mondeling met hen nabesproken. Op basis daarvan zijn enkele aanpassingen verricht. Er was ruimte voor de respondenten van de definitieve vragenlijsten om opmerkingen te noteren. Slechts enkele respondenten maakten daarvan gebruik om iets op te schrijven over de vraagstelling. Bij bestuderen van de correlaties (zie hoofdstuk 5), blijkt dat de gevonden sociaal-psychologische factoren met elkaar op logische wijze (dat wil zeggen zoals in de theoretische literatuur gevonden is) samenhangen. Dit is een aanwijzing voor de begripsvaliditeit.

Voor de betrouwbaarheid van het vragenlijstonderzoek wordt verwezen naar de Cronbach's alpha's van de schalen. Een aantal vragen met betrekking tot sociaal-psychologische factoren is later opnieuw gebruikt voor andere onderzoeken. Het bleek dat op deze vragen door een vergelijkbare groep ook vergelijkbaar is gescoord. Onder andere is dit het geval bij het in dit proefschrift beschreven onderzoek 3.

4.1.6 Data-analyse

Voor de variabelen die later zullen worden gebruikt in de analyses, staat in de tabel in bijlage Ic een overzicht met meetniveau, gemiddelde en spreiding voor alle respondenten (huisartsen en bedrijfsartsen samen). Vanwege de scheve verdeling is bij een aantal variabelen ook de mediaan toegevoegd.

De variabele leeftijd is, om mee te rekenen, ingedeeld in vijf klassen van 7 jaar. Dit is gedaan op basis van de levenslooptheorie van Lievegoed (1976). Ook de ervaring als arts en de ervaring in het eigen werk zijn vervolgens in klassen van 7 jaar ingedeeld.

Voor de indeling van het aantal contacten in het afgelopen jaar is gebruik gemaakt van de frequentieverdeling en is een indeling gemaakt in 7 klassen. Deze verdeling (waarbij 0 contacten een aparte groep is) geeft de mogelijkheid om ook inzicht te krijgen in de resultaten van artsen met weinig contacten.

Voor de toetsing van de hypothesen 1 t/m 9 en voor het beantwoorden van de explorerende vragen T1, C1 t/m C6b, C7 is gebruik gemaakt van univariate of multivariate variantieanalyses. Voor het beantwoorden van de explorerende vragen T2 en T3 zijn multiple regressieanalyses uitgevoerd.

Omdat het gebruik van deze toetsen, met name regressieanalyse, een aantal assumpties vereist voor interpretatie, is eerst onderzocht in hoeverre daaraan is voldaan. Hieronder volgt een beschrijving van deze controle van de data.

Selectieve uitval

Voor de variabelen identificatie, relatieve positie, verantwoordelijkheid, afhankelijkheid, en de drie soorten vertrouwen is nagegaan of de respondenten met ontbrekende scores vaker uit een van de twee disciplines komen. Dit is getoetst met een chi-kwadrat toets. Daaruit blijkt, dat er geen sprake is van selectieve uitval.

Extreme scores

Nagegaan is of er extreme scores zijn. Extreme scores zouden de richtingen van de regressiecoëfficiënten kunnen beïnvloeden. Er bleken geen extreme scores te zijn.

Verdeling

Uit de analyses blijkt, dat aan normaliteit wordt voldaan. Over de aanname van een normale verdeling hoeven we ons dus geen zorgen te maken, mede omdat de toetsen meestal zeer robuust zijn en bestand tegen afwijkingen van normaliteit, zeker bij een niet zeer kleine steekproef (De Heus, Van der Leeden & Gazendam, 1995).

Meetniveau

Bij de zelf gemaakte schalen gaat het om quasi-intervalvariabelen. Ervaring leert dat deze variabelen, vanwege de robuustheid van de meeste technieken, als intervalvariabelen kunnen worden behandeld (De Heus et al., 1995). De variabelen geslacht en discipline zijn nominale variabelen die voor een aantal bewerkingen als dummy-variabelen zijn verwerkt.

Lineaire samenhang

Voor het toepassen van regressieanalyses moet er sprake zijn van een lineaire samenhang tussen de onafhankelijke en de afhankelijke variabele. De verbanden die werden aangetroffen, waren niet afwijkend van lineariteit.

Multicollineariteit

Omdat een aantal regressieanalyses is uitgevoerd, is nagegaan of er sprake is van multicollineariteit (het onderling correleren van de onafhankelijke variabelen). Wanneer dit het geval zou zijn, kan de regressielijn niet goed worden geschat. Bij de regressieanalyse is een collineariteitsdiagnose uitgevoerd, waaruit bleek dat de condition indices slechts eenmaal de 15 passeren en nergens de 30. Op basis hiervan kan worden gesteld dat multicollineariteit geen probleem is (SPSS, 2003).

Homoscedasticiteit

Homoscedasticiteit houdt in dat de varianties van de errortermen aan elkaar gelijk zijn. Hierop is na de toetsen gecontroleerd. Daaruit bleek dat geen aanpassingen nodig waren.

Bij het toetsen met de univariate en multivariate variantieanalyses zijn co-varianten ingevoerd. Deze zijn gekozen op basis van de literatuur, waarbij is aangenomen dat leeftijd en geslacht in principe altijd als co-variant dienen te worden meegenomen. Tevens is bij een aantal toetsen de duur van de ervaring in het eigen werk en het aantal contacten als co-variant meegenomen alsmede het aantal uren dat men per week werkt. Deze beslissing is gemaakt op basis van literatuur over samenwerken (zie hoofdstuk 2).

4.2 Onderzoek 2: Casestudy rond de cursus 'Leren samenwerken bij Sociaal-Medische Begeleiding'

Deze casestudy is verricht bij de eerste twee groepen cursisten van de cursus 'Leren samenwerken bij Sociaal-Medische Begeleiding' in maart 2000 en in november 2000. Een beschrijving van de cursus staat in bijlage IV. De casestudy bestaat uit een vragenlijst die op verschillende momenten onder de cursisten is afgenomen en een aantal interviews anderhalf jaar na de cursus.

4.2.1 Kenmerken van de cases

4.2.1.1 Vragenlijstonderzoek

Allereerst een overzicht van de kenmerken van de respondenten van de casestudy bij de aanvang van de cursus, deze staan in de tabel in tabel 4.4.

Tabel 4.4 Kenmerken van de cases bij aanvang van de cursus

Haio = huisarts in opleiding, baio = bedrijfsarts in opleiding. In principe werkt iedereen fulltime. Enkele cursisten werken 80%.

Kenmerk	Haio's (N = 34)	Baio's (N = 20)
Gemiddelde leeftijd	31 jaar	35 jaar
Aantal jaren arts	4.7 jaar	6.7 jaar
Geslacht	65% vrouwen 35% mannen	40% vrouwen 60% mannen
Gewerkt in de discipline van de ander	15%	5%

De baio's blijken iets ouder te zijn (gemiddeld 4 jaar) dan de haio's. Ze hebben ook een iets langere ervaring als arts (gemiddeld 2 jaar). De groep baio's blijkt ook relatief meer mannen te bevatten dan de groep haio's. Haio's hebben vaker ervaring als bedrijfsarts dan baio's ervaring hebben als huisarts. Slechts één van de responderende baio's heeft als huisarts gewerkt.

Bij de vervolglijsten is niet opnieuw gevraagd naar deze kenmerken. Dit om de lijsten zo kort mogelijk te houden om de respons te vergroten. Bovendien was de groep nogal homogeen wat betreft leeftijd en aantal jaren arts.

4.2.1.2 Interviews

Er zijn vier artsen geïnterviewd, circa anderhalf jaar na de cursus. In tabel 4.5 staan de kenmerken van de geïnterviewden.

Tabel 4.5 Kenmerken geïnterviewden casestudy

Kenmerk	Geïnterviewden			
	1	2	3	4
Discipline	Huisarts	Huisarts	Bedrijfsarts	Bedrijfsarts
Leeftijd	32	35	33	33
Geslacht	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Aantal uren per week werkzaam	45-50	50-60	38	28
Zelfstandig of Loondienst	zelfstandig	zelfstandig	loondienst	loondienst
Alleen of in groepsverband	wisselend (waarnemer)	associatie (medisch centrum)	Arbo-dienst	Arbo-dienst
Aantal jaren in deze discipline	4	4	5	4

De vier geïnterviewden zijn ongeveer even oud (32 – 35 jaar). Ze werken 4 tot 5 jaar in de discipline. Beide bedrijfsartsen werken in een Arbo-dienst in loondienst, beide huisartsen werken zelfstandig. De huisartsen werken gemiddeld meer uren per week dan de bedrijfsartsen.

4.2.2 Instrumenten

De vragen van de casestudy zijn explorerend van aard. Niet eerder is na een dergelijke cursus die zich richt op samenwerken tussen deze twee disciplines, gemeten wat er is veranderd op het gebied van sociaal-psychologische variabelen. In onderzoek naar de evaluatie van interprofessioneel onderwijs gaat het om outcomes op het gebied van het zorgproces of op patiëntvariabelen (Zwarenstein, Reeves, Barr, Hammick, Koppel & Atkins, 2001.)

Voor het verkrijgen van inzicht wordt bij een casestudy over het algemeen aanbevolen om verschillende onderzoeksmethoden te combineren (Eisenhardt, 1989; Murray, 2002; Yin & Heald, 1975; Yin, 1989), dit wordt triangulatie genoemd (Swanborn, 1987, p. 332). Deze verhoogt ook de interne validiteit. Bij de interne validiteit gaat het om de vraag naar de kwaliteit van het onderzoeksontwerp en in het bijzonder of het mogelijk is om alternatieve interpretaties voor voorspelde en gevonden verbanden uit te schakelen (Swanborn, 1987 p 335).

Voor de evaluatie van de cursus is gekozen voor een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling, en wel:

- Observaties tijdens de bijeenkomsten.
- Analyse van verslagen van een opdracht van de cursisten.
- Mondelinge en schriftelijke evaluatie door de docenten na elke bijeenkomst.
- Een vragenlijst bij de deelnemers op vier verschillende meetmomenten.
- Mondelinge interviews van vier deelnemers na anderhalf jaar.

In dit proefschrift worden de resultaten van de laatste twee dataverzamelingen weergegeven omdat deze zich vooral richten op de sociaal-psychologische variabelen. Gegevens van de andere verzamelingen zijn reeds verwerkt in artikelen (Nauta, Weel et al., 2001; Nauta, Faddegon et al., 2002). Hieronder een nadere uitleg van de twee instrumenten die worden gebruikt in het in dit proefschrift beschreven onderzoeksgedeelte.

4.2.2.1 Vragenlijst

Voor dit onderzoek is, net als bij het transversale onderzoek (onderzoek 1), zelf een vragenlijst geconstrueerd mede op basis van hetgeen in de sociaal-psychologische

onderzoeksliteratuur reeds is gebruikt en haar waarde aldaar heeft bewezen (Ellemers et al., 1997; Haslam, 2001; Syroit, 1984; Visser, 1995). De vragenlijst is voor een groot deel gebaseerd op de vragen uit het transversale onderzoek naar sociaal-psychologische factoren, onderzoek 1, zie 4.1. De lijst, zoals die voorafgaande aan de cursus is uitgereikt, staat volledig in bijlage IIa (haio's) en IIb (baio's). De lijst is korter dan de lijst van onderzoek 1. Er is gekozen voor de meest essentiële vragen met betrekking tot de sociaal-psychologische variabelen. Een aantal vragen die in het transversale onderzoek tot schalen konden worden verwerkt op basis van de factoranalyse, werden hierbij gekozen. De verkorting was belangrijk om de respons zo groot mogelijk te krijgen. De lijst zou namelijk enkele malen herhaald worden, ook na afloop van de cursus.

De waardering is met dezelfde vraag gemeten als bij het onderzoek naar sociaal-psychologische factoren. Ook is gevraagd naar het aantal contacten dat men met de andere discipline had in het laatste kwartaal en in het laatste jaar; het aantal malen dat men het advies gaf aan de patiënt tot contact met de ander in zowel het laatste kwartaal als het laatste jaar. Daarnaast is een vraag toegevoegd over het aantal malen dat men een briefje aan de patiënt meegaf voor de andere discipline. Deze variabele is toegevoegd op basis van gesprekken met artsen, die vertelden dat ze dat nogal eens deden. Dit is ook een vorm van contact en relatief eenvoudig en snel uitvoerbaar. Gevraagd is steeds naar het schatten van absolute frequenties.

Naar verantwoordelijkheidsverdeling is niet gevraagd, omdat de huisartsen in opleiding nog niet als gevestigd huisarts werken. Voor de overige sociaal-psychologische variabelen zijn de volgende schalen gebruikt:

Voor *beroepsidentificatie* zijn twee vragen gebruikt met vijf antwoordcategorieën (van geheel eens tot geheel oneens):

- 1 Ik vind huisarts/ bedrijfsarts het mooiste beroep dat er is.
- 2 Huisartsen/ bedrijfsartsen hebben een hoge positie in de medische wereld.

Deze schaal is dus niet exact gelijk aan die van onderzoek 1 en 3. De Cronbach's alpha van deze beroepsidentificatieschaal bedraagt 0.62, dit is acceptabel. De antwoorden zijn opgeteld en gedeeld door 2.

Voor *relatieve positie* zijn dezelfde twee vragen gebruikt die in het transversale onderzoek een schaal vormen, beide met vijf antwoordmogelijkheden (van geheel eens tot en met geheel oneens). De twee vragen voor relatieve positie correleren vrij goed: Cronbach's alpha is 0.85. De antwoorden zijn opgeteld en gedeeld door 2.

Voor *vertrouwen* is één vraag gesteld:

In hoeverre heb je vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen/ huisartsen?

Er waren vier antwoordmogelijkheden (groot vertrouwen, niet zo groot vertrouwen, weinig vertrouwen, geen vertrouwen).

De vervolglyjsten zijn korter gemaakt. Wel zijn de vragen naar sociaal-psychologische variabelen gesteld. Er zijn echter geen vragen gesteld over leeftijd, geslacht e.d..

4.2.2.2 Interviews

Om dieper in te gaan op de samenwerkingsproblemen en daarmee de explorerende vragen C3, C5b en C6c te beantwoorden, zijn ongeveer anderhalf jaar na de cursus vier face-to-face interviews verricht. Het ging om de volgende vragen:

C3: Hoe beschouwen huisartsen in opleiding en bedrijfsartsen in opleiding na een cursus 'Leren Samenwerken' de verantwoordelijkheidsverdeling?

C5b: Hoe beschrijven huisartsen in opleiding en bedrijfsartsen in opleiding na een cursus 'Leren Samenwerken' het vertrouwen in de ander?

C6c: Welke argumenten hanteren huisartsen in opleiding en bedrijfsartsen in opleiding, die een cursus 'Leren Samenwerken' hebben gevolgd' om contact op te nemen met de ander? Wat zijn volgens hen de opbrengsten?

Interviews zijn een geschikte manier om beschrijvingen van situaties te verkrijgen; het gaat om interpreterend onderzoek (Dammers, 2000; Eisenhardt, 1989; Miles & Huberman, 1994; Rousseau, McColl, Eccles & Hall, 1999; Swanborn, 1987; Yin & Heald, 1975).

De interviews zijn mede bedoeld om door middel van tekstfragmenten illustraties te geven van de uitkomsten van het transversale onderzoek en verdieping te geven aan de begrippen 'verantwoordelijkheid' en 'vertrouwen'. Tevens is gevraagd naar motieven die men heeft om contact met de ander op te nemen en naar wat het contact dan daadwerkelijk oplevert.

Ten behoeve van deze interviews is een itemlijst gemaakt, die te vinden is in bijlage V. De lijst bestaat uit vragen om de contacten en de verschillende sociaal-psychologische begrippen nader uit te diepen.

De interviews zijn gehouden bij vier deelnemers van de cursus tijdens de beroepsopleiding tot huis- of bedrijfsarts. Zij waren dus ook deelnemer van het vragenlijstonderzoek. Deze respondenten zijn actief met het onderwerp bezig geweest. De vragen konden concreet worden gekoppeld aan ervaringen bij de cursus.

Ten behoeve van de zorgvuldigheid is gebruik gemaakt van een lijst met vragen, die de geïnterviewde zelf mee kon lezen. Voor de betrouwbaarheid zijn de interviews op

de band opgenomen, volledig uitgetypt en door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar bekeken.

Aangezien het uitvoeren van interviews omvangrijk en tijdsintensief is, konden niet meer dan vier interviews worden gehouden. Het aantal van vier geïnterviewden valt binnen de range die Eisenhardt (1989) geeft voor het aantal cases in een casestudy, namelijk tussen de 4 en de 10.

4.2.3 Procedure

4.2.3.1 Vragenlijsten

De haio's en de baio's van de eerste twee groepen die de cursus volgden (in maart 2000 en in november 2000) hebben de lijsten voorgelegd gekregen.

De vragenlijst is aan het begin van dag 1 ($T = 0$) en aan het einde van dag 4 ($T = 1$) van de cursus ingevuld door alle haio's en baio's die aan de cursus deelnamen. De vervolgljsten zijn aan de groepsbegeleiders en aan het opleidingsinstituut voor de bedrijfsartsen gegeven met het verzoek ze uit te delen en ingevuld te verzamelen na 3 ($T = 2$) en ongeveer 6 maanden ($T = 3$) na de laatste dag van de module. Dit bleek lastig omdat de baio's niet in één groep zaten, maar de module als keuzemodule volgden.

De *respons* was als volgt:

Op $T = 0$ (dag 1 van de module): 34 haio's en 20 baio's (100%)

Op $T = 1$ (dag 4 van de module): 33 haio's en 13 baio's (85.1%)

Op $T = 2$ (drie maanden na dag 4): 14 haio's en 10 baio's (44.4%)

Op $T = 3$ (ongeveer zes maanden na dag 4): 9 haio's en 4 baio's (24.1%).

Uit mondelinge navraag bij enkele deelnemers bleek dat de non-respons vooral was gebaseerd op slordigheid en niet gebaseerd was op hun mening over het onderwerp. De bedrijfsartsen in opleiding waren daarnaast ook moeilijk te pakken te krijgen, omdat zij in verschillende groepen zaten en omdat er bij het bedrijfsartsen-opleidingsinstituut een reorganisatie gaande was, waardoor dit onderwerp geen prioriteit had. Diverse pogingen zijn nog ondernomen om de respons te verhogen, zoals het verzoek aan de huisarts-groepsbegeleiders om hun cursisten om de vragenlijsten te vragen. Dit leverde echter helaas niet meer respons op.

Op basis van de lage respons is ervoor gekozen de gegevens van de vierde meting niet te analyseren.

4.2.3.2 Interviews

De twee huisartsen en twee bedrijfsartsen zijn geselecteerd uit de groep huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding, die in 2000, tijdens hun beroepsopleiding, de cursus 'Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding' volgden. Twee huisartsen en twee bedrijfsartsen zijn benaderd voor een interview. Van beide disciplines is zowel een man als een vrouw geselecteerd. De selectie vond plaats op basis van bereikbaarheid (telefoonnummer en/of adres bekend bij de huisartsopleiding) en wonend en/of werkend in zuidwest Nederland. De huisartsen in opleiding waren inmiddels lang niet allemaal meer gemakkelijk te traceren omdat velen verhuisd waren. Alle vier benaderde artsen stemden in met het verzoek.

De interviews zijn opgenomen op een cassetteband en daarna verbatim uitgetypt. De onderzoeker heeft een collega gevraagd onafhankelijk naar het materiaal te kijken. Beiden hebben gemarkeerd welke uitspraken van belang waren voor de vragen C3 (Hoe beschouwen huisartsen in opleiding en bedrijfsartsen in opleiding na een cursus 'Leren samenwerken' de verantwoordelijkheidsverdeling?), C5b (Hoe beschrijven huisartsen en bedrijfsartsen na een cursus 'Leren samenwerken' het vertrouwen in de ander?) en C6c (Welke argumenten hanteren huisartsen en bedrijfsartsen, die de cursus 'Leren samenwerken' hebben gevolgd, om contact op te nemen met de ander? Wat zijn volgens hen de opbrengsten?). De door twee onderzoekers gemarkeerde uitspraken zijn vergeleken met elkaar. Er waren geen grote verschillen in beoordeling. Door verder door te praten over de gegeven antwoorden, werd consensus bereikt.

4.2.4 Representativiteit

In hoeverre de respondenten van de casestudy representatief zijn voor de haio's en baio's in Nederland is niet exact te zeggen. Het ging bij de haio's om 3 volledige groepen huisartsen in opleiding, zij waren verplicht de cursus te volgen. Bij hen is dus geen selectie opgetreden. De leeftjidsverdeling van de haio's in Nederland is niet bekend, wel de geslachtsverdeling. Op 1 januari 1999 waren er van alle haio's in Nederland (942) 63% vrouw (Nivel, 2000). Bij de haio's in dit onderzoek gaat het om een vergelijkbaar percentage.

De baio's kwamen op eigen inschrijving. Dit kan hebben geleid tot selectie bij deze groep. Zij zijn mogelijk niet representatief voor alle baio's.

Gezien de sterke daling in de respons bij de laatste meting, is ervoor gekozen deze gegevens niet mee te nemen in de analyse. Gezien de persoonlijke bekendheid met de samenstelling van de groep kan worden gesteld dat er geen grote verschillen zijn wat betreft leeftijd en geslacht op de tijdstippen 1 en 2 in vergelijking tot tijdstip 0.

Voor de interviews zijn twee mannen en twee vrouwen gevraagd om spreiding in geslacht aan te brengen. De leeftijdsverdeling was vrij homogeen. Bij de mensen, woneind in Zuid-Holland, is willekeurig geprikt. Alle gevraagden deden mee; hier is dus geen selectie opgetreden.

4.2.5. Validiteit en betrouwbaarheid

Voor de casestudy als geheel is gekozen voor het gebruik van verschillende bronnen, triangulatie (Swanborn, 1987; Yin, 1989; Yin, 1991). Dit om de constructvaliditeit te bevorderen.

Het vragenlijstgedeelte.

Voor de validiteit van het vragenlijstgedeelte van de casestudy wordt verwezen naar wat bij onderzoek 1 hierover is geschreven.

Voor de externe validiteit wordt verwezen naar de paragraaf over representativiteit.

Voor de betrouwbaarheid van het vragenlijstonderzoek wordt verwezen naar de Cronbach's alpha's van de schalen.

Het interviewgedeelte.

Wat betreft de constructvaliditeit: er is bij de vragen gebruik gemaakt van de ervaringen uit onderzoek 1. Tijdens de interviews werd niet vernomen dat men de vragen niet begreep. Er waren geen aarzelingen in het beantwoorden van de vragen. Om de inhoudsvaliditeit te verhogen is door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar naar de interviewgegevens gekeken. Daarna was er onderling overleg om tot consensus te komen. Dit bleek in één gesprek mogelijk; er waren slechts kleine verschillen.

Het perspectief van de onderzoeker kan theoretisch een bron van bias zijn (Greenhalgh & Taylor, 1997). Het zelf bedrijfsarts zijn kan van invloed zijn geweest op de antwoorden omdat de onderzoeker dichter bij de bedrijfsartsen zou kunnen staan. Anderzijds: de onderzoeker heeft gewerkt op de huisartsopleiding en was voor de geïnterviewde huisartsen daardoor ook een bekende. De onderzoeker is tevens bij de respondenten bekend als psycholoog, waardoor de identificatie met bedrijfsartsen, in de ogen van die artsen, weer minder kan zijn.

4.2.6 Data-analyse

4.2.6.1 Overzicht variabelen

Een overzicht van de variabelen van het vragenlijstonderzoek van onderzoek 2 met meetniveau, gemiddelden en spreiding op T = 0 staat in de tabel in bijlage IIId. Vanwege de scheve verdeling is bij enkele variabelen tevens de mediaan vermeld.

De data zijn ingevoerd in en bewerkt met SPSS 10. De gegevens van tijdstip 3 zijn, zoals hierboven reeds vermeld, niet meegenomen in de analyse.

4.2.6.2 Bewerkingen interviewgegevens

De interviewgegevens zijn na de consensus tussen de twee onderzoekers nader in teksten verwerkt. De teksten zijn vervolgens door de tweede onderzoeker opnieuw gecheckt op volledigheid van weergave van de gegevens.

4.3 Onderzoek 3: Landelijk transversaal onderzoek en follow-up regionale projecten

Dit onderzoek betreft een onderdeel van een longitudinaal cohortonderzoek met twee metingen: een landelijk evaluatieonderzoek, waarin huisartsen en bedrijfsartsen uit regio's waarin samenwerkingsprojecten plaatsvonden, zijn benaderd om voor en na de projecten vragenlijsten in te vullen. Voor een overzicht van de projecten, zie bijlage V.

4.3.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep

In tabel 4.6 staat een kort overzicht van de kenmerken van de respondenten van het onderzoek dat is verricht in de regio's waar samenwerkingsprojecten zijn verricht. Nadere informatie is te vinden in bijlage IIIc.

Tabel 4.6 Kenmerken respondenten landelijk onderzoek op het moment van de eerste meting

Kenmerk	Huisartsen N = 575	Bedrijfsartsen N = 398
Gemiddelde leeftijd	46 jaar	44 jaar
Geslacht	28% vrouwen 72% mannen	31% vrouwen 69% mannen
Praktijksort	<i>Juridische status</i> - Zelfstandig: 45% - Associatie/ maatschap 41% - Dienstverband: 12% <i>Omschrijving</i> - Solo: 39% - Duo: 30% - Groep: 17% - Gezondheidscentrum: 14%	Externe Arbo-dienst: 82% Interne Arbo-dienst: 11% Zelfstandig: 5%
Gemiddeld percentage van een volledige baan werkzaam	85%	87%

Vergelijking met de kenmerken van onderzoek 1 is niet op alle onderdelen mogelijk, omdat niet exact dezelfde gegevens zijn verzameld, bijvoorbeeld over de praktijksoort.

4.3.2 Meetinstrument

Het meetinstrument was een onderdeel van een grotere vragenlijst. De lijst is niet in zijn geheel opgenomen in dit proefschrift. De vragen van de vragenlijst zijn ontleend aan de vragenlijst van onderzoek 1. Het gaat om de volgende zes variabelen.

Beroepsidentificatie is geoperationaliseerd met vier stellingen (vijf antwoordmogelijkheden van geheel eens tot geheel oneens):

- 1 Ik heb het erg naar mijn zin als huisarts/ bedrijfsarts.
- 2 Ik vind huisarts/ bedrijfsarts het mooiste beroep dat er is.
- 3 Ik ben er bijzonder trots op dat ik huisarts/ bedrijfsarts ben.
- 4 Ik denk er niet over mijn vak als huisarts/ bedrijfsarts ooit op te geven.

Na de ervaring met de schaal in onderzoek 1 is het item dat in onderzoek 1 na factoranalyse niet bleek te passen, in onderzoek 3 al meteen weggelaten (zie 4.1.2.5). De scores zijn opgeteld en gedeeld door vier. De interne consistentie (Cronbach's alpha) is voldoende en bedraagt 0.76.

Voor *relatieve positie* zijn de volgende stellingen voorgelegd (vijf antwoordmogelijkheden van geheel eens tot geheel oneens):

- 1 Om goed te functioneren als huisarts/ bedrijfsarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts/ huisarts kennis op meer gebieden nodig.
- 2 Om goed te functioneren als huisarts/ bedrijfsarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts/ huisarts vaardigheden op meer gebieden nodig.

Ook hier is het item weggelaten dat in onderzoek 1 niet in de dimensie paste (zie 4.1.2.4). De scores zijn opgeteld en gedeeld door twee. De interne consistentie (Cronbach's alpha) bedraagt 0.82. Dit is een goede score.

Voor *verantwoordelijkheid* zijn conform onderzoek 1 de volgende vragen gesteld:

Wie is volgens u verantwoordelijk:

- Voor de diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?
- Voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?
- Voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?

De antwoordcategorieën zijn: zelf meer verantwoordelijk, beiden evenveel verantwoordelijk, de ander meer verantwoordelijk of de verdeling is onduidelijk. Het laatste antwoord is niet meegeteld; alleen als de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk was, is gescoord. De scores zijn opgeteld en door drie gedeeld. De interne consistentie (Cronbach's alpha) bedraagt 0.75. Dit is een voldoende score voor een schaal. De schaal is gehercodeerd tot een vijfpuntsschaal. Een hogere score betekent dat men zichzelf meer verantwoordelijk acht dan de ander. Een lagere score dat men de ander meer verantwoordelijk acht. Een score rond de 3 betekent dat men de verantwoordelijkheid gelijk verdeelt.

Voor *afankelijkheid* zijn dezelfde situaties gebruikt als bij verantwoordelijkheid. Er is gevraagd hoe afhankelijk men is van de informatie van de andere discipline. Er waren vier antwoordcategorieën. De scores zijn gehercodeerd tot een vijfpuntsschaal, opgeteld en door drie gedeeld. De interne consistentie (Cronbach's alpha) bedraagt 0.80, een goede score voor een schaal.

Zoals hierboven bij onderzoek 1 reeds beschreven, zijn er twee soorten vertrouwen gemeten.

Voor *knowledge-based trust* (KBT) waren de vragen:

- 1 Ik heb veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen/huisartsen.

2 Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen/huisartsen somatische diagnoses stellen.

3 Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen/huisartsen psychische diagnoses stellen.

Er waren vijf antwoordcategorieën (van geheel eens tot geheel oneens).

De scores zijn opgeteld en door drie gedeeld. De interne consistentie (Cronbach's alpha) bedraagt 0.84. Dit is een goede score.

Voor *identification-based trust* (IBT) waren de vragen:

1 Bedrijfsartsen/huisartsen zijn open naar de huisartsen/bedrijfsartsen toe.

2 Bedrijfsartsen/huisartsen houden altijd rekening met verschillende kanten van de zaak.

3 Bedrijfsartsen/huisartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten.

4 Bedrijfsartsen/huisartsen geven aan hun patiënten duidelijk aan waarom zij contact met de huisarts/bedrijfsarts willen.

De vierde vraag is voor onderzoek 3 toegevoegd op basis van ervaring en om een hogere betrouwbaarheid van de schaal te krijgen. Er waren vijf antwoordcategorieën (van geheel eens tot geheel oneens). De scores zijn opgeteld en gedeeld door 4. De interne consistentie (Cronbach's alpha) bedraagt 0.74, dit is een voldoende score.

Voor het *ervaren van belemmeringen in het contact* zijn dezelfde vragen gesteld als bij onderzoek 1.

4.3.3 Procedure

In het kader van een landelijke, supraregionale evaluatie van de regionale projecten (zie bijlage V) zijn begin 2001 2208 huisartsen en 1228 bedrijfsartsen in de betreffende regio's aangeschreven met de vraag of ze wilden meewerken aan een onderzoek. Van hen gaven 909 huisartsen en 527 bedrijfsartsen aan mee te willen doen. Na exclusie van de artsen die niet (meer) praktiseerden betekende dit dat 41% van de huisartsen en 43% van de bedrijfsartsen in het cohort werden opgenomen. In april en mei 2001 zijn de eerste vragenlijsten verzonden, in de periode april 2002 tot en met februari 2003 de tweede. Van het deelnemende cohort hebben 575 huisartsen (63%) en 398 bedrijfsartsen (75%) daadwerkelijk twee vragenlijsten ingevuld.

4.3.4 Representativiteit

In paragraaf 4.3.3 staat beschreven hoe de onderzoeksgroep is geselecteerd. De onderzoeksgroep van huisartsen is wat betreft de onderzochte kenmerken vergelijkbaar met gegevens van het Nivel van alle huisartsen in Nederland op peildatum 1 januari 2001 (Van der Burg, Van der Beek & Schellevis, 2003). Voor de onderzoeksgroep bedrijfsartsen zijn geen landelijke referentiecijfers beschikbaar. De totale groep is iets jonger en bevat iets meer vrouwen dan het transversale onderzoek (onderzoek 1 in dit proefschrift). Dat laatste geldt vooral voor de bedrijfsartsen. Iets meer huisartsen dan bij onderzoek 1 werken in dienstverband. Ook werken minder huisartsen in een solopraktijk. De laatste twee gegevens zijn overeenkomstig een landelijke trend. Uit uitvalanalyse is gebleken dat de groep artsen die meedeed niet verschilde van de uitvallers wat betreft demografische variabelen.

4.3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Voor validiteit en betrouwbaarheid wordt verwezen naar wat hierover is vermeld bij onderzoek 1 in paragraaf 4.1.5.

4.3.6 Data-analyse

De invoer van de data is onder verantwoordelijkheid van TNO Arbeid verricht. De gegevens zijn ingevoerd en bewerkt in SPSS 10. Om na te gaan of er na de projecten verschillen waren met de situatie vóór de projecten, is berekend of de scores tussen de twee tijdstippen verschillen. Hiertoe is gebruik gemaakt van 'repeated measures'. Voor de toetsingen die vergelijkbaar zijn met die in onderzoek 1, zijn vergelijkbare toetsen gebruikt. Bij het nader controleren van de data werd geen selectieve uitval gevonden bij de basisvariabelen voor de twee disciplines. Verder voldoen de data aan de assumpties die gesteld zijn voor de analyses (Yaffee, 1999).

5 Resultaten



Delen van dit hoofdstuk zijn ook verwerkt in de volgende artikelen:

Met betrekking tot onderzoek 1:

- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2001). Cooperation of general practitioners and occupational physicians: identity, trust and responsibility. Paper presented in Leuven, July 2000. In T. Taillieu (Ed.). *Collaborative Strategies and Multi-organizational partnerships*. Leuven-Apeldoorn: Garant, 2001.
- Nauta, A. P. & von Grumbkow, J. (2001). Samenwerking en vertrouwen tussen huisartsen en bedrijfsartsen. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 18, 97-101.
- Nauta, A. P. & von Grumbkow, J. (2001). Factors predicting trust between GPs and OPs. *International Journal of Integrated Care [Online]*, 1 (4). <http://www.ijic.org/index2.html>.
- Nauta, A. P. & von Grumbkow, J. (2002). Contacten tussen huisarts en bedrijfsarts: initiatief, frequentie, waardering en effect. *Special De Huisarts/ Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, maart 2002, 30-33.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2002). Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen: de invloed van positie, verantwoordelijkheid, afhankelijkheid en vertrouwen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80, 107-113.

Met betrekking tot onderzoek 2:

- Nauta, A. P., Weel, A. N. H., Buijs, P. C., & von Grumbkow, J. (2004). Effects of a joint course of trainee GPs and OHPs to enhance collaboration. *Submitted*.

Met betrekking tot onderzoek 3:

- Nauta, A. P., van Amstel, R., Anema, J., Venema, A., Overzier, P., & von Grumbkow, J. (2004). Regional projects to improve collaboration of GPs and OPs and the effect on mutual trust. *Submitted*.
- Nauta, A. P., van Amstel, R., Anema, J., Venema, A., Overzier, P., & von Grumbkow, J. (2004). Regionale projecten samenwerking huisarts-bedrijfsarts en sociaal-psychologische factoren. *Submitted*.

In het vorige hoofdstuk is de methode van de drie onderzoeken besproken. In dit hoofdstuk komen de resultaten aan bod. Deze worden per onderzoek beschreven.

Voor onderzoek 1 worden de resultaten vermeld van de toetsing van de hypothesen. Daarna volgen de antwoorden op de explorerende vragen. Vervolgens volgt een overzichtstabel van de resultaten van onderzoek 1.

Voor onderzoek 2 worden de resultaten op de explorerende vragen weergegeven. Daarna volgt een samenvattend overzicht van de antwoorden op deze vragen.

De beschrijving van de resultaten van onderzoek 3 heeft dezelfde structuur als de beschrijving van de resultaten van onderzoek 1. In onderzoek 3 wordt een deel van de hypothesen die in onderzoek 1 zijn getoetst opnieuw getoetst. Waar dat relevant is, worden uitkomsten van toetsingen in onderzoek 3 vergeleken met die in onderzoek 1. Tevens worden explorerende vragen beantwoord.

Tot slot volgt een thematische samenvatting van de resultaten van de drie onderzoeken.

5.1 Onderzoek 1

5.1.1 Overzicht variabelen en correlaties

Een overzicht van de waarden van de variabelen, die in de toetsingen van de hypothesen en de beantwoording van de explorerende vragen aan de orde zullen komen staat in bijlage Ic. Er zijn aparte tabellen voor de gehele groep, en voor de huisartsen en de bedrijfsartsen apart. Achtereenvolgens worden vermeld: de variabele, de gemiddelde score (waar opportuun een mediaan), de range, de standaarddeviatie en het aantal respondenten waarop deze waarden zijn gebaseerd. Uit het overzicht van de waarden blijkt al een aantal verschillen, waarop in de toetsing van de hypothesen nader zal worden ingegaan.

De correlatietabel van onderzoek 1 staat in bijlage Id.

5.1.2 Toetsing hypothesen

De beschrijving van de toetsing van de hypothesen gebeurt in dezelfde volgorde als waarmee ze in hoofdstuk 3 zijn weergegeven. De paragrafen zijn ook hier thematisch ingedeeld. De hypothesen bij het betreffende thema worden aan het begin van de paragraaf vermeld.

5.1.2.1 Relatieve positie

Hypothese 1a. Wanneer huisartsen en bedrijfsartsen zich met elkaar vergelijken, schrijven beide aan zichzelf een relatief hogere positie toe.

Hypothese 1b. Huisartsen scoren significant hoger op de relatieve positie-schaal dan bedrijfsartsen.

Hypothese 2a. Bedrijfsartsen die huisarts zijn geweest, schrijven zich een meer gelijke positie aan huisartsen toe dan bedrijfsartsen zonder die ervaring.

Hypothese 2b. Huisartsen die bedrijfsarts zijn geweest, schrijven zich een hogere positie toe dan huisartsen zonder die ervaring.

Wanneer men op de relatieve positie-schaal een 3 scoort, dan acht men zichzelf gelijk in status aan de ander. Wanneer men hoger dan 3 scoort, vindt men zichzelf 'beter' dan de ander. De gemiddelde score van huisartsen is 4.3 ($SD = 0.9$) en van bedrijfsartsen 3.8 ($SD = 1.1$).

Zowel huisartsen als bedrijfsartsen blijken dus gemiddeld boven de 3 te scoren. De verdeling van de scores staat in figuur 1 voor de huisartsen en figuur 2 voor de bedrijfsartsen (bijlage VI). Uit een t-toets (tweezijdig) blijkt dat de scores alle significant afwijken van de testwaarde 3. Zie hiervoor tabel 1 in bijlage VI. Huisartsen $t(1, 329) = 25.6, p < .01$. Bedrijfsartsen $t(1, 202) = 10.1, p < .01$.

Hypothese 1a wordt dus gesteund.

Voor de toetsing van de hypothesen 1b, 2a en 2b is een univariate variantieanalyse verricht, waarbij als onafhankelijke variabelen 'discipline' en 'ervaring in de andere discipline' zijn ingevoerd en als afhankelijke variabele de 'relatieve positie' die men ten opzichte van de ander meent te hebben. Leeftijd en geslacht zijn als co-varianten ingevoerd om mogelijke bronnen van bias te verwijderen. De resultaten van de toetsing staan in bijlage VI in tabel 2 en figuur 3.

Uit de toetsing blijkt het volgende:

Huisartsen en bedrijfsartsen verschillen significant in de gemiddelde score op relatieve positie (zie hypothese 1a). Omdat de gemiddelde score bij de bedrijfsartsen significant lager is dan die voor huisartsen, wordt hypothese 1b gesteund.

Wie ervaring in de andere discipline heeft, heeft significant andere scores op relatieve positie dan diegenen zonder die ervaring ($F(1, 522) = 4.8, p = .03$). Vanwege een significante interactie tussen discipline en het gewerkt hebben in de andere discipline ($F(1, 522) = 4.6, p = .03$), is het patroon nader bekeken.

In figuur 3 in bijlage VI is het patroon te zien: bedrijfsartsen die als huisarts hebben gewerkt, achten zich inderdaad meer gelijk aan huisartsen (dichter bij de score 3). Bedrijfsartsen met ervaring als huisarts scoren 3.5 ($SD = 1.2$) en bedrijfsartsen zonder die ervaring 3.9 ($SD = 1.0$).

Hypothese 2a wordt gesteund.

Voor huisartsen met ervaring als bedrijfsarts is de gemiddelde score op relatieve positie exact gelijk aan die van huisartsen zonder die ervaring, namelijk 4.3 ($SD = 0.9$).

Hypothese 2b wordt niet gesteund.

5.1.2.2 Beroepsidentificatie

Hypothese 3a. Huisartsen identificeren zich sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen.

Hypothese 3b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke identificatie met de huidige discipline.

De gemiddelde score van huisartsen op beroepsidentificatie is 4.0 ($SD = 0.7$) en van bedrijfsartsen 3.6 ($SD = 0.8$).

Huisartsen scoren dus hoger dan bedrijfsartsen. Om te toetsen of dit verschil significant is en om de rol van ervaring in de andere discipline te toetsen, is in het materiaal van onderzoek 1 een univariate variantieanalyse verricht, waarbij als onafhankelijke variabelen ‘discipline’ en ‘ervaring in de andere discipline’ zijn ingevoerd en als afhankelijke variabele de score op ‘beroepsidentificatie’. Leeftijd en geslacht zijn als co-varianten ingevoerd. De resultaten staan in tabel 3 en figuur 4 in bijlage VI.

Uit de analyse blijkt dat er significante verschillen zijn tussen huisartsen en bedrijfsartsen in beroepsidentificatie ($F(1, 524) = 18.7, p < .01$). Dit is ook in de verwachte richting.

Hypothese 3a wordt gesteund.

Ervaring in de discipline van de ander blijkt een significante variantiebron. Wie in de andere discipline heeft gewerkt, heeft een minder sterke beroepsidentificatie dan degene die deze ervaring niet heeft ($F(1, 524) = 5.8, p = .02$). Huisartsen met ervaring als bedrijfsarts scoren 3.8 ($SD = 0.5$), zonder ervaring als bedrijfsarts 3.9 ($SD = 0.7$). Bedrijfsartsen met ervaring als huisarts scoren 3.4 ($SD = 0.8$), zonder die ervaring 3.6 ($SD = 0.7$). Omdat er geen significante interactie is tussen discipline en ervaring in de andere discipline ($F(1, 424) = 0.2, p = .7$), kan worden geconcludeerd dat ook hypothese 3b wordt gesteund.

5.1.2.3 Verantwoordelijkheid

Hypothese 4a. Huisartsen schrijven aan zichzelf meer verantwoordelijkheid toe dan bedrijfsartsen.

Hypothese 4b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een meer gelijke verantwoordelijkheidstoewijzing.

Huisartsen scoren op de verantwoordelijkheidsschaal gemiddeld 4.2 ($SD = 0.7$), bedrijfsartsen 2.8 ($SD = 1.0$). Een hogere score betekent, dat men de eigen discipline meer verantwoordelijk acht dan de andere discipline voor een aantal taken (zie 4.1.2.6).

Om te toetsen of dit verschil significant is, en om de rol van ervaring in de andere discipline te toetsen, is een univariate variantieanalyse gedaan. Onafhankelijke variabelen waren 'discipline' en 'ervaring in de andere discipline'. De afhankelijke variabele was de score op de 'verantwoordelijkheidsschaal'. Leeftijd en geslacht zijn als co-varianten ingevoerd. De resultaten van de toetsing staan in tabel 4 en figuur 5 in bijlage VI.

Uit de toetsing blijkt dat huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 inderdaad significant van elkaar verschillen in score op de verantwoordelijkheidsschaal ($F(1, 482) = 195.9, p < .001$).

Hypothese 4a wordt gesteund.

Ervaring in de andere discipline blijkt geen significante variantiebron ($F(1, 482) = 0.02, p = .9$). Ook de interactie tussen discipline en ervaring in de andere discipline is niet significant ($F(1, 482) = 2.0, p = .2$). Huisartsen met ervaring als bedrijfsarts scoren 4.5 ($SD = 0.7$), huisartsen zonder ervaring 4.4 ($SD = 0.7$). Bedrijfsartsen met ervaring als huisarts scoren 3.0 ($SD = 1.0$), bedrijfsartsen zonder die ervaring 3.2 ($SD = 0.9$).

Hypothese 4b wordt niet gesteund.

5.1.2.4 Afhankelijkheid

Hypothese 5a. Huisartsen achten zich minder afhankelijk van informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen.

Hypothese 5b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke afhankelijkheid van de informatie van de ander.

Wanneer men hoger scoort op de afhankelijkheidsschaal, voelt men zich meer afhankelijk van de informatie van de andere discipline. De score van huisartsen is 3.0 ($SD = 1.0$) en van bedrijfsartsen 4.0 ($SD = 0.8$). Hieruit blijkt dat huisartsen zich minder afhankelijk voelen van de informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen.

Om na te gaan of het verschil significant is en om de invloed van ervaring in de andere discipline na te gaan, is een univariate variantieanalyse gedaan. Onafhankelijke variabelen waren 'discipline' en 'ervaring in de andere discipline'. De afhankelijke variabele was de score op de 'afhankelijkheidsschaal'. Leeftijd en geslacht zijn als co-varianten ingevoerd. De resultaten van de toetsing staan in tabel 5 en figuur 6 (bijlage VI).

Uit de toetsing blijkt dus dat bedrijfsartsen zich significant meer afhankelijk voelen van de informatie van huisartsen dan huisartsen van de informatie van bedrijfsartsen ($F(1, 526) = 101.8, p < .001$).

Hypothese 5a wordt gesteund.

Ervaring in de andere discipline blijkt geen significante variantiebron. Huisartsen met ervaring als bedrijfsarts scoren 2.8 ($SD = 1.0$), huisartsen zonder die ervaring 3.0 ($SD = 1.0$). Bedrijfsartsen met ervaring als huisarts scoren 4.1 ($SD = 0.9$), bedrijfsartsen zonder die ervaring 3.9 ($SD = 1.0$).

De interactie tussen discipline en ervaring in de andere discipline geeft wel een trend te zien ($p = .06$), waaruit blijkt dat bij huisartsen ervaring in de andere discipline mogelijk leidt tot minder afhankelijkheid en bij bedrijfsartsen ervaring in de andere discipline mogelijk leidt tot meer afhankelijkheid.

Hypothese 5b wordt niet gesteund.

5.1.2.5 Vertrouwen

Hypothese 6a. Voor beide disciplines is de knowledge-based trust sterker dan de identification-based trust.

Hypothese 6b. Bedrijfsartsen hebben een hoger niveau van KBT en van IBT dan huisartsen.

Hypothese 6c. Ervaring in de andere discipline draagt bij tot meer KBT en meer IBT.

Hypothese 6d. Een gelijke positie aan de andere discipline draagt bij tot meer vertrouwen (KBT en IBT) in de ander dan een als lager of hoger waargenomen positie.

De gemiddelde score van huisartsen op knowledge-based trust is 3.5 ($SD = 0.8$), van bedrijfsartsen 4.0 ($SD = 0.8$). Voor identification-based trust bedraagt de score voor huisartsen 3.1 ($SD = 0.9$) en voor bedrijfsartsen 2.8 ($SD = 0.9$).

Het verschil tussen de scores op KBT en IBT is getoetst met als co-varianten leeftijd en geslacht. Er is rekening gehouden met de varianties van discipline en ervaring in de andere discipline en hun beider interacties. Uit de toetsing (tabel niet opgenomen) blijkt dat voor beide disciplines de score op KBT significant hoger is dan de score op IBT ($F(1, 525) = 42.1, p < .01$).

Hypothese 6a wordt gesteund.

Voor de toetsing van hypothese 6b en 6c is een multivariate variantieanalyse verricht. Als onafhankelijke variabelen zijn 'discipline', 'ervaring in de discipline van de ander' en 'relatieve positie' genomen, als afhankelijke variabelen de twee soorten 'vertrouwen' en als co-varianten leeftijd en geslacht. De resultaten staan in tabel 6 en figuur 7 in bijlage VI. Discipline blijkt een significante variantiebron, zowel voor KBT als voor IBT. Voor KBT: $F(1, 507) = 6.5, p = .01$, voor IBT: $F(1, 507) = 5.0, p = .03$. In figuur 7 is te zien dat voor bedrijfsartsen de KBT hoger is dan voor huisartsen, maar de IBT juist lager. Hypothese 6b wordt dus gesteund voor KBT. Voor IBT is het resultaat tegengesteld aan de verwachting.

Ervaring in het werk van de ander is een significante variantiebron voor zowel KBT als IBT (zie tabel 6 in bijlage VI, figuur niet opgenomen). KBT: $F(1, 507) = 3.8, p = .05$, voor IBT: $F(1, 507) = 6.0, p = .01$. Deze ervaring in de andere discipline leidt in tegenstelling tot de hypothese echter tot lagere scores zowel op KBT als op IBT.

De waarden voor KBT zijn als volgt: huisartsen met ervaring als bedrijfsarts scoren 3.2 ($SD = 0.9$), huisartsen zonder die ervaring 3.5 ($SD = 0.8$). Bedrijfsartsen met ervaring als huisarts scoren 3.9 ($SD = 0.9$), bedrijfsartsen zonder die ervaring 4.0 ($SD = 0.7$).

Voor IBT zijn de waarden: huisartsen met ervaring als bedrijfsarts scoren 3.1 ($SD = 1.0$), huisartsen zonder die ervaring 3.1 ($SD = 0.9$). Bedrijfsartsen met ervaring als huisarts scoren 2.6 ($SD = 0.9$), bedrijfsartsen zonder die ervaring 2.9 ($SD = 0.9$).

Hypothese 6c wordt niet gesteund, het effect is tegengesteld.

Voor de toetsing van hypothese 6d staan de resultaten in tabel 6 en figuur 8 (bijlage VI). Er blijkt geen significant hoofdeffect van relatieve positie maar wel een significant interactie-effect (voor KBT) voor discipline met relatieve positie ($F(2, 507) = 5.2, p < .01$). In figuur 8 (bijlage VI) is duidelijk te zien dat bedrijfsartsen die een meer aan huisartsen gelijke positie hebben, een hogere score op KBT hebben. Huisartsen met een lagere relatieve positie hebben meer vertrouwen in bedrijfsartsen dan huisartsen met een gelijke of hogere positie. Het is dus niet zo dat huisartsen die zich meer gelijk voelen aan bedrijfsartsen meer knowledge-based trust hebben in bedrijfsartsen. Voor IBT zijn geen significante hoofdeffecten of interactie-effecten gevonden.

Hypothese 6d wordt alleen gesteund voor KBT bij bedrijfsartsen.

5.1.2.6 Contacten

Hypothese 7. Bedrijfsartsen nemen vaker het initiatief tot contact dan huisartsen.

Hypothese 8a. Meer contacten leiden tot meer knowledge-based trust.

Hypothese 8b. Meer contacten leiden tot meer identification-based trust.

Hypothese 8c. Meer contacten leiden tot een hogere ervaren kwaliteit van de samenwerking.

In hoeverre men zelf het initiatief tot contact met de andere discipline nam, is af te lezen uit tabel 5.1.

Tabel 5.1 Huisartsen en bedrijfsartsen en initiatief tot overleg

	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Neemt zelf vaker initiatief	11.0%	92.8%
Ander neemt vaker initiatief	69.8%	1.9%
Initiatief beiden even vaak	19.2%	5.3%

Bedrijfsartsen zeggen dus veel vaker dan huisartsen zelf het initiatief te nemen voor het contact met de ander. Huisartsen bevestigen dit voor een groot deel. Huisartsen hebben vaker dan bedrijfsartsen het idee dat het initiatief tot contact even vaak door huis- als door bedrijfsartsen wordt genomen. Met een chi-kwadraat test is het verschil getoetst. De resultaten daarvan zijn: initiatief $\chi^2(2, N = 536) = 92.0$, discipline $\chi^2(1, N = 536) = 30.4, p < .00$.

Hypothese 7 wordt gesteund.

Om hypothesen 8a en 8b te toetsen is een multivariate variantieanalyse verricht met als onafhankelijke variabelen het 'aantal contacten in het afgelopen jaar' in zeven categorieën en de 'discipline', als afhankelijke variabelen de twee soorten 'vertrouwen' en als co-varianten leeftijd en geslacht. Omdat is gebleken dat de ervaring in de andere discipline een negatief effect heeft op vertrouwen (zie hypothese 6c), is deze variabele meegenomen als onafhankelijke variabele. De resultaten voor hypothese 8a staan in tabel 7 en figuur 9 in bijlage VI.

Uit de tabel blijkt dat het aantal contacten dat men het afgelopen jaar met iemand van de andere discipline had, niet significant bijdraagt aan de verklaring voor de variantie in KBT, maar er is wel een trend ($F(6, 477) = 2.1, p = .06$). Er zijn geen significante interacties met de andere onafhankelijke variabelen.

Er is vervolgens een variantieanalyse verricht voor huisartsen en bedrijfsartsen apart. Hieruit blijkt dat voor huisartsen de contactfrequentie niet significant bijdraagt aan verklaring van de variantie in KBT ($F(6, 331) = 0.9, p = .5$). Voor bedrijfsartsen is er wel een significante bijdrage ($F(5, 204) = 2.3, p < .04$), maar het effect is tegengesteld, zie ook figuur 9.

Hypothese 8a wordt niet gesteund voor huisartsen en is tegengesteld voor bedrijfsartsen.

Wat betreft hypothese 8b wordt verwezen naar tabel 7 en figuur 10 in bijlage VI. De contactfrequentie draagt wel significant bij aan de verklaring van de variantie in IBT: meer contacten leiden tot meer IBT ($F(6, 477) = 3.3, p < .01$). Dit geldt zowel voor huisartsen als voor bedrijfsartsen.

Hypothese 8b wordt gesteund.

Wat betreft hypothese 8c: de ervaren kwaliteit (waardering) van de samenwerking is de som van informatiegehalte en sfeer. De hypothese is getoetst met een univariate variantieanalyse. Ook hier is, op basis van de uitkomst bij hypothese 6c, ervaring in de andere discipline meegenomen. Het aantal contacten, de discipline en de ervaring in de andere discipline zijn als onafhankelijke variabele ingevoerd, de kwaliteit van

de samenwerking als afhankelijke variabele en leeftijd en geslacht als co-varianten. De resultaten staan in tabel 8 en figuur 11 in bijlage VI.

Uit de toetsing blijkt, dat het aantal contacten met de andere discipline in het laatste jaar significant bijdraagt aan de variantie van de waardering van de samenwerking ($F(6, 473) = 2.4, p = .03$). Er is een significant verschil tussen de disciplines in waardering van de samenwerking ($F(1, 473) = 7.4, p = .01$). Daarom zijn in de figuur aparte lijnen per discipline aangegeven. Er blijkt geen significante interactie tussen de onafhankelijke variabelen.

Hypothese 8c wordt gesteund.

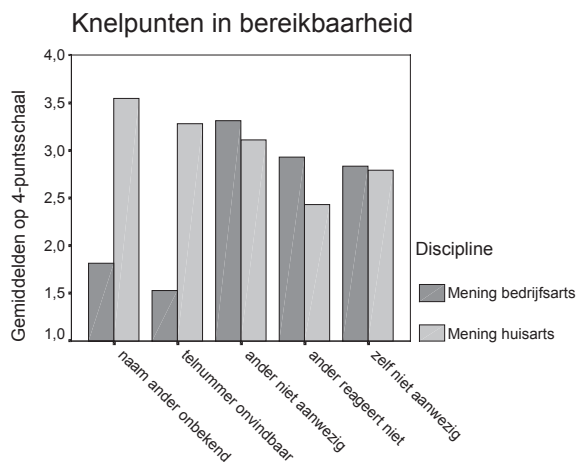
5.1.2.7 Belemmeringen bij het contact

Hypothese 9a. Huisartsen ervaren meer knelpunten in de bereikbaarheid van de ander dan bedrijfsartsen.

Hypothese 9b. Artsen die meer vertrouwen hebben, ervaren minder knelpunten in bereikbaarheid.

Eerst is het verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen in het ervaren van de knelpunten getoetst voor alle vijf de knelpunten afzonderlijk en wel door een multivariate variantieanalyse. Als onafhankelijke variabelen zijn ingevoerd: discipline, contactfrequentie en ervaring in de andere discipline en als co-varianten leeftijd en geslacht. Het resultaat staat in tabel 9 in bijlage VI en in figuur 5.1.

Uit tabel 9 blijkt dat voor de knelpunten 1 tot en met 4 de discipline significant bijdraagt aan de variantie. Het verschil tussen de disciplines is ook te zien in figuur 5.1.



Figuur 5.1 Gemiddelde scores op het ervaren van de vijf knelpunten in het contact, huisartsen en bedrijfsartsen.

Score 1 = nooit, score 2 = zelden, score 3 = wel eens, score 4 = altijd of vaak.

Knelpunten 1 en 2 worden significant vaker door huisartsen ervaren en knelpunten 3 en 4 significant vaker door bedrijfsartsen. Knelpunten 1 en 2 zijn de 'interne' knelpunten (naam en telefoonnummer van de ander niet te vinden).

Omdat er een significante interactie is tussen discipline en ervaring in de andere discipline bij knelpunt 1, is dit nader bekeken door middel van een univariate variantieanalyse voor knelpunt 1. In figuur 12 (bijlage VI) is dit zichtbaar gemaakt.

Het verschil tussen artsen met en zonder ervaring in de andere discipline en hun ervaren van bereikbaarheidsknelpunt 1 blijkt alleen significant voor huisartsen. Huisartsen met ervaring als bedrijfsarts ervaren significant vaker knelpunt 1 dan huisartsen zonder die ervaring ($F(1, 290) = 4.7, p = .03$).

Hypothese 9a wordt dus gesteund voor de interne knelpunten, maar voor knelpunt 1 alleen voor huisartsen met ervaring als bedrijfsarts. Voor de knelpunten 3 en 4 is het resultaat tegengesteld aan de verwachting.

Voor hypothese 9b zijn verschillende multivariate variantieanalyses verricht. Eerst een analyse met als onafhankelijke variabelen 'knowledge-based trust', 'discipline' en 'ervaring in de andere discipline', als afhankelijke variabele de twee soorten 'belemmeringen' en als co-varianten leeftijd en geslacht. Omdat uit de toetsing van hypothese 9a bleek, dat contactfrequentie geen significante variantiebron is, is deze niet meer meegenomen. KBT is verdeeld in drie categorieën: laag, middel en hoog. De resultaten staan in tabel 10 (bijlage VI).

Omdat er een interactie is tussen discipline en ervaring in de andere discipline is een aparte multivariate variantieanalyse verricht voor artsen met en voor artsen zonder ervaring in de andere discipline. Zie tabel 11 en figuren 13 en 14 in bijlage VI voor artsen met ervaring in de andere discipline. Uit tabel 10 en de figuren 13 en 14 (bijlage VI) blijkt dat artsen die ervaring in de andere discipline hebben, beide soorten knelpunten (intern en extern) significant minder ervaren naarmate het vertrouwen (KBT) groter is. Interne knelpunten $F(2, 109) = 73.2, p < .01$, externe knelpunten $F(2, 109) = 7.4, p = .01$.

Nu de resultaten voor de artsen zonder ervaring in de andere discipline (zie tabel 12 en de figuren 15 en 16 in bijlage VI). Voor de groep die geen ervaring heeft in de andere discipline is er geen significant verband tussen KBT en het ervaren van knelpunten in bereikbaarheid. Interne knelpunten $F(2, 368) = 0.01, p = .99$, externe knelpunten $F(2, 368) = 2.0, p = .1$.

Voor het beantwoorden van het tweede deel van hypothese 9b is een zelfde multivariate variantieanalyse verricht, maar nu met 'identification-based trust' als onafhankelijke

variabele (in drie categorieën) naast 'discipline' en 'ervaring in de andere discipline'. Zie hiervoor tabel 13 in bijlage VI.

Omdat er opnieuw een interactie is tussen IBT en ervaring in de andere discipline (bij interne bereikbaarheidsknelpunten), zijn ook hier de analyses voor de groepen met en zonder ervaring apart verricht. Zie tabel 14 (bijlage VI) voor de artsen met ervaring in de andere discipline. De bijbehorende figuren voor de artsen met ervaring zijn 17 en 18 in bijlage VI.

Artsen met ervaring in de andere discipline ervaren significant minder interne en externe bereikbaarheidsknelpunten naarmate hun IBT hoger is. Interne knelpunten $F(2, 109) = 5.9, p < .01$, externe knelpunten $F(2, 109) = 5.3, p = .01$.

Voor artsen zonder ervaring in de andere discipline staan de resultaten in tabel 15 en de figuren 19 en 20 in bijlage VI. Artsen zonder ervaring in de andere discipline ervaren significant minder externe bereikbaarheidsknelpunten naarmate hun IBT hoger is. Er is bij hen geen verband tussen IBT en interne bereikbaarheidsknelpunten. Interne knelpunten $F(2, 368) = 0.9, p = .4$, externe knelpunten $F(2, 368) = 5.9, p < .01$.

De uitkomsten van de toetsing voor hypothese 9b luiden dus als volgt (zie tabel 5.2):

Tabel 5.2 Vertrouwen en knelpunten in bereikbaarheid

Samengevatte resultaten toetsing van het verband tussen vertrouwen en ervaren van knelpunten in bereikbaarheid, artsen met en zonder ervaring in de andere discipline

Verband	Artsen met ervaring andere discipline	Artsen zonder ervaring andere discipline
KBT en interne knelpunten	Significant	Niet significant
KBT en externe knelpunten	Significant	Niet significant
IBT en interne knelpunten	Significant	Niet significant
IBT en externe knelpunten	Significant	Significant

Hypothese 9b wordt dus gesteund voor artsen met ervaring in de andere discipline. Voor artsen zonder ervaring in de andere discipline is er alleen steun voor IBT en externe bereikbaarheidsknelpunten.

5.1.3. Beantwoording explorerende vragen

Vraag T1. Hoeveel contacten hebben huisartsen met bedrijfsartsen en bedrijfsartsen met huisartsen?

Het aantal contacten is af te lezen uit tabel 16 in bijlage VI. Bedrijfsartsen hebben gemiddeld meer contacten met huisartsen (ruim 20 per jaar) dan huisartsen met bedrijfsartsen (bijna 10 per jaar). Ook is er verschil in het aantal malen dat men advies geeft tot contact met de andere discipline (bedrijfsartsen gemiddeld 57 keer per jaar, huisartsen gemiddeld 23 keer per jaar).

De verschillen zijn getoetst met een univariate variantieanalyse, waarbij leeftijd en geslacht als co-varianten zijn meegenomen, maar ook het aantal uren dat men per week werkzaam is, omdat het logisch is dat dit invloed zal hebben op de frequenties van het contact.

Uit de toetsing (zie tabel 16 in bijlage VI) blijkt, dat bedrijfsartsen significant vaker contact met een huisarts zeggen te hebben dan andersom ($F(1, 511) = 58.7, p < .001$). Bedrijfsartsen zeggen ook significant vaker het advies aan een patiënt te geven om contact met de huisarts op te nemen dan andersom ($F(1, 483) = 43.6, p < .001$).

Vraag T2. Welke factoren verklaren het beste de waardering van de samenwerking bij huisartsen en bedrijfsartsen?

Om deze vraag te beantwoorden is een hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd. De resultaten staan in tabel 5.3. De waardering van de samenwerking is een combinatie van de waardering van het informatiegehalte en de sfeer.

Voor deze bewerking zijn dummyvariabelen gemaakt van de variabelen discipline, geslacht, en ervaring in de andere discipline. Ook zijn dummy's gemaakt van de verschillende interacties met deze variabelen.

In de regressie zijn als variabelen ingevoerd: discipline, leeftijd, geslacht, aantal werkuren per week, ervaring in de andere discipline, relatieve positie, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, de twee soorten vertrouwen. Ook zijn de interacties met KBT en IBT ingevoerd.

Het model dat met de methode 'stepwise' het beste de waardering van de samenwerking verklaart, staat in tabel 5.3.

Tabel 5.3 Resultaten van de hiërarchische regressieanalyse ('stepwise') voor de voorspelde variabele 'waardering van de samenwerking'

Variabele	B	SE B	β	t	p
KBT	.38	.08	.24	5.03	.00**
IBT	.46	.07	.33	6.92	.00**
Contactfrequentie	.11	.03	.16	3.56	.00**
Discipline	-.53	.18	-.40	-2.88	.00**
Interactie discipline en IBT	.13	.06	.29	2.17	.03*

$R^2 = .33$

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Omdat de interactie tussen IBT en discipline significant is, en er met dummy's is gewerkt, is vervolgens berekend hoe de regressielijnen (voor IBT als voorspeller en waardering als voorspelde variabele) lopen voor huisartsen en bedrijfsartsen apart. Voor huisartsen blijkt de coëfficiënt .63 en voor bedrijfsartsen .04. In een grafiek (niet opgenomen) is vervolgens te zien dat bij lagere IBT de huisartsen een lagere waardering voor de samenwerking hebben dan de bedrijfsartsen. Bij hogere IBT hebben de huisartsen een hogere waardering van de samenwerking dan de bedrijfsartsen. Het effect van IBT op waardering is dus bij de huisartsen hoger dan bij de bedrijfsartsen. Het model (tabel 5.3) verklaart in totaal ruim 30% van de variantie in waardering van de samenwerking. De beide soorten vertrouwen worden in de regressie opgenomen. De overige ingevoerde sociaal-psychologische variabelen (relatieve positie, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid) worden niet in de regressie opgenomen en dragen dus niet significant bij aan de waardering van de samenwerking.

Vraag T3. Welke factoren verklaren het beste de mate waarin men de (beheersbare en niet-beheersbare) knelpunten ervaart?

Bij de toetsing van hypothese 9b is al gevonden dat vertrouwen samenhangt met het ervaren van knelpunten. De vraag is nu, welke factoren het beste het ervaren van knelpunten voorspellen. Om deze vraag te beantwoorden, is een hiërarchische regressie (methode 'stepwise') verricht. Als variabelen zijn ingevoerd: discipline, leeftijd, geslacht, aantal werkuren per week, ervaring in de andere discipline, relatieve positie, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, de twee soorten vertrouwen en de contactfrequentie. Ook zijn de verschillende interacties met KBT en IBT ingevoerd. Dit is apart gedaan voor interne en voor externe knelpunten.

De resultaten voor de interne bereikbaarheidsknelpunten staan in tabel 5.4.

Tabel 5.4 Resultaten van de hiërarchische regressieanalyse ('stepwise') voor de voorspelde variabele 'interne bereikbaarheidsknelpunten'

Variabele	B	SE B	β	t	p
Discipline	1.79	.07	.80	26.24	.00**
IBT	-.23	.09	-.08	-2.71	.00**

$R^2 = .62$

** $p < .01$.

Het model met zowel discipline als IBT voorspelt significant de interne knelpunten in bereikbaarheid. Bij meer IBT ervaart men minder knelpunten. Er worden dus geen nieuwe factoren gevonden, naast wat al bij de toetsing van hypothese 9b was vastgesteld.

De resultaten voor de regressie voor de voorspelde variabele 'externe bereikbaarheidsknelpunten' staan in tabel 5.5.

Tabel 5.5 Resultaten van de hiërarchische regressieanalyse ('stepwise') voor de voorspelde variabele 'externe bereikbaarheidsknelpunten'

Variabele	B	SE B	β	t	p
IBT	-.37	.10	-.18	-3.70	.00**
Interactie discipline en KBT	-.07	.02	-.16	-3.36	.00**

$R^2 = .07$

** $p < .01$.

Het model met de variabelen IBT en de interactie tussen discipline en KBT voorspelt voor 7% de variabele externe bereikbaarheidsknelpunten. (IBT alleen doet dat voor 5%.) Bij meer IBT ervaart men minder knelpunten. Het effect is niet erg groot. Ook hier worden geen nieuwe factoren gevonden, naast de resultaten van de toetsing van hypothese 9b.

5.1.4 Samenvatting resultaten onderzoek 1

Hieronder in tabelvorm de resultaten van onderzoek 1, eerst de hypothesen (tabel 5.6), daarna de explorerende vragen (tabel 5.7).

Tabel 5.6 Samenvatting van de resultaten van de toetsing van de hypothesen bij onderzoek 1

Hypothese	Resultaat toetsing
Hypothese 1a. Wanneer huisartsen en bedrijfsartsen zich met elkaar vergelijken, schrijven beide aan zichzelf een relatief hogere positie toe.	Gesteund
Hypothese 1b. Huisartsen scoren significant hoger op de relatieve positie-schaal dan bedrijfsartsen.	Gesteund
Hypothese 2a. Bedrijfsartsen die huisarts zijn geweest, schrijven zich een meer gelijke positie aan huisartsen toe dan bedrijfsartsen zonder die ervaring.	Gesteund
Hypothese 2b. Huisartsen die bedrijfsarts zijn geweest, schrijven zich een hogere positie toe dan huisartsen zonder die ervaring.	Geen steun
Hypothese 3a. Huisartsen identificeren zich sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen.	Gesteund
Hypothese 3b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke identificatie met de huidige discipline.	Gesteund
Hypothese 4a. Huisartsen schrijven zichzelf meer verantwoordelijkheid toe dan bedrijfsartsen.	Gesteund
Hypothese 4b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een meer gelijke verantwoordelijkheidstoewijzing.	Geen steun
Hypothese 5a. Huisartsen achten zich minder afhankelijk van informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen.	Gesteund
Hypothese 5b. Ervaring in het beroep van de ander leidt tot een minder sterke afhankelijkheid van de informatie van de ander.	Geen steun
Hypothese 6a. Voor beide disciplines is de knowledge-based trust sterker dan de identification-based trust.	Gesteund
Hypothese 6b. Bedrijfsartsen hebben een hoger niveau van KBT en van IBT dan huisartsen.	Gesteund voor KBT Tegengesteld voor IBT
Hypothese 6c. Ervaring in de andere discipline draagt bij tot meer KBT en meer IBT.	Tegengesteld voor KBT en voor IBT
Hypothese 6d. Een gelijke positie aan de andere discipline draagt bij tot meer vertrouwen (KBT en IBT) in de ander dan een als lager of hoger waargenomen positie.	Geen steun voor huisartsen Gesteund voor bedrijfsartsen wat betreft KBT
Hypothese 7. Bedrijfsartsen nemen vaker het initiatief tot contact dan huisartsen.	Gesteund
Hypothese 8a. Meer contacten leiden tot meer knowledge-based trust.	Geen steun voor huisartsen Tegengesteld voor bedrijfsartsen
Hypothese 8b. Meer contacten leiden tot meer identification-based trust.	Gesteund
Hypothese 8c. Meer contacten leiden tot een hogere ervaren kwaliteit van de samenwerking.	Gesteund
Hypothese 9a. Huisartsen ervaren meer knelpunten in de bereikbaarheid van de ander dan bedrijfsartsen.	Gesteund voor interne knelpunten, maar bij knelpunt 1 alleen bij huisartsen met ervaring in de andere discipline Tegengesteld voor knelpunten 3 en 4
Hypothese 9b. Artsen die meer vertrouwen hebben, ervaren minder knelpunten in bereikbaarheid.	Voor artsen met ervaring in de andere discipline gesteund Voor artsen zonder ervaring in de andere discipline alleen steun voor IBT en externe bereikbaarheidsknelpunten

Tabel 5.7 Samenvatting resultaten explorerende vragen onderzoek 1

Explorerende vraag	Samengevat antwoord
T1. Hoeveel contacten hebben huisartsen met bedrijfsartsen en bedrijfsartsen met huisartsen? Hoe vaak adviseren ze een patiënt contact op te nemen met iemand van de andere discipline?	Huisartsen hebben per jaar gemiddeld bijna 10 contacten (mediaan 5) met een bedrijfsarts, bedrijfsartsen hebben per jaar gemiddeld ongeveer 23 (mediaan 15) contacten met een huisarts. Het verschil tussen de disciplines is statistisch significant. Huisartsen geven gemiddeld per jaar ruim 20 maal (mediaan 15) het advies aan een patiënt om contact op te nemen met een bedrijfsarts, bedrijfsartsen geven gemiddeld per jaar bijna 57 maal (mediaan 40) het advies aan een patiënt om contact op te nemen met een huisarts. Het verschil tussen de disciplines is statistisch significant.
T2. Welke factoren verklaren het beste de waardering van de samenwerking bij huisartsen en bedrijfsartsen?	KBT, IBT, contactfrequentie en discipline verklaren samen voor ruim 30% de waardering van de samenwerking. De twee soorten vertrouwen dragen het sterkste bij.
T3. Welke factoren verklaren het beste de mate waarin men de (beheersbare en niet-beheersbare) knelpunten ervaart?	Voor interne bereikbaarheidsknelpunten: IBT en discipline. Voor externe bereikbaarheidsknelpunten: IBT.

5.2 Onderzoek 2

5.2.1 Overzicht gemeten variabelen en correlaties

In bijlage IID staat een overzichtstabel van de waarden van de variabelen van het vragenlijstonderzoek bij de cursus. In het eerste deel van de tabel staan de intervalvariabelen en quasi-intervalvariabelen en in het tweede deel de nominale en dichotome variabelen. Van haio's en baio's worden tevens apart de waarden vermeld.

De correlaties van de relevante variabelen uit het casestudy onderzoek zijn berekend op $T = 0$, vlak voor de module, en staan in bijlage IIE.

5.2.2 Beantwoording explorerende vragen

C1. Hoe is de relatieve positie van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?

Vóór de cursus is de score op relatieve positie voor de haio's gemiddeld 4,5, voor de baio's 3,0 op een 5-puntsschaal (zie ook bijlage IIId). Dat betekent dat haio's net als huisartsen in onderzoek 1 zichzelf beter achten dan de andere groep. Bij baio's is dat

niet het geval, zij scoren neutraal, vinden zichzelf dus in relatieve positie gelijk aan de huisartsen. Daarmee wordt voor de huisartsen in opleiding opnieuw bevestigd wat is gevonden bij de toetsing in hypothese 1a.

Er is getoetst of het verschil tussen haio's en baio's over alle metingen significant is en of er in het verloop van de tijd na de cursus verandering was in de score op relatieve positie. Dit is getoetst met een univariate variantieanalyse, waarbij tijdstip van afname en discipline de onafhankelijke variabelen waren. De gegevens staan in tabel 17 in bijlage VI.

Er blijkt inderdaad een significant verschil tussen haio's en baio's in score op relatieve positie; de haio's scoren hoger ($F(1, 116) = 61.0, p < .01$). Dit is opnieuw een bevestiging van hypothese 1b uit onderzoek 1.

De relatieve positie van haio's en van baio's blijkt in het verloop van de tijd na een cursus 'Leren samenwerken' niet significant te veranderen ($F(2, 116) = 1.2, p = .29$).

C2. Hoe is de beroepsidentificatie van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?

Haio's scoren bij aanvang van de cursus gemiddeld 3.4 en baio's gemiddeld 2.4 op een 5-puntsschaal (zie ook bijlage IId). Beide scoren dus niet zo hoog als de huisartsen en bedrijfsartsen uit het transversale onderzoek (zij scoorden respectievelijk 4.0 (huisartsen) en 3.6 (bedrijfsartsen)).

Er is getoetst of het verschil tussen de haio's en baio's over alle metingen significant is en of er in het verloop van de cursus verandering was in de score op beroepsidentificatie. Dit is gedaan met een univariate variantieanalyse. Tijdstip van afname en discipline waren onafhankelijke variabelen. De gegevens staan in tabel 18 in bijlage VI.

Haio's scoren inderdaad significant hoger dan baio's op beroepsidentificatie ($F(1, 114) = 17.1, p < .01$). Hypothese 3a uit onderzoek 1 wordt hiermee ook voor de huisartsen in opleiding bevestigd.

Tijdstip van afname is geen significante variantiebron, noch bij haio's noch bij baio's ($F(2, 114) = 1.1, p = .34$). De cursus heeft dus waarschijnlijk geen verandering in beroepsidentificatie bewerkstelligd.

C3. Hoe beschouwen huis- en bedrijfsartsen na een cursus 'Leren samenwerken' de verantwoordelijkheidsverdeling?

Aan de geïnterviewde huis- en bedrijfsartsen in onderzoek 1 was gevraagd hoe ze de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de disciplines zien en wel met betrekking tot

vijf specifieke situaties. Uit dat onderzoek bleek, dat huisartsen zichzelf meer verantwoordelijkheden toeschrijven dan bedrijfsartsen en hiermee vond hypothese 4a steun. In onderzoek 2 is deze vraag niet in de vragenlijst gesteld, omdat de huisartsen in opleiding onder leiding van een huisarts werken en er daarmee dus een andere situatie bestaat dan in onderzoek 1. Anderhalf jaar na de cursus werkten de respondenten wel zelfstandig als huisarts. Daarom is de vraag meegenomen in de interviews.

De onderstaande fragmenten uit de interviews in de casestudy geven een illustratie van de resultaten van de toetsingen in het kader van het transversale onderzoek. Ze geven een verdere verdieping van het betoog.

De huisartsen doen enkele pregnante uitspraken op dit punt:

H2 (over verwijzing naar een paramedicus): *Dat vind ik mijn verantwoordelijkheid. Dat kan me toch wel altijd irriteren als mensen zeggen van dat de bedrijfsarts zegt dat er foto's gemaakt moeten worden of dat de bedrijfsarts zegt dat ik naar de fysiotherapeut moet. Ik vind dat prima als er zoiets moet gebeuren maar dan wil ik dat niet via de patiënt horen. En als ze een briefje mee zouden geven dan zou dat weer wat anders zijn. Het is weer wat dubbel, aan de ene kant denk ik van natuurlijk zouden ze moeten verwijzen, maar ja, het zou zo logisch zijn voor een overleg.*

H1: *Wat betreft paramedici denk ik over het algemeen dat dat net zo goed via het reguliere circuit zou kunnen. Dat zijn mensen die in een korte tijd een probleem hebben en daarvoor snel behandeling nodig hebben en ik zie daarin geen toegevoegde waarde om dat via het werk te doen, tenzij het puur om snelheid zou gaan. Dat vind ik toch meer iets wat bij mij thuis hoort. Ik associeer dit met vrij simpele, eenvoudige klachten die wel beperkingen opleveren in de werksfeer. Ik zie toch een hoop patiënten daarmee en ik ben daarin toch wel heel deskundig en de vraag is: er zal zeker enigszins een arbeidsgerelateerd iets zijn, misschien dan in oorzaak, maar uiteindelijk moet dat toch goed mogelijk zijn om dat via het reguliere circuit op te lossen.*

De bedrijfsartsen zouden wel graag zelf verwijzen, maar bij voorkeur in overleg met de huisarts (hoewel dat ook vanwege de financiële consequenties zou kunnen zijn). De volgende uitspraken illustreren dat zij op bepaalde punten aan huisartsen gelijke of meer verantwoordelijkheden toeschrijven:

B1: *Ik denk dat ik als bedrijfsarts best iemand kan verwijzen voor diagnostiek, zoals bijvoorbeeld naar een specialist, voor diagnostiek. Maar dat er problemen zijn bij bijvoorbeeld ziekenfondspatiënten die geen verwijskaart hebben, dus dan moet je wel even overleggen met een huisarts.*

... Maar ik denk dat het afhankelijk is waar de hulpvraag wordt neergelegd. Als een werknemer naar zijn huisarts gaat en zegt: Ik heb last van mijn rug en het komt door mijn werk, dan kan ik me voorstellen dat zo'n huisarts zegt: Nou dan stuur ik je even naar de fysiotherapeut. De denkwijze die ik heb over de interventie door fysiothera-

peuten is: het zou best wel een andere kunnen zijn dan die de huisarts heeft. Ik kan me voorstellen, de huisarts verwijst naar een klassieke fysiotherapeut, waarin mensen gemasseerd worden, warmwaterbaden krijgen en stroom, zoals dat heet, dus korte golf, terwijl ik liever zou hebben dat zo'n iemand bijvoorbeeld via het graded activity principe, of zoals dat tegenwoordig ook wordt genoemd graded exposure, via een soort reactivatie- of misschien revitalisatiefase komt tot een verbetering van zijn aangedane spiergroepen, verbetering van zijn houding, verbetering van zijn conditie en daardoor reductie van zijn klachten. Alleen waar ligt de verantwoording?.....en ik denk dat het beter zou zijn, of misschien moet ik zeggen, het is beter wanneer de huisarts zou zeggen: Luister eens, je hebt klachten en die komen door het werk, dus ik wil je best helpen, maar eigenlijk moet je naar de bedrijfsarts. Sterker nog, ga maar eens met de bedrijfsarts praten.

B2: Bijvoorbeeld bij een allergisch astma met niet echt karakteristieke dingen die je in de klinische sector voorkomen dat je dan eventueel als bedrijfsarts dat wel zou moeten doorverwijzen maar wel in overleg met de huisarts. Maar dat volgt weer op het pad van die diagnostiek. Als je het als bedrijfsarts mist dan ga je ook niet die specialistische verwijzing doen en als je als eerste dat vaststelt dan zal je ook dat traject voor eventueel na een diagnostiek in gang moeten zetten.

B2: Ik heb ééntje naar het rugadviescentrum verwezen, dat heb ik ook in overleg met de huisarts gedaan. Ja, als er een relatie is met het werk waarbij je dan ook angst ziet, verwijs ik inderdaad door naar de gezonde zaken of naar het rugadviescentrum.....Bij die complexe problematiek en dat rugadviescentrum heb ik die man ook moeten overtuigen, maar naar de Gezonde Zaak doe ik niet altijd in overleg met de huisarts. Ik doe dat in overleg met de werknemer en als die dat goed naar zijn huisarts kan verwoorden en ik verwacht daar verder geen problemen, ga ik daar niet specifiek zelf contact mee leggen. Maar als ik mijn twijfels heb over een diagnose bijvoorbeeld toch een nekbernia uitgesloten wil hebben of een thoracic outlet syndroom dan verwijs ik iemand toch wel eerst naar de huisarts om de diagnostiek bevestigd te krijgen en in overleg met die huisarts om die verwijzing te doen.

De uitspraken die de huisartsen en bedrijfsartsen in de interviews doen over diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening en behandeling van een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening, laten zien, dat zij dit beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de medische kant meer bij de huisarts en de relatie klachten en werk meer bij de bedrijfsarts ligt.

H1: Als iemand een verkeerde houding heeft en daar een aangepaste stoel voor krijgt, maar dat die inherent ook een houdingsprobleem heeft, dan kan ik hem verwijzen naar bijvoorbeeld een Mensendieck- of Cesartherapeut, om dat ook nog eens door te lopen.

H2: *Ik zou wel proberen om ze op te lappen met NSAID's en dat soort dingen, maar vaak zeg ik: de bron van je aandoening(en) ligt op je werk, dus daar moet je iets aan laten doen of iets zelf gaan doen. Dus dan verwijs ik ze heel vaak.*

Ik denk wel dat diagnostiek van een mogelijk arbeidsrelevante aandoening zeker gedeeltelijk bij de huisarts hoort. Je moet in ieder geval herkennen dat het met het werk te maken heeft en ik denk dus wel dat ik ze vaak doorstuur naar die bedrijfsarts, opdat hij dan kan gaan kijken wat hij eraan kan gaan doen. Een gedeelde verantwoordelijkheid dus.

B2: *Van de relatie met het werk, de diagnostiek van de relatie met het werk denk ik, dat de verantwoordelijkheid, ligt meer bij de bedrijfsarts, omdat die toch gespitst daarop moet zijn. Dat is één van zijn hoofdtaken en een huisarts, die is denk ik meer gespitst op wat is de diagnose in brede zin. En de relatie met het werk vind ik meer het terrein voor de bedrijfsarts.*

Een behandeling van een arbeidsrelevante aandoening bebelst vaak meerdere paden. Dus het hangt er vanaf wat het is. Ik denk, de behandeling van een arbeidsrelevante aandoening bebelst in ieder geval een stuk aanpak op het werk, om de oorzaak of de bron weg te nemen. Ik denk dat dat op het terrein ligt van de bedrijfsarts om de werkgever daarin te adviseren, maar eventueel fysiek probleem, nou ja, noem maar een carpaal tunnel syndroom dat is dan meer op het terrein van de curatieve sector en bijvoorbeeld ook bij psychische klachten, surmenage.

Samengevat illustreren en verhelderen de interviews de uitkomsten van het transversale onderzoek. In het bijzonder geldt dit bij verwijzing naar specialisten en naar paramedici. De huisartsen vinden zichzelf daar meer deskundig in, maar zij willen niet door de bedrijfsarts voor het blok worden gezet om te verwijzen.

De uitspraken van de geïnterviewde huisartsen verduidelijken dat er niet veel weerstand is tegen verwijzingen door bedrijfsartsen naar een bedrijfsfysiotherapeut, naar tweedelijns arbozorg of naar een specifieke behandeling voor arbeidsrelevante psychische problemen.

Bedrijfsartsen willen graag zelf kunnen verwijzen, maar daarover ook graag overleggen met de huisarts.

De uitspraken over de verdeling van de verantwoordelijkheden met betrekking tot diagnostiek en behandeling van een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening laten veel overeenstemming tussen de disciplines zien: de huisarts het medische deel en de bedrijfsarts de relatie met het werk.

C4. Hoe is de afhankelijkheid van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?

De score op de vraag naar afhankelijkheid van de informatie van de ander is bij de eerste meting gemiddeld voor haio's 1.5 en voor baio's 2.0 op een vierpuntsschaal (zie ook bijlage IId).

Om het verschil tussen de disciplines over alle metingen te toetsen en te toetsen of er na de cursus een verandering is opgetreden in de score op afhankelijkheid, is een univariate variantieanalyse gedaan met tijdstip van afname en discipline als onafhankelijke variabelen. Zie tabel 19 in bijlage VI.

Net als bij huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 scoren de bedrijfsartsen significant hoger op afhankelijkheid ($F(1, 114) = 9.8, p < .01$), een bevestiging van hypothese 5a in onderzoek 1.

Tijdstip blijkt geen significante variantiebron, noch voor haio's, noch voor baio's ($F(2, 114) = 1.2, p = .29$). Er zijn dus geen veranderingen opgetreden na de cursus.

C5a. Hoe is het vertrouwen (ten opzichte van de andere discipline) van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?

In dit onderzoek is gewerkt met één vraag over vertrouwen in de kwaliteit van het werk van de ander. De gemiddelde score op die vraag (vierpuntsschaal) is bij de eerste meting voor haio's 2.85 en voor baio's 3.2.

Het verschil tussen de disciplines over alle metingen en het verloop in vertrouwen na de cursus is getoetst met een univariate variantieanalyse, waarbij discipline en tijdstip van afname de onafhankelijke variabelen waren. Zie tabel 20 in bijlage VI.

Het verschil tussen haio's en baio's blijkt niet significant ($F(1, 117) = 2.4, p = .13$). Dit resultaat verschilt dus van de uitkomst op hypothese 6b van onderzoek 1.

Tijdstip van afname blijkt wel een significante variantiebron ($F(2, 117) = 4.1, p = .02$). Haio's en baio's hebben op de tweede meting, vlak na de module, beide meer vertrouwen in de ander dan voor de module. Haio's scoren 3.35 en baio's 3.43. Na de module neemt het effect weer af. Haio's scoren drie maanden later 3.15 en baio's 3.30. Het in de cursus opgebouwde vertrouwen zakt dus na verloop van tijd weer.

C5b. Hoe beschrijven huisartsen en bedrijfsartsen na een cursus 'Leren samenwerken' het vertrouwen in de ander?

Tijdens de interviews is expliciet gevraagd of het vertrouwen in de andere discipline is toegenomen na de cursus. Beide huisartsen zeggen iets over het vertrouwen in bedrijfsartsen na de cursus: de eerste huisarts meent dat het niet is veranderd (maar hij had al een zeker vertrouwen in bedrijfsartsen), de tweede geeft een aantal uitspraken waaruit zou kunnen blijken dat zij nu wel iets positiever kijkt naar bedrijfsartsen. De interviews met de beide huisartsen laten zien dat beiden onzeker zijn of de cursus

op dit gebied een positief effect heeft gehad. De interviews illustreren ook dat er bij huisartsen geen volledig vertrouwen bestaat in bedrijfsartsen (zoals ook onderzoek 1 al liet zien).

H1: In zijn algemeenheid kan ik niet zeggen dat mijn vertrouwen toe- of afgenomen is, behalve dan dat ik meer inzicht heb gekregen in het functioneren ervan en dat ik meer kan voorspellen of, als ik het heel negatief zeg, minder snel onder de tafel laat kletsen door wat bedrijfsartsen zouden zeggen. Maar aan de andere kant ben ik ook meer geneigd om hen de ruimte te geven. Dus, dit is jouw verantwoordelijkheid of dit is jouw werkerrein en daar kan ik verder niet iets mee....

H2: Wat ik me toen echt realiseerde was dat bedrijfsartsen toch ook wel het beste met de patiënten voor hebben en niet alleen met het bedrijf om het zo maar te zeggen, want je ziet ze toch een beetje als een bedreiging voor de patiënt en dat is toch uiteraard helemaal fout. Dat heb ik me bij die cursus pas gerealiseerd.

... Dat was tijdens de discussies met die baio's, dat wij dat inderdaad veronderstelden. Jullie zitten toch de patiënten te dwarsbomen, jullie willen ze weer aan het werk zetten, terwijl je als huisarts probeert om de patiënt te beschermen en als die in de ziektewet wil dan hou je hem in de ziektewet, bij wijze van spreken. Dus dat viel me erg op.

... Ik geloof best dat de meesten het goede met de patiënten voor ogen hebben, of mede, want ze dienen toch ook het belang van het bedrijf te behartigen.

... We zijn ook geen ene keer echt zoiets tegengekomen dat een bedrijfsarts probeerde om iemand aan het werk te krijgen, terwijl wij probeerden om ze in de ziektewet te krijgen. Maar dat was wel bij iedereen het idee dat er leefde, maar we kwamen het geen ene keer tegen. We hebben het geen één keer concreet kunnen maken. Dus dat was op zich wel frappant.

...Inderdaad, het is een vooroordeel dat zij alleen in dienst van het bedrijf zijn en dat dat hun voornaamste taak is om economisch voordeel voor dat bedrijf te bewerkstelligen.

... Maar aan de andere kant, dat ik me in de verdediging getrokken voel, dat blijft ook bestaan. Inderdaad, vaak blijkt dat ook helemaal terecht, ook als ik het gevoel heb dat ze een beetje de boel overdrijven... Maar dan sta ik toch aan de kant van de patiënt, dan vind ik toch dat als hij in de ziektewet wil blijven, dan is het zonder enige twijfel niet mijn taak om hem eruit te krijgen. Ook al vind ik dat hij wel aan het werk zou moeten.

De bedrijfsartsen menen beiden dat ze al vertrouwen in huisartsen hadden en dat er geen verandering door de cursus is opgetreden.

B1: Ik denk dat de cursus daar niet zo veel aan heeft bijgedragen aan mijn vertrouwen in huisartsen. Want dat was gewoon redelijk goed, dat was gewoon goed, kan ik zeggen. Op zich, overleg tussen huisartsen en bedrijfsartsen gaat altijd goed. Zeker de

laatste driekwart jaar, ik heb eigenlijk nooit problemen gehad. Nooit op een vervelende manier benaderd, ik krijg ook heel vaak ... Vroeger kreeg je hun praktijknummer, nu krijg ik ook hun mobiele nummer, dus de drempel wordt ook verlaagd. Dus dat gaat steeds beter.

B2: Maar ja, vertrouwen is op zich goed. ... Als je gewoon goed motiveert en uitlegt, uitleg is, denk ik, heel erg belangrijk en dat je toch het belang van die patiënt voorop hebt staan en waarom, ja, dan over het beleid, denk ik dat je best wel op één lijn komt, niet afhankelijk, meer samen.

Kort samengevat: door de haio's (met name door H2) wordt vermeld dat ze (meer) vertrouwen hebben gekregen. De baio's hebben al genoeg vertrouwen, bij hen kon een positieve verandering door de cursus niet worden verwacht. Deze uitspraken ondersteunen de gegevens die met de vragenlijst zijn verzameld.

Vertrouwen hangt bij de haio's samen met wat men denkt dat de bedrijfsarts met de gegevens gaat doen, en in hoeverre het belang van de patiënt bij het handelen van de bedrijfsarts voorop staat.

C6a. Hoeveel contacten hebben huisartsen in opleiding met bedrijfsartsen en hoeveel contacten hebben bedrijfsartsen in opleiding met huisartsen?

In tabel 21 in bijlage VI staat voor de eerste meting het aantal contacten met de ander, het aantal malen dat men een briefje meegaf voor de ander en het aantal malen dat men advies gaf tot contact met de ander. Steeds is gevraagd naar het laatste kwartaal. Haio's hadden gemiddeld 0.6 contacten met bedrijfsartsen in het laatste kwartaal, bedrijfsartsen gemiddeld ruim 4 contacten met een huisarts. Het aantal malen dat men een briefje meegaf voor de andere discipline in het laatste kwartaal was voor haio's 0.2 en voor baio's 0.8. Het aantal keren dat men de patiënt adviseerde tot contact met de arts van de andere discipline was in het laatste kwartaal voor haio's 3.0 en voor baio's ruim 19 keer. De verschillen tussen de disciplines zijn significant voor het aantal contacten en het meegeven van een briefje en niet voor het advies tot contact met de ander.

De toetsing van de verschillen tussen haio's en baio's over alle metingen is getoetst met een univariate variantieanalyse. Zie tabel 21 in bijlage VI. Hier blijkt bij alle drie de soorten contact een significant verschil. Baio's hebben significant vaker dan haio's een contact met iemand van de andere discipline ($F(1, 71) = 75.9, p < .01$) en geven significant vaker een briefje mee ($F(1, 71) = 7.4, p < .01$). Er blijkt ook een significant verschil in het aantal keren dat men advies geeft aan de patiënt tot contact met de andere discipline ($F(1, 65) = 4.7, p = .03$).

Het valt op dat de haio's in aantal contacten vergelijkbaar zijn met de bedrijfsartsen in het onderzoek 1. Het aantal contacten van haio's ligt ver onder dat van de huisartsen uit onderzoek 1.

C6b. Verandert het aantal contacten na een cursus 'Leren samenwerken' in de beroepsopleiding?

Om na te gaan of het aantal contacten na de cursus veranderd is, is een univariate variantieanalyse gedaan met als onafhankelijke variabelen tijdstip van afname en discipline. Zie tabel 22, 23 en 24.

Tijdstip van afname blijkt geen significante variantiebron voor het aantal contacten ($F(1, 71) = 0.0, p = .9$), noch voor het aantal malen dat men een briefje meegaf voor de ander ($F(1, 71) = 0.6, p = .4$), noch voor het aantal malen dat men de patiënt adviseert contact op te nemen met de andere arts ($F(1, 65) = 0.0, p = .9$). Blijkbaar zijn er op het niveau van aantal contacten geen meetbare veranderingen opgetreden na de cursus.

C6c. Welke argumenten hanteren huisartsen en bedrijfsartsen, die de cursus 'Leren samenwerken' hebben gevolgd, om contact op te nemen met de ander? Wat zijn volgens hen de opbrengsten?

Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de interviews. Gevraagd is om te beschrijven hoe na de cursus de contacten met de andere discipline zijn verlopen. Waarom nam men contact op? Wat leverde het contact op? Hieronder een samenvatting van de gegeven antwoorden.

De huisartsen noemden de volgende voorbeelden van een contact met een bedrijfsarts:

Een vrouw wordt zeer ambivalent benaderd door haar leidinggevende: enerzijds wil hij privé afspraken, anderzijds let hij erg op haar gedrag en zegt er iets van als ze 5 minuten te laat komt. Aan deze vrouw adviseert de huisarts zelf contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Een man bij wie na een jaar zijn contract niet zou worden verlengd en die zijn toekomst zag instorten. De man had schulden en de verlenging van het contract was nodig om uit de schulden te komen. De man meldde zich ziek en de bedrijfsarts zou hem onder druk zetten om weer te gaan werken omdat hij niet ziek was.

In deze voorbeelden van de huisartsen blijkt het te gaan om zaken die men als huisarts niet zelf aankan, en gaat het om de volgende motieven:

- Er spelen in het werk factoren die de klacht beïnvloeden.
- De bedrijfsarts is zelf onderdeel van het probleem.

De bedrijfsartsen noemden de volgende voorbeelden van contact met een huisarts: Wanneer een patiënt zich presenteert met een klacht, waarvan hij denkt dat er stukken ontbreken, dan kan de huisarts deze aanvullen.

Een mevrouw met reuma, bij wie de lichamelijke klachten niet afdoende verklaring gaven voor haar belastbaarheid en bij wie er toch veel privé-zaken speelden. Dit werd door de huisarts bevestigd.

De bedrijfsarts wil met de huisarts overleggen over het verwijzen van een overspannen patiënt. Via de bedrijfsarts kan het snel, maar hij wil dit niet buiten de huisarts om doen.

Een man met psychische klachten na een hartinfarct. De bedrijfsarts wilde de huisarts van informatie voorzien.

Bij een man met nekklachten wilde de bedrijfsarts een nekhernia laten uitsluiten en verwees naar de huisarts.

En vrouw met beginnende RSI-klachten, die naar de Cesartherapeut wilde. De bedrijfsarts verwees haar daarvoor naar de huisarts.

Samengevat liggen de motieven van de bedrijfsartsen op de volgende gebieden:

- Geven of vragen van informatie aan de huisarts
- Verzoek om verwijzing door de huisarts of over overleg over verwijzing (wie verwijst)
- Overleggen over aanpak (bij mogelijk verschil van inzicht)

Bij de vraag naar *opbrengsten* voor de huisartsen, kwamen de volgende voorbeelden: Bij de huisarts die als advocaat optrad voor zijn patiënt: de bedrijfsarts zal een gesprek arrangeren tussen werkgever en werknemer.

Uitwisselen van informatie zonder duidelijke conclusie, maar wat wel doorwerkt in de gesprekken van beide artsen met de patiënt.

Het overleg leverde meer begrip op voor de patiënt. De huisarts kreeg informatie en kon informatie geven.

Naar aanleiding van het advies van de huisarts aan de patiënt om contact te zoeken met de bedrijfsarts, bleken bij navragen aanpassingen op de werkplek of aangepast werk gerealiseerd te zijn.

Samengevat blijkt er sprake van de volgende opbrengsten vanuit de huisartsen gezien:

- Meer begrip voor de patiënt (door beide artsen).
- Aanpassingen op de werkplek of aangepast werk.

De opbrengsten worden als volgt door de bedrijfsartsen beschreven:

In het overleg kan men de taken met elkaar afstemmen: wie doet wat? Bijvoorbeeld: wie gaat verwijzen naar een psycholoog? Dat afstemmen van het beleid is volgens de bedrijfsarts altijd in het voordeel van de patiënt.

Met de huisarts samen is besloten om iemand na een hartinfarct naar een psycholoog te verwijzen. Dit werd ook ervaren als een bevestiging dat de huisarts achter het beleid van de bedrijfsarts stond.

De bedrijfsarts kreeg informatie van de huisarts toen hij er zelf niet voldoende uitkwam. Dat was het geval bij de mevrouw met reuma. Daarmee kan men het eigen beleid onderbouwen.

De huisarts verwees (op verzoek van de bedrijfsarts) de patiënte met RSI naar een Cesartherapeut.

Samengevat zijn de opbrengsten voor de bedrijfsartsen:

- Afgestemd of beter onderbouwd beleid.
- Heldere taakverdeling tussen huisarts en bedrijfsarts.

C7. Verandert de waardering van de contacten met de andere discipline bij huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding na het volgen van een cursus 'Leren samenwerken'?

De waardering van de contacten is geoperationaliseerd naar de vragen naar het informatiegehalte en naar de sfeer. Deze zijn opgeteld en de score is gedeeld door 2. Baio's scores vóór de cursus gemiddeld 3.45 en haio's 3.26.

Het verschil tussen de disciplines over alle metingen en het verloop in de tijd is getoetst met een univariate variantieanalyse waarbij tijdstip van afname en discipline onafhankelijke variabelen waren. Zie tabel 25 in bijlage VI. Uit de toets blijkt dat noch discipline noch tijdstip een significante variantiebron is voor de waardering van de samenwerking. Voor discipline: $F(2, 49) = 1.1, p = .3$. Voor tijdstip: $F(2, 49) = 0.5, p = .5$. Er is in het verloop van de tijd dus geen verandering in de waardering voor de contacten met de ander te zien.

5.2.3 Samenvatting resultaten onderzoek 2

Hieronder in tabel 5.8 een samenvatting van de antwoorden op de vragen bij onderzoek 2.

Tabel 5.8 Samenvatting resultaten onderzoek 2

Vraag	Samengevat antwoord
C1. Hoe is de relatieve positie van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?	Huisartsen in opleiding scoren zichzelf hoger dan bedrijfsartsen (conform hypothese 1a van onderzoek 1). Bedrijfsartsen in opleiding scoren hun relatieve positie gelijk aan huisartsen (niet conform hypothese 1a van onderzoek 1). Huisartsen in opleiding hebben een significant hogere relatieve positie dan bedrijfsartsen in opleiding (conform hypothese 1b van onderzoek 1). Noch huisartsen noch bedrijfsartsen in opleiding veranderen significant in relatieve positie na de cursus.
C2. Hoe is de beroepsidentificatie van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?	Huisartsen in opleiding scoren significant hoger op beroepsidentificatie dan bedrijfsartsen in opleiding (conform hypothese 3a van onderzoek 1). Bedrijfsartsen in opleiding scoren negatief. Noch huisartsen noch bedrijfsartsen in opleiding veranderen significant in beroepsidentificatie na de cursus.
C3. Hoe beschouwen huis- en bedrijfsartsen na een cursus 'Leren samenwerken' de verantwoordelijkheidsverdeling?	De geïnterviewde huisartsen en bedrijfsartsen zijn het min of meer eens over de verdeling van de verantwoordelijkheden met betrekking tot diagnostiek en behandeling. Wat betreft verwijzing naar specialisten en naar paramedici willen beiden graag met de ander overleggen, de huisarts wil niet voor het blok worden gezet door de bedrijfsarts, bedrijfsartsen verwijzen al zelf naar een bedrijfsfysiotherapeut of naar tweedelijns arbozorg, dit wordt door een van de huisartsen positief gewaardeerd, de ander vindt zichzelf de deskundige voor deze verwijzing.
C4. Hoe is de afhankelijkheid van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?	Bedrijfsartsen in opleiding voelen zich significant afhankelijker van de gegevens van huisartsen dan huisartsen in opleiding van de gegevens van bedrijfsartsen (conform hypothese 5a van onderzoek 1). Noch huisartsen noch bedrijfsartsen in opleiding veranderen na de cursus significant in de mate van afhankelijkheid.
C5a. Hoe is het vertrouwen (ten opzichte van de andere discipline) van huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding voor en na een cursus 'Leren samenwerken'?	Er is geen significant verschil tussen haio's en baio's in vertrouwen in de andere discipline (niet conform hypothese 6b voor KBT van onderzoek 1). Bij haio's en baio's stijgt het vertrouwen in de ander kort na de module significant, maar daalt daarna weer.
C5b. Hoe beschrijven huisartsen en bedrijfsartsen na een cursus 'Leren samenwerken' het vertrouwen in de ander?	In de interviews wordt door de haio's verteld dat men iets positiever is gaan kijken naar bedrijfsartsen, maar niet dat er duidelijk meer vertrouwen is ontstaan. De baio's hadden al genoeg vertrouwen, bij hen kon een positieve verandering door de cursus niet worden verwacht. Vertrouwen hangt bij de haio's samen met wat men denkt dat de bedrijfsarts met de gegevens gaat doen, en in hoeverre het belang van de patiënt voorop staat.
C6a. Hoeveel contacten hebben huisartsen in opleiding met bedrijfsartsen en hoeveel contacten hebben bedrijfsartsen in opleiding met huisartsen?	Haio's hebben vóór de cursus per kwartaal gemiddeld 0.6 (mediaan 0) contacten met een bedrijfsarts, baio's gemiddeld 4.1 (mediaan 3) met een huisarts. Dit verschil is statistisch significant (dit is conform het resultaat van explorerende vraag T1 van onderzoek 1). Haio's geven vóór de cursus per kwartaal gemiddeld 0.2 (mediaan 0) maal een briefje aan een patiënt voor een bedrijfsarts; baio's gemiddeld 0.8 (mediaan 0) maal voor een huisarts. Dit verschil is statistisch significant. Haio's geven vóór de cursus per kwartaal gemiddeld 3.0 (mediaan 2) maal het advies om contact met een bedrijfsarts op te nemen; baio's 19.1 (mediaan 5) maal het advies om contact met een huisarts op te nemen. Dit verschil is statistisch niet significant verschillend (dit is niet conform het resultaat van explorerende vraag T1 van onderzoek 1). Over alle metingen samen scoren baio's significant hoger dan haio's zowel wat betreft aantal contacten als aantal briefjes als aantal malen verwijzing naar de andere discipline.
C6b. Verandert het aantal contacten na een cursus 'Leren samenwerken' in de beroepsopleiding?	Noch haio's noch baio's veranderen na de cursus significant in het aantal contacten met de ander, het aantal malen dat zij een briefje meegeven voor de ander of het aantal keren dat zij advies aan een patiënt geven om contact met de ander op te nemen.

<p>C6c. Welke argumenten hanteren huisartsen en bedrijfsartsen, die de cursus 'Leren samenwerken' hebben gevolgd, om contact op te nemen met de ander? Wat zijn volgens hen de opbrengsten?</p>	<p>Motieven van de huisartsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er spelen in het werk factoren die de klacht beïnvloeden - De bedrijfsarts is zelf onderdeel van het probleem <p>Motieven van de bedrijfsartsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geven of vragen van informatie aan de huisarts - Verzoek om verwijzing door de huisarts of over overleg over verwijzing (wie verwijst) - Overleggen over aanpak (bij mogelijk verschil van inzicht) <p>Opbrengsten volgens de huisartsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer begrip voor de patiënt (door beide artsen) - Aanpassingen op de werkplek of aangepast werk <p>Opbrengsten volgens de bedrijfsartsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afgestemd of beter onderbouwd beleid - Helderere taakverdeling
<p>C7. Verandert de waardering van de contacten met de andere discipline bij huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding na het volgen van een cursus 'Leren samenwerken'?</p>	<p>Vóór de cursus is er geen significant verschil tussen haio's en baio's. Er zijn in het vragenlijstgedeelte noch bij haio's noch bij baio's veranderingen in waardering van de contacten aantoonbaar.</p>

5.3 Onderzoek 3

5.3.1 Overzicht gemeten variabelen en correlaties

Het overzicht van de waarden van de in onderzoek 3 vóór de projecten bij huisartsen en bedrijfsartsen gemeten variabelen staat in bijlage IIIc. De scores van de metingen op het tweede tijdstip staan weergegeven bij de toetsing van de hypothesen.

Van de scores op de beginmeting is een correlatietabel gemaakt; zie bijlage IIIId.

5.3.2 Toetsing hypothesen

Bij het toetsen van de hypothesen is steeds gebruik gemaakt van 'repeated measures'. Discipline, leeftijd en geslacht zijn als onafhankelijke variabelen ingevoerd; voor hypothesen 6d, 7, 8, 9 ook de contactfrequentie op het eerste meetmoment; voor hypothese 9b ook KBT of IBT. Wanneer er een discrepantie bleek met de uitkomsten van onderzoek 1 is ook een univariate toetsing uitgevoerd per meetmoment.

5.3.2.1 Relatieve positie

Hypothese 1a. Wanneer huisartsen en bedrijfsartsen zich met elkaar vergelijken, schrijven beide aan zichzelf een relatief hogere positie toe.

Hypothese 1b. Huisartsen scoren significant hoger op de relatieve positie-schaal dan bedrijfsartsen.

De gemiddelde score bij de beginmeting van huisartsen op de relatieve positie is 4.2 ($SD = 0.9$), van bedrijfsartsen 3.5 ($SD = 1.2$). De scores van de twee metingen staan met die van onderzoek 1 in tabel 5.9.

Tabel 5.9 Gemiddelde scores op de relatieve positie-schaal voor huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 en onderzoek 3

	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Onderzoek 1	4.3 ($SD = 0.9$)	3.8 ($SD = 1.1$).
Onderzoek 3 (begin)	4.2 ($SD = 0.9$)	3.5 ($SD = 1.2$)
Onderzoek 3 (eind)	4.3 ($SD = 0.9$)	3.4 ($SD = 1.1$)

Uit de tabel is af te lezen dat onderzoek 3 hetzelfde patroon te zien geeft als onderzoek 1. Beide artsen scoren boven de 3 (score 3 = gelijk aan de ander). De huisartsen scoren hoger dan de bedrijfsartsen.

Om te toetsen of de scores significant van 3 afwijken is een t-toets voor huisartsen en bedrijfsartsen afzonderlijk. Op beide tijdstippen blijken de scores significant af te wijken van de testwaarde 3. Zie hiervoor tabel 1 in bijlage VI.

Hypothese 1a wordt gesteund.

Om te toetsen of het verschil tussen de disciplines net als in onderzoek 1 ook in onderzoek 3 significant is en om vraag L1 te kunnen beantwoorden (zie 5.3.3), is getoetst met 'repeated measures'. Uit de toetsing blijkt, dat het verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen inderdaad significant is ($F(1, 936) = 58.60, p < .01$).

Hypothese 1b wordt gesteund.

5.3.2.2 Beroepsidentificatie

Hypothese 3a. Huisartsen identificeren zich sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen.

De gemiddelde score bij de beginmeting van huisartsen op beroepsidentificatie is 4.2 ($SD = 0.7$) en van bedrijfsartsen 3.8 ($SD = 0.9$). De scores van onderzoek 3 (beide metingen) en de scores van onderzoek 1 staan in tabel 5.10.

Tabel 5.10 Gemiddelde scores op de beroepsidentificatieschaal voor huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 en 3

	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Onderzoek 1	4.0 ($SD = 0.7$)	3.6 ($SD = 0.8$)
Onderzoek 3 (begin)	4.2 ($SD = 0.7$)	3.8 ($SD = 0.9$)
Onderzoek 3 (eind)	4.3 ($SD = 0.6$)	3.7 ($SD = 0.9$)

In de tabel is te zien dat in onderzoek 3 hetzelfde patroon te zien is als in onderzoek 1. De huisartsen scoren in beide metingen hoger dan de bedrijfsartsen.

Om te toetsen of het verschil, net als in onderzoek 1, ook in onderzoek 3 significant is en om vraag L2 te kunnen beantwoorden (zie 5.3.3), is getoetst met 'repeated measures'. Discipline blijkt een significante variantiebron: $F(1, 29) = 28.19, p < .01$.

Hypothese 3a is hiermee gesteund.

5.3.2.3 Verantwoordelijkheid

Hypothese 4a. Huisartsen schrijven aan zichzelf meer verantwoordelijkheid toe dan bedrijfsartsen.

De gemiddelde score bij de beginmeting van huisartsen op de verantwoordelijkheidsschaal is 3.7 ($SD = 1.0$) en van bedrijfsartsen 2.3 ($SD = 1.1$). De scores van onderzoek 3 (beide metingen) en de scores van onderzoek 1 staan in tabel 5.11.

Tabel 5.11 Gemiddelde scores op de verantwoordelijkheidsschaal voor huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 en 3

	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Onderzoek 1	4.2 ($SD = 0.7$)	2.8 ($SD = 1.0$)
Onderzoek 3 (begin)	3.7 ($SD = 1.0$)	2.3 ($SD = 1.1$)
Onderzoek 3 (eind)	3.5 ($SD = 1.1$)	2.5 ($SD = 1.0$)

Uit de tabel is te zien dat de huisartsen steeds hoger scoren dan de bedrijfsartsen. Om het verschil te toetsen en om vraag L3 te beantwoorden (zie 5.3.3) is getoetst met 'repeated measures'. Discipline blijkt een significante variantiebron: $F(1, 800) = 97.94, p < .01$.

Hypothese 4a wordt gesteund.

5.3.2.4 Afhankelijkheid

Hypothese 5a. Huisartsen achten zich minder afhankelijk van informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen.

Huisartsen scoren bij de beginmeting gemiddeld 3.0 ($SD = 1.3$) en bedrijfsartsen 3.2 ($SD = 1.3$). De vergelijking van de metingen in onderzoek 3 (begin en eind) met die van onderzoek 1 staat in tabel 5.12.

Tabel 5.12 Gemiddelde scores op de afhankelijkheidsschaal voor huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 en 3

	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Onderzoek 1	3.0 ($SD = 1.0$)	4.0 ($SD = 0.8$)
Onderzoek 3 (begin)	3.0 ($SD = 1.1$)	3.1 ($SD = 1.1$)
Onderzoek 3 (eind)	3.0 ($SD = 1.0$)	3.2 ($SD = 1.1$)

Uit de tabel blijkt dat de disciplines in onderzoek 3 niet veel verschillen in score op de afhankelijkheidsschaal. In onderzoek 1 is er wel een significant verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Om het verschil tussen de disciplines in onderzoek 3 te toetsen en vraag L4 te beantwoorden (zie 5.3.3) is getoetst met 'repeated measures'. Discipline blijkt in onderzoek 3 geen significante variantiebron ($F(1, 539) = 1.26, p = .26$).

Dit is ook per meetmoment met een univariate variantieanalyse getoetst, waarbij blijkt dat er ook dan geen verschillen zijn tussen de disciplines. Beginmeting $F(1, 935) = 0.60, p = .44$, eindmeting $F(1, 937) = 1.65, p = .20$.

Hypothese 5a wordt niet gesteund; bedrijfsartsen en huisartsen scoren niet verschillend op de afhankelijkheidsschaal.

5.3.2.5 Vertrouwen

Hypothese 6a. Voor beide disciplines is de knowledge-based trust sterker dan de identification-based trust.

Hypothese 6b. Bedrijfsartsen hebben een hoger niveau van KBT en van IBT dan huisartsen.

Hypothese 6d. Een gelijke positie aan de andere discipline draagt bij tot meer vertrouwen (KBT en IBT) in de ander dan een als lager of hoger waargenomen positie.

De score op KBT is voor huisartsen bij de meting voor de projecten 3.0 ($SD = 0.7$) en voor bedrijfsartsen 4.0 ($SD = 0.8$). In tabel 5.13 staan de scores van onderzoek 3 (beide metingen) en onderzoek 1 vergeleken.

Tabel 5.13 Gemiddelde scores op de twee vertrouwensschalen voor huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 en 3

Soort vertrouwen	Onderzoek	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Knowledge-based trust (KBT)	Onderzoek 1	3.5 ($SD = 0.8$)	4.0 ($SD = 0.8$)
	Onderzoek 3 (begin)	3.3 ($SD = 0.8$)	4.0 ($SD = 0.7$)
	Onderzoek 3 (eind)	3.4 ($SD = 0.8$)	4.0 ($SD = 0.8$)
Identification-based trust (IBT)	Onderzoek 1	3.1 ($SD = 0.9$)	2.8 ($SD = 0.9$)
	Onderzoek 3 (begin)	3.1 ($SD = 0.7$)	2.8 ($SD = 0.8$)
	Onderzoek 3 (eind)	3.2 ($SD = 0.7$)	2.9 ($SD = 0.8$)

Uit de tabel blijkt al dat de scores op KBT voor bedrijfsartsen hoger zijn dan voor IBT. Er is net als bij de andere variabelen getoetst voor de gehele groep. Voor de eerste meting (vóór de projecten) geldt: $F(1, 944) = 66.9, p < .001$. Voor de tweede meting (na de projecten) geldt: $F(1, 952) = 49.8, p < .001$.

Hypothese 6a wordt bevestigd. Uit de tabel is af te lezen dat voor bedrijfsartsen het verschil tussen de scores op KBT en IBT groter is dan voor huisartsen.

Het verschil tussen de disciplines en de beantwoording van vraag L5 (zie 5.3.3) is getoetst met 'repeated measures'. Zowel voor KBT als voor IBT bleek discipline een significante variantiebron. Voor KBT: $F(1, 940) = 36.06, p < .01$; voor IBT: $F(1, 924) = 16.38, p < .01$.

Op KBT scoren bedrijfsartsen dus inderdaad significant hoger dan huisartsen. Op IBT scoren huisartsen echter significant hoger dan bedrijfsartsen.

Hypothese 6b wordt dus gesteund voor KBT en is tegengesteld voor IBT.

Voor de toetsing van hypothese 6d is een 'repeated measures' verricht, waarbij relatieve positie (in drie klassen) ook is opgenomen als onafhankelijke variabele. Relatieve positie blijkt geen significante variantiebron. Voor KBT: $F(2, 745) = 1.47, p = .23$. Voor IBT: $F(2, 729) = 0.97, p = .38$.

Wanneer dit univariaat wordt getoetst per meetmoment blijkt het volgende:

Beginmeting: KBT: $F(2, 915) = 0.29, p = .75$; IBT: $F(2, 905) = 0.23, p = .80$. Eindmeting: KBT: $F(2, 943) = 3.53, p = .03$; IBT: $F(2, 937) = 4.91, p < .01$. Het blijkt dus dat er op de tweede meting wel een verband is tussen relatieve positie en vertrouwen. Uit de plots (niet opgenomen) blijkt dat artsen met een lagere relatieve positie meer vertrouwen hebben en artsen met een hogere relatieve positie minder. Het geldt voor beide beroepsgroepen

Hypothese 6d wordt niet gesteund, maar er blijkt met transversale toetsing op het tweede meetmoment wel een significant verband tussen relatieve positie en vertrouwen.

5.3.2.6 Contacten

Hypothese 7. Bedrijfsartsen nemen vaker het initiatief tot contact dan huisartsen.

Hypothese 8a. Meer contacten leiden tot meer knowledge-based trust.

Hypothese 8b. Meer contacten leiden tot meer identification-based trust.

Hypothese 8c. Meer contacten leiden tot een hogere ervaren kwaliteit van de samenwerking.

Net als in onderzoek 1 is gevraagd wie er vaker het initiatief tot contact met de ander neemt. De resultaten, vergeleken met die van onderzoek 1, staan in tabel 5.14. Het gaat

erom wat men over zichzelf meldt, dus de percentages kunnen alleen per beroepsgroep worden opgeteld.

Tabel 5.14 Huisartsen en bedrijfsartsen en initiatief tot overleg in onderzoek 1 en onderzoek 3

Onderzoek	Initiatief	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Onderzoek 1	Neemt zelf vaker initiatief	11.0%	92.8%
	Ander neemt vaker initiatief	69.8%	1.9%
	Initiatief beide even vaak	19.2%	5.3%
Onderzoek 3 (begin)	Neemt zelf vaker initiatief	19.2%	94.3%
	Ander neemt vaker initiatief	76.2%	4.8%
	Initiatief beide even vaak	4.6%	1.0%
Onderzoek 3 (eind)	Neemt zelf vaker initiatief	25.5%	94.7%
	Ander neemt vaker initiatief	75.3%	4.8%
	Initiatief beide even vaak	0.2%	0.5%

Uit de tabel blijkt dat in onderzoek 3 net als in onderzoek 1 de bedrijfsartsen veruit het vaakst het initiatief nemen voor onderling contact. Huisartsen zijn het hier grotendeels mee eens.

Om hypothese 7 te toetsen en explorerende vraag L6 te beantwoorden (zie 5.3.3) is een analyse met 'repeated measures' verricht. Het verschil tussen de disciplines is significant. $F(1, 838) = 152.77, p < .01$.

Hypothese 7 wordt gesteund.

Voor hypothese 8a en 8b is een analyse met 'repeated measures' verricht. De contactfrequentie blijkt geen significante variantiebron voor KBT te zijn: $F(4, 849) = 0.30, p = .88$, noch voor IBT: $F(4, 839) = 1.24, p = .29$.

Wanneer net als in onderzoek 1 per meetmoment wordt getoetst blijkt het volgende: Beginmeting: voor KBT: $F(4, 929) = 1.7, p = .15$; voor IBT: $F(4, 919) = 5.34, p < .01$. Eindmeting: voor KBT: $F(4, 947) = 1.08, p = .37$; voor IBT: $F(4, 941) = 4.39, p = .02$. Meer contacten gaan dus samen met meer IBT.

Hypothese 8a en 8b worden niet gesteund met 'repeated measures' maar hypothese 8b wel met een transversale toetsing.

Voor hypothese 8c en de beantwoording van vraag L8 (zie 5.3.3.) is een vergelijkbare toetsing uitgevoerd als bij hypothese 8a en b. Hierbij is IBT als co-variant meegenomen. Het blijkt dat de contactfrequentie significant bijdraagt aan de verklaring voor de variantie in waardering van het contact. $F(4, 797) = 2.82, p = .02$. Uit de figuur (niet

opgenomen) blijkt dat het effect in de veronderstelde richting is: wie meer contacten heeft, ervaart deze als beter.

Hypothese 8c wordt gesteund.

5.3.2.7 Belemmeringen bij het contact

Hypothese 9a. Huisartsen ervaren meer knelpunten in de bereikbaarheid van de ander dan bedrijfsartsen.

Hypothese 9b. Artsen die meer vertrouwen hebben, ervaren minder knelpunten in bereikbaarheid.

Het ervaren van zogenaamde interne en externe knelpunten in het contact met de ander staat voor onderzoek 1 en 3 in tabel 5.15. Een hogere score betekent dat men de betreffende knelpunten vaker ervaart.

Tabel 5.15 Het ervaren van knelpunten in het contact met de andere discipline in onderzoek 1 en onderzoek 3

Soort knelpunten	Onderzoek	Huisartsen	Bedrijfsartsen
Interne knelpunten (naam en telefoonnummer niet te vinden)	Onderzoek 1	3.4 ($SD = 0.7$)	1.7 ($SD = 0.6$)
	Onderzoek 3 (begin)	2.8 ($SD = 0.8$)	1.9 ($SD = 0.5$)
	Onderzoek 3 (eind)	2.8 ($SD = 0.8$)	1.9 ($SD = 0.5$)
Externe knelpunten (ander belt niet terug, ik bel niet terug, ben er niet als ander terugbelt)	Onderzoek 1	2.8 ($SD = 0.6$)	3.0 ($SD = 0.5$)
	Onderzoek 3 (begin)	2.0 ($SD = 0.5$)	2.1 ($SD = 0.4$)
	Onderzoek 3 (eind)	2.1 ($SD = 0.5$)	2.1 ($SD = 0.4$)

Noot. Scores lopen van 1 tot en met 4

Huisartsen scoren hoger dan bedrijfsartsen op de interne knelpunten, maar gelijk aan bedrijfsartsen op de externe knelpunten. Om het verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen te toetsen (hypothese 9a) en om vraag L9 te beantwoorden (zie 5.3.3) is een test met 'repeated measures' verricht. Er blijkt een significant verschil tussen de disciplines bij het ervaren van interne knelpunten ($F(1, 786) = 64.53, p < .01$), maar niet wat betreft de externe knelpunten ($F(1, 720) = 0.07, p = .79$).

Hypothese 9a wordt dus gesteund voor interne maar niet voor externe knelpunten.

Voor het toetsen van hypothese 9b is ook 'repeated measures' gebruikt. De resultaten zijn als volgt: KBT draagt niet significant bij aan de verklaring van de variantie in het ervaren van interne knelpunten ($F(2, 683) = 0.59, p = .56$) maar wel aan de variantie van externe knelpunten $F(2, 619) = 3.09, p = .05$. Wie meer KBT heeft, ervaart minder

externe knelpunten. IBT draagt niet significant bij aan de verklaring van de variantie in het ervaren van interne knelpunten ($F(2, 579) = 1.01, p = .37$, maar wel aan het ervaren van externe knelpunten ($F(2, 525) = 11.94, p < .01$). Wie meer IBT heeft, ervaart minder externe knelpunten.

Deze analyse is ook transversaal verricht. De resultaten daarvan zijn:

Beginmeting: KBT en interne knelpunten: $F(2, 878) = 0.50, p = .91$; KBT en externe knelpunten $F(2, 832) = 2.51, p < .08$. IBT en interne knelpunten: $F(2, 766) = 7.89, p < .01$; IBT en externe knelpunten $F(2, 723) = 11.07, p < .01$. Eindmeting: KBT en interne knelpunten $F(2, 869) = 0.13, p = .88$; KBT en externe knelpunten $F(2, 827) = 9.58, p < .01$. IBT en interne knelpunten $F(2, 812) = 9.58, p < .01$; IBT en externe knelpunten $F(2, 771) = 6.08, p < .01$.

Hypothese 9b wordt met 'repeated measures' gesteund voor externe knelpunten (zowel voor KBT als voor IBT) en met een transversale toetsing ook voor externe knelpunten (voor IBT bij beide metingen en voor KBT bij de eindmeting) en voor interne knelpunten (voor IBT).

5.3.3 Beantwoording explorerende vragen

Bij het beantwoorden van de vragen L 1 t/m L9 is steeds getoetst met 'repeated measures', zoals hierboven vermeld is bij de toetsing van de hypothesen.

Vraag L1. Is er verschil in relatieve positie voor en na de regionale projecten?

Tijdstip blijkt geen significante verklaring voor de variantie te zijn ($F(1, 936) = 0.04, p = .85$). Er zijn dus voor en na de projecten geen verschillen in relatieve positie.

Vraag L2. Is er verschil in beroepsidentificatie voor en na de regionale projecten?

Het tijdstip van afname is geen significante verklaringsbron voor de variantie in beroepsidentificatie. $F(1, 929) = 0.26, p = .61$.

Vraag L3. Is er verschil in ervaren verantwoordelijkheidsverdeling voor en na de regionale projecten?

Er blijkt geen significante bijdrage door tijdstip van afname aan de variantie in verantwoordelijkheid. $F(1, 800) = 0.12, p = .73$. Na de projecten is er dus geen verschil in het ervaren van de verdeling in verantwoordelijkheid in vergelijking tot ervoor.

Vraag L4. Is er verschil in afhankelijkheid van de andere professie voor en na de regionale projecten?

De afhankelijkheid van de informatie van de ander is na de projecten niet significant anders dan ervoor. $F(1, 539) = 0.42, p = .52$.

Vraag L5. Is er verschil in vertrouwen (ten opzichte van de andere professie) voor en na de regionale projecten?

Voor KBT is tijdstip van afname geen significante variantiebron. $F(1, 940) = 0.73, p = .39$. Voor IBT is tijdstip wel een significante variantiebron: $F(1, 924) = 6.34, p < .01$. De score op IBT is na de projecten significant hoger dan ervoor.

Vraag L6. Is er verschil in het nemen van initiatief tot contact met de ander voor en na de regionale projecten?

Tijdstip bleek een significante variantiebron voor initiatief nemen tot contact met de ander. $F(1, 838) = 4.89, p = .03$. Uit tabel 5.14 blijkt dat dit komt doordat huisartsen na de projecten significant vaker dan ervoor het initiatief zeggen te nemen voor een contact met een bedrijfsarts.

Vraag L7. Is er verschil in aantal contacten voor en na de regionale projecten?

Voor alle soorten contact (totaal, mondeling, schriftelijk met een briefje) blijkt tijdstip geen significante variantiebron. Er zijn dus geen verschillen in contactfrequentie voor en na de projecten.

Vraag L8. Is er verschil in waardering van de contacten voor en na de regionale projecten?

Tijdstip bleek geen significante variantiebron. $F(1, 898) = 2.68, p = .10$. Er is dus geen verschil in waardering van de contacten voor en na de projecten.

Vraag L9. Is er verschil in het ervaren van belemmeringen in het contact met de andere professie voor en na de regionale projecten?

Uit tabel 5.15 is af te lezen dat er heel kleine verschillen zijn tussen het ervaren van belemmeringen in het contact, wanneer we de twee metingen vergelijken. De verschillen zijn niet significant. Voor interne belemmeringen $F(1, 786) = 0.01, p = .91$, voor externe knelpunten $F(1, 720) = 3.26, p = .07$.

5.3.4 Samenvatting resultaten onderzoek 3

In tabel 5.17 en 5.18 staan de resultaten van onderzoek 3 samengevat.

Tabel 5.17 Samenvatting van de resultaten van de toetsing van de hypothesen van onderzoek 3

Hypothese	Resultaat toetsing
Hypothese 1a. Wanneer huisartsen en bedrijfsartsen zich met elkaar vergelijken, schrijven beide aan zichzelf een relatief hogere positie toe.	Gesteund
Hypothese 1b. Huisartsen scoren significant hoger op de relatieve positieschaal dan bedrijfsartsen.	Gesteund
Hypothese 3a. Huisartsen identificeren zich sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen.	Gesteund
Hypothese 4a. Huisartsen schrijven zichzelf meer verantwoordelijkheid toe dan bedrijfsartsen.	Gesteund
Hypothese 5a. Huisartsen achten zich minder afhankelijk van informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen.	Niet gesteund
Hypothese 6a. Voor beide disciplines is de knowledge-based trust sterker dan de identification-based trust.	Gesteund
Hypothese 6b. Bedrijfsartsen hebben een hoger niveau van KBT en van IBT dan huisartsen.	Voor KBT gesteund Voor IBT tegengesteld
Hypothese 6d. Een gelijke positie aan de andere discipline draagt bij tot meer vertrouwen (KBT en IBT) in de ander dan een als lager of hoger waargenomen positie.	Niet gesteund Transversaal tweede meting: bij lagere relatieve positie meer vertrouwen en bij hogere relatieve positie minder vertrouwen
Hypothese 7. Bedrijfsartsen nemen vaker het initiatief tot contact dan huisartsen.	Gesteund
Hypothese 8a. Meer contacten leiden tot meer knowledge-based trust.	Niet gesteund
Hypothese 8b. Meer contacten leiden tot meer identification-based trust.	Niet gesteund met 'repeated measures' Wel gesteund met transversale toetsing
Hypothese 8c. Meer contacten leiden tot een hogere ervaren kwaliteit van de samenwerking.	Gesteund
Hypothese 9a. Huisartsen ervaren meer knelpunten in de bereikbaarheid van de ander dan bedrijfsartsen.	Gesteund voor interne knelpunten Niet gesteund voor externe knelpunten
Hypothese 9b. Artsen die meer vertrouwen hebben, ervaren minder knelpunten in bereikbaarheid.	Gesteund voor externe knelpunten zowel voor KBT als voor IBT Met transversale toetsing tevens gesteund voor interne knelpunten en IBT

Tabel 5.18 Samenvatting van de antwoorden op de explorerende vragen van onderzoek 3

Explorerende vraag	Samengevat antwoord
L1. Is er verschil in relatieve positie voor en na de regionale projecten?	Geen verschil
L2. Is er verschil in beroepsidentificatie voor en na de regionale projecten?	Geen verschil
L3. Is er verschil in ervaren verantwoordelijkheidsverdeling voor en na de regionale projecten?	Geen verschil
L4. Is er verschil in afhankelijkheid van de andere professie voor en na de regionale projecten?	Geen verschil
L5. Is er verschil in vertrouwen (ten opzichte van de andere professie) voor en na de regionale projecten?	KBT geen verschil IBT significant hogere score na de projecten
L6. Is er verschil in het nemen van initiatief tot contact met de ander voor en na de regionale projecten?	Huisartsen zeggen significant vaker het initiatief te nemen voor contact met een bedrijfsarts dan voor de projecten
L7. Is er verschil in aantal contacten voor en na de regionale projecten?	Geen verschil
L8. Is er verschil in waardering van de contacten voor en na de regionale projecten?	Geen verschil
L9. Is er verschil in het ervaren van belemmeringen in het contact met de andere professie voor en na de regionale projecten?	Geen verschil

5.4 Samenvatting resultaten onderzoek 1, 2 en 3

Hieronder een samenvatting van de (kwantitatieve) resultaten van de drie onderzoeken. Deze is thematisch ingedeeld.

Relatieve positie

Huisartsen en bedrijfsartsen (in zowel onderzoek 1 als onderzoek 3) vinden dat zij meer kennis en vaardigheden nodig hebben dan de ander, maar voor huisartsen is dit sterker dan voor bedrijfsartsen.

Haio's in onderzoek 2 vinden zichzelf beter dan bedrijfsartsen, maar baio's achten zichzelf op een gelijke positie aan huisartsen.

Bedrijfsartsen die huisarts zijn geweest, voelen een meer gelijke positie aan huisartsen, maar voor huisartsen blijkt ervaring als bedrijfsarts geen verband met relatieve positie te hebben (onderzoek 1).

Na de cursus voor haio's en baio's (onderzoek 2) en na de regionale projecten (onderzoek 3) waren er geen veranderingen in relatieve positie.

Beroepsidentificatie

Huisartsen blijken zich sterker met hun beroep te identificeren dan bedrijfsartsen. Dit geldt zowel voor onderzoek 1 als onderzoek 3. Bij huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 1 blijken diegenen die ervaring in de andere discipline hebben, zich minder sterk te identificeren met hun eigen beroep.

Haio's in onderzoek 2 blijken zich net als huisartsen sterker met hun beroep te identificeren dan bedrijfsartsen in opleiding. Baio's scoren negatief op de vragen naar beroepsidentificatie (score onder de neutrale waarde 3).

Na de cursus voor haio's en baio's (onderzoek 2) en na de regionale projecten (onderzoek 3) is er geen verandering in de mate van beroepsidentificatie vastgesteld.

Verantwoordelijkheid

Huisartsen in onderzoek 1 en onderzoek 3 vinden dat zij meer verantwoordelijkheden hebben dan bedrijfsartsen met betrekking tot bijvoorbeeld diagnostiek en verwijzing van mensen met arbeidsrelevante aandoeningen.

Het gevoel van meer verantwoordelijkheden hangt samen met een ten opzichte van de ander als hoger gevoelde relatieve positie (onderzoek 1). Ervaring in de andere discipline (onderzoek 1) hangt hier niet mee samen.

De haio's en baio's in onderzoek 2 (interviews) zijn het min of meer eens over de verdeling van verantwoordelijkheden onderling.

De huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 3 scoren na de projecten niet anders op verantwoordelijkheidsverdeling dan ervoor.

Afhankelijkheid

Bedrijfsartsen vinden zichzelf in onderzoek 1 meer afhankelijk van de informatie van huisartsen dan huisartsen van de informatie van bedrijfsartsen. Ervaring in de andere discipline hangt hier niet significant mee samen (onderzoek 1). In onderzoek 3 is er geen verschil in afhankelijkheid tussen de disciplines. Bedrijfsartsen in onderzoek 3 scoren lager op de afhankelijkheidsschaal dan bedrijfsartsen in onderzoek 1.

Haio's blijken minder afhankelijk van de informatie van bedrijfsartsen dan baio's van informatie van huisartsen (onderzoek 2).

Uit vergelijking van de scores voor en na de cursus (onderzoek 2) en voor en na de regionale projecten (onderzoek 3) zijn geen verschillen gevonden in scores op afhankelijkheid.

Vertrouwen

De scores op knowledge-based trust (KBT) zijn bij huisartsen en bij bedrijfsartsen significant hoger dan voor identification-based trust (IBT) (onderzoek 1 en 3).

Bedrijfsartsen hebben een hogere KBT, maar een lagere IBT dan huisartsen (onderzoek 1 en 3). Wie ervaring heeft in de andere discipline blijkt minder vertrouwen te hebben (zowel KBT als IBT) (onderzoek 1).

Bedrijfsartsen die zich gelijk aan huisartsen voelen, hebben meer KBT; huisartsen die zich in een lagere positie dan bedrijfsartsen voelen, hebben ook meer KBT (onderzoek 1). Tussen relatieve positie en IBT zijn geen verbanden in onderzoek 1. In onderzoek 3 blijkt er geen verband tussen relatieve positie en vertrouwen bij 'repeated measures' maar wel bij transversale toetsing op het tweede meetmoment: artsen met een lagere relatieve hebben meer KBT en meer IBT.

Baio's in onderzoek 2 hebben meer vertrouwen in de kwaliteit van de informatie van huisartsen dan haio's in de kwaliteit van de informatie van bedrijfsartsen.

Vlak na de cursus (onderzoek 2) stijgt bij de haio's het vertrouwen in bedrijfsartsen significant, maar daarna daalt het weer.

Bij de huisartsen en bedrijfsartsen in onderzoek 3 blijkt de KBT niet te verschillen voor en na de projecten, maar de score op IBT blijkt na de projecten significant hoger dan ervoor.

Wie meer contacten met de andere discipline heeft, heeft een significant hogere score op IBT (onderzoek 1). In onderzoek 1 hebben bedrijfsartsen met meer contacten juist minder KBT.

Voor huisartsen is er geen verband tussen aantal contacten en KBT (onderzoek 1).

In onderzoek 3 werd met 'repeated measures' geen verband gevonden tussen het aantal contacten en de variantie van KBT of IBT. Met transversale toetsing blijkt dat artsen met een hogere contactfrequentie wel meer IBT hebben.

Contacten en initiatief

Bedrijfsartsen hebben significant vaker contact met een huisarts dan andersom, ruim tweemaal zo vaak (onderzoek 1 en 3). Bedrijfsartsen zeggen jaarlijks naar schatting ruim 20 keer met een huisarts overleg te hebben over een patiënt, huisartsen bijna 10 keer per jaar. Bedrijfsartsen zeggen significant vaker het advies aan een patiënt te geven om contact met de huisarts op te nemen dan andersom. Bedrijfsartsen ruim tweemaal zo vaak (56 maal) als een huisarts (ruim 23 maal, dit is gemiddeld nog geen tweemaal per maand) (onderzoek 1).

Baio's hadden meer contacten met huisartsen en gaven vaker een briefje mee voor de huisarts dan omgekeerd (onderzoek 2). Er was geen significant verschil in het aantal malen dat men advies gaf tot contact met de andere discipline.

Baio's en haio's blijken na de cursus niet significant meer contacten met de andere te hebben. Dat geldt voor alle soorten contact.

In onderzoek 3 zijn er na de projecten geen significante verschillen gevonden in aantallen contacten met de ander vergeleken met voor de projecten.

Bedrijfsartsen nemen significant vaker dan huisartsen het initiatief tot contact; huisartsen zijn het hiermee eens (onderzoek 1 en 3). Na de regionale projecten zeggen huisartsen significant vaker het initiatief te nemen tot contact met een bedrijfsarts dan ervoor (onderzoek 3).

Belemmeringen bij het contact

Huisartsen (onderzoek 1 en 3) ervaren vaker interne (beheersbare) knelpunten in de bereikbaarheid dan bedrijfsartsen. Bedrijfsartsen blijken vaker twee van de drie externe (onbeheersbare knelpunten) te ervaren dan huisartsen (onderzoek 1). In onderzoek 3 is er geen verschil tussen de disciplines in het ervaren van externe knelpunten.

Artsen die ervaring in de andere discipline hebben (in onderzoek 1), ervaren beide soorten knelpunten (intern en extern) significant minder vaak naarmate het vertrouwen (KBT) groter is. Voor IBT is er alleen een dergelijk verband met externe knelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline.

In onderzoek 3 blijken artsen met meer KBT en met meer IBT significant minder vaak externe knelpunten in het contact te ervaren. Transversaal getoetst blijken artsen met meer IBT ook significant minder vaak interne knelpunten te ervaren.

Het ervaren van interne bereikbaarheidsknelpunten wordt significant verklaard door discipline en IBT. Het ervaren van externe knelpunten wordt eveneens door IBT verklaard, maar dit effect is veel minder groot (onderzoek 1).

Na de regionale projecten zijn er geen verschillen in het ervaren van knelpunten in het contact vergeleken met ervoor (onderzoek 3).

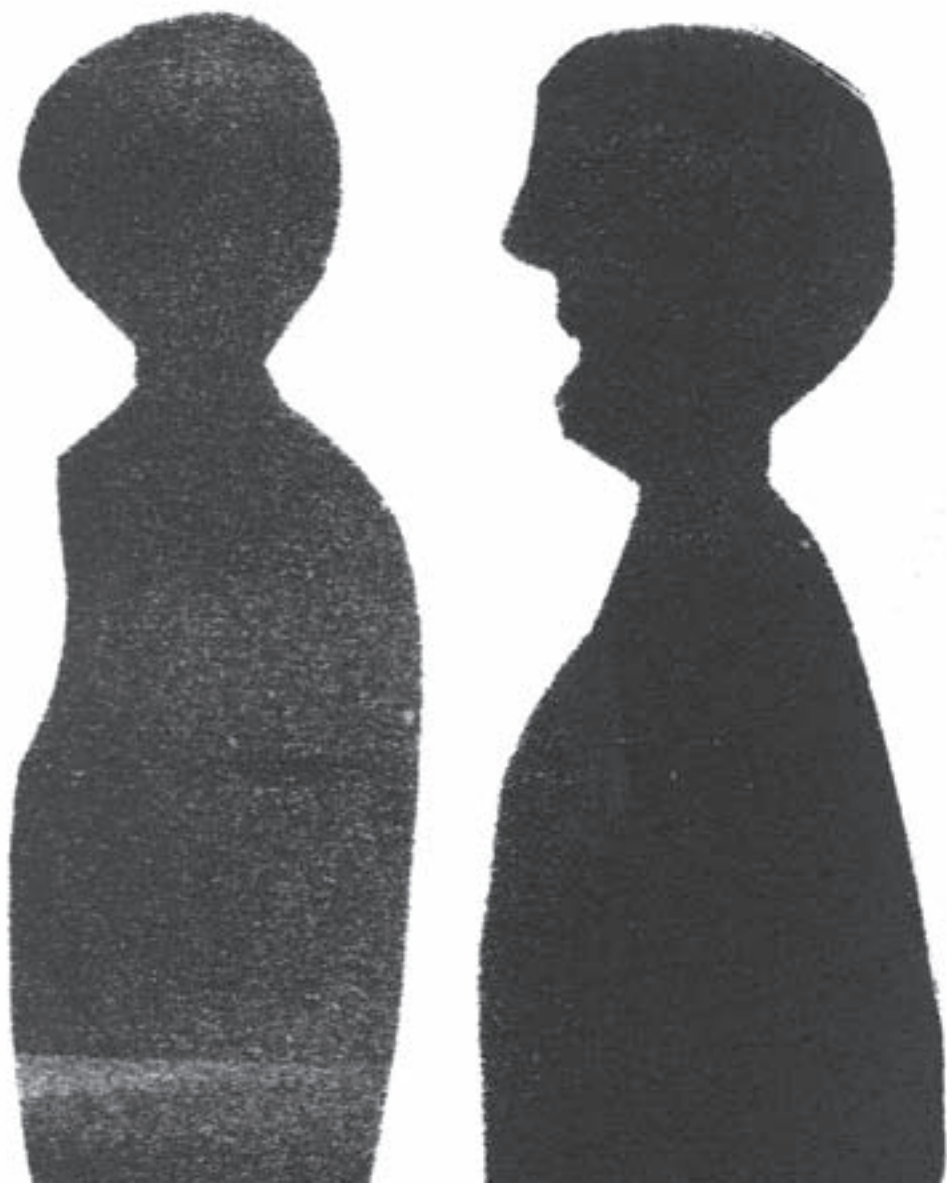
Waardering van de contacten

Bij meer contacten ervaart men deze ook positiever (onderzoek 1 en 3).

De waardering van de samenwerking wordt vooral verklaard door de beide soorten vertrouwen, discipline en contactfrequentie en niet door de overige ingevoerde sociaal-psychologische variabelen, relatieve positie, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid (onderzoek 1).

Haio's en baio's (onderzoek 2) verschillen niet in hun waardering van de contacten. Er zijn geen veranderingen gevonden in waardering van de contacten na de cursus (onderzoek 2) of na regionale projecten (onderzoek 3).

6 Discussie



In dit hoofdstuk wordt, na een korte inleiding, eerst gediscussieerd over de resultaten van de onderzoeken. Steeds wordt per thema aangegeven in hoeverre de hypothese wordt gesteund, wat in het kort de antwoorden op de explorerende vragen waren en vervolgens worden verklaringen gegeven voor de uitkomsten. Waar dit relevant is, wordt vergeleken met uitkomsten uit ander onderzoek. Vervolgens komen de beperkingen van de onderzoeken aan bod. Tenslotte komen praktische en theoretische implicaties aan bod alsmede implicaties voor vervolgonderzoek.

6.1 Inleiding

Voor deze verhandeling is ervoor gekozen om de sociaal-psychologische invalshoek te nemen om de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen nader te verklaren en handvatten voor verbetering te vinden. Er zijn ook andere invalshoeken mogelijk, zoals de theorie over gedragsverandering of de speltheorie. De keuze is echter gemaakt omdat de onderzoeker meende intergroepsproblematiek te signaleren en zij de waarnemingen uit de praktijk wilde toetsen tegen de theoretische opvattingen hierover. Daarom is in eerste instantie de sociaal-psychologische literatuur bestudeerd over intergroepsgedrag. De thema's die daarin zijn gevonden, zijn al redenerend nader toegespitst op de verhouding tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

Aangezien nog niet eerder vanuit deze invalshoek onderzoek is gedaan, is een verkennend, narratief literatuuronderzoek verricht. De gevonden theoretische inzichten zijn vervolgens vertaald naar hypothesen en explorerende vragen over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Daarmee is de wetenschappelijke cyclus gevolgd.

6.2 Resultaten

De resultaten zijn in twee clusters te onderscheiden. Het eerste cluster betreft de resultaten van de onderzoeken naar de sociaal-psychologische variabelen en het patroon daarvan: de verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen en de correlaties tussen de variabelen (onderzoek 1 en delen van onderzoek 2 en 3). Het andere cluster betreft de resultaten van de onderzoeken naar verandering in sociaal-psychologische factoren na interventies om de samenwerking te verbeteren. In onderzoek 2 bestaat de interventie uit een cursus in de beroepsopleiding, in onderzoek 3 uit regionale projecten om de samenwerking te verbeteren.

Wanneer wordt bekeken in hoeverre de interventies effect hebben gehad op de sociaal-psychologische variabelen, dan zou voor het bereiken van een mogelijk effect moeten zijn voldaan aan een aantal bekende leerprincipes. Aangezien dit proefschrift geen onderwijskundige insteek heeft, wordt hier slechts kort op ingegaan. Het gaat grofweg om kenmerken van de cursus of het project, kenmerken van de docenten/trainers en kenmerken van de cursisten. Wat betreft kenmerken van de cursus kan worden gesteld dat in de cursus in de beroepsopleiding (onderzoek 2) onder andere gewerkt is met opdrachten die men in de eigen praktijk moest uitvoeren. Er is zeer interactief gewerkt. Men kon eigen casuïstiek inbrengen. In de regionale projecten is niet volledig bekend hoe de kenmerken wat dit betreft zijn. Wel zijn er veel verschillende projecten geweest, zie bijlage V. Wat betreft de kenmerken van de docenten/trainers in onderzoek 2: het betrof steeds een huisarts en een bedrijfsarts met affiniteit en ervaring met het onderwerp. Voor de regionale projecten is dit niet volledig bekend. De kenmerken van de cursisten: in onderzoek 2 ging het om een verplichte cursus voor hiao's en een gekozen cursus voor baio's. Dit kan invloed hebben gehad op de motivatie tot leren. In de regionale projecten is er geen sprake van verplichting geweest (26% van de huisartsen en 45% van de bedrijfsartsen in de regio's nam daadwerkelijk deel aan projectactiviteiten). De respondenten bestaan echter uit zowel actieve als niet-actieve deelnemers, zodat het effect van de projecten in engere zin (bijvoorbeeld het deelnemen aan een bijeenkomst) niet kan worden vastgesteld in vergelijking tot het in een regio wonen en alleen de mailings van de projecten krijgen.

De discussie met betrekking tot de resultaten is hierna thematisch ingedeeld.

6.2.1 Relatieve positie en beroepsidentificatie

Bestaat er in werkelijkheid wel zoiets als relatieve positie? Als voorbeeld enkele uitspraken uit de praktijk die hierover gaan:

“Maar wij zijn gewoon beter dan bedrijfsartsen!” (Huisarts tijdens een bijeenkomst van huisartsen en bedrijfsartsen, Utrecht, november 2001)

“Zou het niet zo kunnen zijn dat het werk van de huisarts complexer is dan dat van de bedrijfsarts?” (Een bedrijfsarts, december 2001)

Huisartsen en bedrijfsartsen blijken beiden zichzelf 'beter' te vinden dan de ander (hypothese 1a). Dit komt uit onderzoek 1 en 3 en is volgens verwachting. Dit resultaat geeft steun aan de voorspellingen van de Social Identity Theory voor deze groepen. Er kan sprake zijn van een soort 'competitie', waarbij ieder zoekt naar een bevestiging van de eigen positieve (dus relatief hogere) positie. Voor huisartsen is deze tendens

sterker dan voor bedrijfsartsen (hypothese 1b). Dit bevestigt, dat er waarschijnlijk een soort pikorde beleefd wordt door de onderzochte groepen artsen, waarbij huisartsen een hogere plaats in de orde innemen dan bedrijfsartsen. Dit verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen is overigens ook gevonden in het onderzoek dat in het Medische Profielenboek wordt beschreven (1999), waar men vroeg naar de status ten opzichte van andere medische disciplines. Het transversale onderzoek bevestigt het statusverschil en poogt een nadere onderbouwing te geven met behulp van de Social Identity Theory.

Er blijken interessante verschillen als wordt gekeken naar de ervaring in de andere discipline. Bedrijfsartsen die ervaring hebben als huisarts hebben een meer aan huisartsen gelijke positie dan bedrijfsartsen zonder die ervaring (hypothese 2a, die dit stelt, wordt gesteund). Voor huisartsen met ervaring als bedrijfsarts geldt dit niet (hypothese 2b wordt niet gesteund). Dit verschil kan mogelijk vanuit de Social Identity Theory worden begrepen door aan te nemen dat er voor bedrijfsartsen die huisarts zijn geweest, sprake is van een (psychologisch) neerwaartse mobiliteit naar een groep met lagere status. (De groepsgrenzen zijn namelijk in principe permeabel.) Hoewel men is gedaald in positie toen men bedrijfsarts werd, is er toch een sterker gevoel van gelijkheid gebleven met de groep die de hogere status heeft (Van Knippenberg, 1991). Voor huisartsen, die eerst als bedrijfsarts werkten, is de stijging in positie naar de groep huisartsen blijvend geweest en zou deze hun gevoel van hogere positie juist hebben versterkt. Daar komt het volgende bij: bij bedrijfsartsen die als huisarts hebben gewerkt, gaat het vaak om een ervaring van zeker 10 tot 15 jaar in de andere discipline. Andersom gaat het vaak maar om een korte periode, waarin men bijvoorbeeld wacht op een opleidingsplaats huisartsgeneeskunde. In die periode is er waarschijnlijk nog geen sprake van een identificatie met de beroepsgroep bedrijfsartsen. Naar de duur van de ervaring in de andere discipline is in dit onderzoek niet gevraagd, maar uit ervaring is dit verschil in duur wel bekend. Dit zou de discrepantie tussen hypothese 2a en 2b dus mede kunnen verklaren.

Voor artsen in opleiding blijkt het beeld iets te verschillen. Huisartsen in opleiding blijken zichzelf hoger te scoren ten opzichte van bedrijfsartsen, maar bedrijfsartsen in opleiding scoren zichzelf gelijk aan huisartsen (vraag C1). Voor huisartsen in opleiding is dit conform aan de huisartsen in onderzoek 1 en 3 (hypothese 1a), voor bedrijfsartsen in opleiding is de uitkomst niet conform onderzoek 1 en 3. Het zou kunnen zijn dat deze jonge bedrijfsartsen een groep vormen, die anders in de medische wereld staat dan de oudere bedrijfsartsen. Het is ook mogelijk dat de groep die aan de cursus deelnam, een selectie is geweest, een groep die zich gelijk aan huisartsen acht in status. Voor haio's was de cursus verplicht, voor baio's niet, zij kwamen op intekening. Daarom kan er selectie zijn opgetreden.

In het verloop van de cursus is er geen verandering te zien in de relatieve positie (vraag C1). Een effect van de cursus zou kunnen zijn, dat de relatieve posities van de twee groepen dichterbij de score 3 (gelijk aan de ander) op een vijfpuntschaal. De samenwerking en het onderlinge contact zouden daaraan hebben kunnen bijdragen. Baio's scoren al op de 3, dus bij hen kunnen we in die zin geen verandering verwachten. Bij huisartsen in het transversale onderzoek bleek ervaring als bedrijfsarts geen verband te hebben met relatieve positie (hypothese 2b). Op grond daarvan zou een verandering door een eenmalige cursus ook niet te verwachten zijn. Ook in onderzoek 3 blijkt er geen verschil te zijn tussen de voor- en nameting naar relatieve positie. Dit steunt de redenering dat cursussen en andere vergelijkbare activiteiten mogelijk geen effect hebben op de relatieve positie, en dat voor het veranderen daarvan meer gemeenschappelijke activiteiten en een langere tijdsduur vereist zijn.

De conclusie is, dat huisartsen en bedrijfsartsen zichzelf op een relatief hogere positie zetten dan de ander. Deze tendens is voor bedrijfsartsen zwakker, met name als ze eerder huisarts zijn geweest. Cursussen en projecten hebben waarschijnlijk geen invloed op deze tendens.

Dat huisartsen een sterkere beroepsidentificatie hebben dan bedrijfsartsen (hypothese 3a wordt gesteund in onderzoek 1 en 3) is volgens verwachting en geeft nog een aanwijzing dat de voorspelling uit de Social Identity Theory voor de onderzochte groepen opgaat. Dat ervaring in het andere beroep samengaat met een lagere identificatie in het beroep (hypothese 3b wordt gesteund) is ook conform de verwachting. Het is opvallend dat het hier ook voor huisartsen geldt (bij relatieve positie was er geen verband met ervaring in de andere discipline (hypothese 2b)). Blijkbaar kan een korte ervaring in de andere discipline toch voldoende zijn om iets met de beroepsidentificatie te doen. Het kan echter ook zijn, dat juist artsen met een minder sterke beroepsidentificatie gemakkelijker kiezen voor ervaring in de bedrijfsgezondheidszorg. Dan zou het gaan om een bepaalde selectie. Dat zou suggereren dat van de aanbeveling om stages bij de andere discipline te doen, op basis van deze uitkomst niet veel effect te verwachten is. Het verlagen van de beroepsidentificatie zou echter geen doel op zich moeten zijn.

Huisartsen in opleiding scoren significant hoger op beroepsidentificatie dan bedrijfsartsen in opleiding (vraag C2); dit is conform hypothese 3a en in overeenstemming met het eerdere resultaat. Het valt wel op dat bedrijfsartsen in opleiding in feite negatief scoren op de beroepsidentificatie, namelijk onder de neutrale score 3. Deze uitkomst kan een weerspiegeling zijn van de onvrede die er heerst in de bedrijfsartsenwereld, waar tevens sprake is van een hoog percentage burnout (Van Straaten & Lamme, 2000). Het imago van de bedrijfsartsen is niet zo positief. Opvallend is, dat in onderzoek 1 jongere bedrijfsartsen juist een hogere beroepsidentificatie blijken te hebben

dan oudere bedrijfsartsen (resultaten niet opgenomen). Enerzijds zou te verwachten zijn dat naarmate men langer in een beroep zit, de beroepsidentificatie sterker wordt, anderzijds kan juist in het begin van de loopbaan een bewuste positieve beroepskeuze een sterk identificerend effect hebben. Leeftijd kan voor de lagere score bij de baio's dus geen verklaring zijn. Bedacht moet worden dat onderzoek 2 iets later in de tijd is verricht dan onderzoek 1 en dat in die tijd het imago van de bedrijfsarts niet is verbeterd. De score op beroepsidentificatie van haio's is niet zo hoog als van de gevestigde huisartsen. Maar ze zijn met een score van 3.4 wel positief. Het kan zijn dat we toch te maken hebben met een positieve beroepskeuze voor huisartsgeneeskunde en een gemiddeld negatieve beroepskeuze voor bedrijfsartsgeneeskunde, waarbij in de loop van de tijd de (relatief geringe) identificatie met het beroep van bedrijfsarts afneemt. Ook kunnen externe factoren een rol spelen. Er zijn grote veranderingen in beide beroepsgroepen bezig, de taken veranderen, de werkdruk neemt toe. In het materiaal is niet na te gaan in hoeverre dit meespeelt bij de scores.

De veranderingen in het verloop van de cursus zijn niet significant. Het is daarmee de vraag of van een eenmalige cursus een effect op beroepsidentificatie verwacht kan worden. Uit de toetsing van hypothese 3b in onderzoek 1 blijkt dat ervaring in het beroep van de ander wel kan leiden tot minder sterke beroepsidentificatie, maar dan gaat het om langere perioden dan een eenmalige cursus.

Ook na de regionale projecten zijn geen veranderingen in beroepsidentificatie te zien. Hiervoor geldt wellicht hetzelfde als wat voor relatieve positie hierboven is gesteld.

Concluderend: huisartsen identificeren zich sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen en ervaring in de andere discipline doet de sterkte van die identificatie verminderen. De cursus en regionale projecten hebben geen effect op de beroepsidentificatie.

6.2.2 Verantwoordelijkheid en afhankelijkheid

Volgens verwachting schrijven huisartsen zichzelf meer verantwoordelijkheden toe dan bedrijfsartsen (hypothese 4a wordt gesteund in onderzoek 1 en 3). Dit past ook bij een hogere relatieve positie. Het is opvallend dat ervaring in het beroep van de ander geen verband blijkt te hebben met de verantwoordelijkheidstoewijzing (hypothese 4b wordt niet gesteund). Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn, dat de beleving die artsen hebben van hun verantwoordelijkheid, zo sterk is gekoppeld aan hun autonomie en vrijheid dat, indien zij ervaring in de andere discipline hebben, dit eerder versterkend dan verzwakkend zou kunnen werken. Daar komt als verklaring bij, dat door de arbeidsdeling tussen huisartsen en bedrijfsartsen er weinig vormen van gezamenlijke activiteiten zijn en men niet samen verantwoordelijk is voor een gemeenschappelijk resultaat.

De geïnterviewde huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding uit onderzoek 2 zijn het min of meer eens over de verdeling van verantwoordelijkheden met betrekking tot diagnostiek en behandeling (vraag C3). Dat men bij verwijzing graag met de ander wil overleggen, is een positief teken. Maar het kan zijn dat het hier gaat om sociaal wenselijke antwoorden, in realiteit is men mogelijk nog niet zo ver.

Huisartsen blijken zich volgens verwachting voor hun beleid minder afhankelijk te voelen van de informatie van bedrijfsartsen dan bedrijfsartsen van de informatie van huisartsen (hypothese 5a wordt gesteund in onderzoek 1). In de praktijk lijkt dit ook logisch. Huisartsen hebben over het algemeen meer informatie over de patiënt, over diens medische verleden, over het gezin en over bijvoorbeeld specialistische onderzoeken en behandelingen. Bedrijfsartsen hebben echter ook informatie over de patiënt, die de huisarts niet heeft, namelijk de gegevens over (belasting in) het werk en over eventuele arbeidsrelevante klachten. Blijkbaar ervaren de huisartsen toch minder dan de bedrijfsartsen dat zij afhankelijk zijn van de informatie van de ander. Voor hun beleid als huisarts hebben ze deze gegevens volgens henzelf niet nodig.

Het valt op dat er in onderzoek 3 geen verschil is tussen huisartsen en bedrijfsartsen op de afhankelijkheidsschaal. Het verschil in scores ten opzichte van onderzoek 1 is met name bij de bedrijfsartsen te zien. Het kan zijn dat bedrijfsartsen in de loop van de jaren zich minder afhankelijk zijn gaan voelen van de informatie van huisartsen, dat er mogelijk een soort ‘emancipatie’ van deze beroepsgroep bezig is. Dit uit zich echter (nog) niet in een hogere relatieve positie en een sterkere beroepsidentificatie. Het gaat echter om een andere onderzoeksgroep, hoewel beide wel representatief geacht kunnen worden voor de gehele beroepsgroep op een aantal kenmerken. Herhaling van deze metingen in de tijd bij dezelfde populatie zou kunnen uitwijzen of er sprake is van een longitudinaal effect. Het is moeilijk te zeggen of er in dat geval gesproken kan worden van een positieve ontwikkeling. Immers: het gevoel van afhankelijkheid van de informatie van de ander kan juist de samenwerking bevorderen.

De ervaring in de andere discipline blijkt, net als bij verantwoordelijkheid, geen samenhang te hebben met de mate waarin met zich afhankelijk voelt van de ander (hypothese 5b). Verantwoordelijkheid en afhankelijkheid zijn eigenlijk elkaars tegenpolen. Wie zich meer verantwoordelijk voelt, voelt zich minder afhankelijk van anderen en andersom. De correlatie tussen deze twee variabelen is dan ook significant negatief (Pearson's rho = $-.45$; $p < .01$ in onderzoek 1 en $-.10$, $p < .01$ in onderzoek 3, zie bijlagen Id en IIId). Men werkt dus wel naast elkaar maar niet met elkaar (men voelt geen gemeenschappelijke verantwoordelijkheid), dit geeft steun aan het idee dat er sprake is van parallelle afhankelijkheid (Van Haaften & Schuringa-Boer, 1983; Janssen, et al, 1994).

Bedrijfsartsen in opleiding voelen zich significant afhankelijker van huisartsen dan huisartsen in opleiding van bedrijfsartsen (vraag C4). Deze uitkomst bevestigt nogmaals het resultaat van de toetsing van hypothese 5a, maar alleen in onderzoek 1.

Er bleek geen verandering in afhankelijkheid van de informatie van de ander na het volgen van de cursus in de beroepsopleiding. Ook in onderzoek 3 werden na de projecten geen veranderingen gevonden in afhankelijkheid. Het kan zijn dat cursussen en regionale projecten ook niet het geschikte middel zijn om dit te bereiken. Uit onderzoek 1 bleek al dat ervaring in de andere discipline ook geen relatie had met afhankelijkheid (hypothese 5b). Wellicht is het begrip afhankelijkheid vooral gekoppeld aan de functie en kunnen we op dit gebied geen effecten verwachten van een cursus. Op zich zou, zoals reeds betoogd, het sterker worden van de afhankelijkheid van de informatie van de ander een gunstig effect kunnen zijn en een maat voor betere samenwerking.

Concluderend wat betreft dit thema kan worden gesteld dat huisartsen vinden dat ze meer verantwoordelijkheden hebben dan bedrijfsartsen en minder afhankelijk van de informatie van bedrijfsartsen zijn dan omgekeerd het geval is. Ervaring in de andere discipline heeft hier geen invloed op. De projecten hebben geen invloed op de waargenomen verantwoordelijkheidsverdeling gehad. De cursus en de projecten hebben geen invloed gehad op het gevoel van afhankelijkheid van de ander.

6.2.3 Vertrouwen

De knowledge-based trust (KBT) blijkt bij beide disciplines en in onderzoek 1 en 3 hoger dan de identification-based trust (IBT) (hypothese 6a). Dit steunt de theorie over vertrouwen die is beschreven door Lewicky & Bunker (1996). In het verloop van de opbouw van een relatie komt de KBT vóór de IBT. Blijkbaar is de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen nog in een vroeg stadium, is nog zeer beperkt en heeft de IBT zich nog niet ontwikkeld.

Dat bedrijfsartsen meer KBT hebben dan huisartsen (hypothese 6b eerste deel) is ook volgens verwachting. Het idee is, dat dit samenhangt met het feit dat zij meer contacten hebben dan andersom. Bedrijfsartsen vertonen echter, tegen de verwachting in, minder hoge scores op IBT dan huisartsen (hypothese 6b is tegengesteld voor IBT). Dit geldt zowel voor onderzoek 1 als voor onderzoek 3. Deze uitkomst is niet zo gemakkelijk te verklaren. Het kan betekenen dat bedrijfsartsen toch meer wantrouwen hebben naar huisartsen toe dan we denken. De vragen die zijn gesteld, geven invulling aan het begrip IBT als een affectieve communicatiestijl (openheid, duidelijk maken wat wordt verwacht, rekening houden met verschillende kanten van de zaak). Het kan ook zijn dat bedrijfsartsen meer onderscheid maken tussen de cognitieve en

de affectieve kant van de communicatie. Ze vinden de huisarts in cognitief opzicht mogelijk wel goed (KBT), maar in affectief opzicht niet zo erg goed (IBT). Huisartsen doen hun werk wel goed, maar in communicatief opzicht vertrouwen bedrijfsartsen ze niet zo (en mogelijk met name niet wat betreft arbeidsrelevante aandoeningen). Voor huisartsen geldt wellicht, dat ze niet zoveel verschil zien tussen de twee soorten vertrouwen die ze in bedrijfsartsen zouden hebben. Omdat ze de bedrijfsarts toch al niet zo vertrouwen, denken ze mogelijk ook dat ze hun werk niet zo goed doen.

Ervaring in de andere discipline blijkt te leiden tot minder KBT en minder IBT (tegengesteld aan hypothese 6c). Dit is weliswaar een onverwacht resultaat, maar mogelijk te verklaren door te veronderstellen dat iemand die heeft rondgekeken in de 'keuken' van de andere discipline, ook weet wat daar niet goed gaat en dat dit negatieve invloed heeft op het vertrouwen. Meer kennis leidt in het algemeen ook tot meer twijfels.

De hypothese dat een aan de ander gelijke relatieve positie bijdraagt aan meer vertrouwen (hypothese 6d) geldt alleen voor bedrijfsartsen en alleen voor KBT in onderzoek 1. In onderzoek 3 blijkt op het tweede meetmoment transversaal getoetst, dat de artsen met een lagere relatieve positie meer vertrouwen hebben. De volgende verklaring is mogelijk: wie zich gelijk voelt aan de groep in de hogere positie, neemt ook het bijbehorende vertrouwen mee (men reduceert daarmee cognitieve dissonantie). Dit geldt voor bedrijfsartsen. Hun streven naar gelijkheid aan de positie van huisartsen valt samen met het streven naar de hogere positie. Door zich te vergelijken met de hogere statusgroep ('upward comparison'), nemen zij ook het vertrouwen mee dat zij aan die hogere positie hechten. Dit geldt echter alleen voor KBT en niet voor IBT. Dit kan mogelijk verklaard worden door in te zien dat de relatieve positie, zoals in dit onderzoek gemeten, vooral door cognitieve factoren wordt bepaald en niet door affectieve. De vragen die namelijk zijn gesteld over relatieve positie gingen ook over de kennis en vaardigheden in vergelijking tot de andere groep en niet over communicatieve eigenschappen.

Het voorspelde verband tussen een gelijke relatieve positie en meer vertrouwen is alleen gevonden bij bedrijfsartsen in onderzoek 1 en alleen voor KBT. Dat er bij huisartsen (onderzoek 1 en 3) geen duidelijk verband is tussen een meer gelijke positie en vertrouwen, kan door het volgende komen. Voor huisartsen betekent een aan bedrijfsartsen gelijke positie een verlaging van hun status. Wanneer ze zich gelijk achten aan bedrijfsartsen, vergelijken ze zich omlaag ('downward comparison') en nemen het lagere vertrouwen mee. Dit effect werkt tegengesteld aan wat in de hypothese is gesteld (dat gelijkheid zou bijdragen aan meer vertrouwen). Het kan zijn dat beide effecten hebben gespeeld en door hun tegengestelde werking elkaar hebben opgeheven. Waarom het verband niet is gevonden voor IBT kan komen doordat de IBT over het algemeen nog laag is. Wellicht is het verband wel aantoonbaar, wanneer de IBT hoger zou zijn.

In onderzoek 3 werd bij transversale toetsing op het tweede meetmoment een verband gezien tussen relatieve positie en vertrouwen, maar iets anders dan in de hypothese. Een lagere relatieve positie gaat hier samen met meer vertrouwen. Een meer gelijke relatieve positie gaat samen met meer vertrouwen dan een hogere relatieve positie. Dus ten dele wordt de hypothese hiermee wel gesteund. Mogelijk spelen er andere factoren tegelijk mee.

Het vertrouwen van baio's in huisartsen blijkt significant hoger dan van haio's in bedrijfsartsen (vraag C5a). Hoewel het in de vragenlijst van onderzoek 2 om een iets andere vraagstelling ging dan in onderzoek 1 en 3 (er is in onderzoek 2 één vraag gesteld over vertrouwen in de andere discipline), is de uitkomst vergelijkbaar met de resultaten van de toetsing van hypothese 6b voor KBT. Waarom bedrijfsartsen in opleiding meer vertrouwen hebben in huisartsen dan andersom, is dus blijkbaar vergelijkbaar met de situatie zoals die in de twee beroepsgroepen bestaat en waarvan de resultaten in de andere onderzoeken zijn gevonden.

De cursus lijkt tot een kortstondige verhoging van vertrouwen te leiden voor beide groepen. Het effect is op langere termijn (drie maanden later) niet meer aantoonbaar. We kunnen stellen dat de cursus op zich mogelijk wel bijdraagt aan het opbouwen van vertrouwen. Dit bevestigt dat men vertrouwen kan opbouwen door bijvoorbeeld in elkaars werk mee te lopen (Alpert et al., 1992 geciteerd in Makaram, 1995). De geïnterviewde artsen geven hier in hun uitspraken (anderhalf jaar na de cursus) ook heldere voorbeelden van (vraag C5b). Huisartsen in opleiding hadden het beeld van de bedrijfsarts die een ander belang dient dan het belang van de patiënt. Ook vindt men het belangrijk te weten wat er met de gegevens gebeurt die men aan een bedrijfsarts geeft. De huisartsen geven aan op welke punten ze van mening zijn veranderd. Dit proces heeft volgens hun uitspraken al vroeg in de cursus plaats gevonden. Het kan goed zijn, dat in de hectiek van het dagelijks werk (wanneer men geen tijd heeft om contacten te leggen) het vertrouwen weer daalt tot het oude niveau.

Het is opvallend dat weliswaar uit de vragenlijsten bij de baio's een significant hoger vertrouwen in huisartsen blijkt kort na de cursus, maar dat de geïnterviewde bedrijfsartsen hier niet over praten. Zij menen dat hun vertrouwen al goed was. Het zou wellicht goed zijn om in toekomstige cursussen gericht te gaan werken aan het opbouwen van vertrouwen met behulp van de elementen die in de interviews naar voren kwamen. Ook zou erover moeten worden nagedacht, hoe het aanvankelijk gunstige effect op het vertrouwen op langere termijn te behouden zou zijn. Bijvoorbeeld door regelmatig elkaar te blijven spreken in regionaal verband of gezamenlijke nascholing (zie hiervoor ook paragraaf 6.4.2).

In onderzoek 3 blijkt dat de artsen gemiddeld na de projecten significant hoger scoren op IBT dan ervoor, al is het effect getalsmatig klein. Dit is net als bij onderzoek 2 een bemoedigend resultaat te noemen. Het is opvallend dat de KBT niet stijgt voor huis-

artsen. Voor bedrijfsartsen is score namelijk al vrij hoog. Het stijgen van de IBT kan een gevolg zijn van de aandacht die er is voor het samenwerken in de regio's. Dan zouden we te maken hebben met het 'Hawthorne effect'. Of het vertrouwen op de langere termijn zo blijft, gaat dalen of gaat stijgen, kan alleen door vervolgonderzoek worden aangetoond.

Dat vertrouwen een belangrijke rol speelt in de samenwerking blijkt uit de bevinding dat het een belangrijke voorspeller is voor de waardering van de contacten (onderzoek 1) en dat men bij meer vertrouwen minder externe knelpunten ervaart (onderzoek 1 en 3). Dit wordt hierna verder besproken onder 'waardering van de contacten' en onder 'belemmeringen bij het contact'.

In een recent verslag over interviews met focusgroepen van huisartsen werd het vertrouwen ook gezien als belangrijke factor in de samenwerking met bedrijfsartsen. Bovenaan het lijstje argumenten *tegen* het samenwerken met bedrijfsartsen staat: 'Je kunt niet open communiceren, want je weet niet of bedrijfsartsen je informatie alleen gebruiken voor begeleiding/ reïntegratie of ook voor controle/ claimbeoordeling' (Van den Heuvel, Buijs & Van Putten, 2003). Ook wordt er vaak geschreven over vertrouwen in elkaar, bijvoorbeeld in columns door de voorzitter van de NVAB (A-Tjak, 2003). Het begrip leeft dus wel.

Wat betreft dit thema kan worden geconcludeerd dat bij bedrijfsartsen de KBT hoger is dan de IBT, dat ervaring als huisarts bij hen samenhangt met minder vertrouwen; dat bedrijfsartsen een hogere KBT en een lagere IBT hebben dan huisartsen; dat de KBT hoger is bij bedrijfsartsen die zich meer gelijk voelen aan huisartsen en bij huisartsen die zich lager voelen dan bedrijfsartsen; dat de cursus een positief (korte termijn) effect heeft op vertrouwen en dat na de projecten het vertrouwen (IBT) in de ander is toegenomen.

6.2.4 Contactfrequentie en initiatief

Huisartsen zeggen zowel in onderzoek 1 als in onderzoek 3 significant minder contacten met bedrijfsartsen te hebben dan bedrijfsartsen met huisartsen (vraag T1). Het aantal contacten in onderzoek 3 ligt in dezelfde orde van grootte als de uitkomsten van een ander onderzoek onder huisartsen en bedrijfsartsen (Bakker, Krol & Groot-hoff, 2001). Om het verschil tussen de disciplines te verklaren moet worden bedacht dat er structurele verschillen zijn. Ten eerste: er waren in 1999 ongeveer driemaal zoveel huisartsen als bedrijfsartsen en deze verhouding komt de laatste tijd nog schever te liggen (BIG-register, 1999 en 2001). Ten tweede is van de patiëntenpopulatie van de huisarts slechts een deel werkzaam in een betaalde baan. Waarschijnlijk worden de verschillen in aantallen contacten voldoende door deze twee punten verklaard.

Zoals verwacht blijkt het contactinitiatief vooral uit te gaan van de bedrijfsarts (hypothese 7 in onderzoek 1 en 3). Een ander onderzoek geeft hiervan nog een bevestiging: 84% van de huisartsen zegt dat het initiatief zelden of nooit van hen uitgaat (Van Amstel & Buijs, 1997). Ook in later onderzoek werd gevonden dat het initiatief vaker van de bedrijfsarts uitgaat (Bakker, Krol & Groothoff, 2001). Bedrijfsartsen hebben vaak de meeste aanleiding voor het leggen van een contact. Zij voelen zich meer afhankelijk van de informatie van huisartsen dan huisartsen zich afhankelijk voelen van de informatie van bedrijfsartsen (hypothese 5a in onderzoek 1). Wie zich voor het beleid meer afhankelijk voelt van de informatie van de ander, zal natuurlijk ook eerder het initiatief nemen tot contact. De vraag is, of de lagere relatieve positie van bedrijfsartsen hier ook bij meespeelt. Dit is nog nagegaan met een univariate variantieanalyse met discipline, afhankelijkheid en relatieve positie als onafhankelijke variabelen (getalsgegevens niet opgenomen). Daarbij bleken afhankelijkheid of relatieve positie geen significante variantiebron, wel de discipline. Hieruit blijkt dat relatieve positie en afhankelijkheid geen rechtstreeks verband hebben met het nemen van initiatief tot contact. Dit ondersteunt het idee dat de mogelijke oorzaken structureel kunnen zijn.

Na de regionale projecten is er een significante verandering in de score op initiatief: huisartsen zeggen vaker zelf het initiatief te nemen voor contact met de bedrijfsarts dan voor de projecten. Uiteraard gaat het om zelf gerapporteerd gedrag en kunnen we dit niet verifiëren. Het zou wel gunstig zijn als de projecten dit effect hebben bewerkstelligd.

Het blijkt dat bedrijfsartsen significant vaker advies aan een patiënt geven om contact met de huisarts op te nemen dan andersom. De verklaring hiervoor kan dezelfde zijn als voor het aantal contacten hierboven is beschreven.

Het aantal contacten dat een bedrijfsarts in opleiding gemiddeld per kwartaal met een huisarts heeft, is ongeveer vier (vraag C6a). Dit aantal is vergelijkbaar met dat van de bedrijfsartsen uit onderzoek 1 (T1). Blijkbaar is het werk dat bedrijfsartsen in opleiding doen ook vergelijkbaar met dat van bedrijfsartsen in het algemeen. Voor haio's is dit absoluut niet het geval. Haio's hebben veel minder contacten met een bedrijfsarts dan de huisartsen uit het transversale onderzoek. Dit is goed te verklaren door hun soort werk: zij werken vooral als assistent bij een huisarts en hebben nog niet zoveel eigen verantwoordelijkheid. Wat betreft het aantal briefjes dat men meegeeft aan de patiënt voor de ander, is het verschil significant: baio's doen dit veel vaker dan haio's. Dit lijkt logisch in navolging van het voorgaande. Het verschil in het adviseren tot contact met de andere discipline is niet significant verschillend. De reden daarvoor ligt waarschijnlijk in de grote range van de antwoorden.

Dat het aantal contacten na de cursus niet significant veranderd is bij de haio's is mogelijk ook te verklaren uit het verschil in taken. Het onderhouden van contact met

bedrijfsartsen past mogelijk niet zo in het takenpatroon van de haio's. Er zou aan te denken zijn om tegelijk een cursus te geven voor huisarts-opleiders, om zo te stimuleren dat haio's ook in hun praktijk deze contacten gaan leggen.

In de interviews noemen haio's en baio's verschillende motieven voor contact met de ander (vraag C6c). Het valt op dat de baio's andere motieven geven dan de haio's. Baio's zoeken vooral uitwisseling. Bij haio's zijn de motieven vrij beperkt. Als men weinig ervaring heeft met contact, is dit ook begrijpelijk. Hetzelfde geldt voor de opbrengsten van het contact die men noemt. Vaak wordt door huisartsen gezegd dat zij niets te maken hebben met het werk van de patiënt en dat werkhervatting niet hun doel is. De geïnterviewde huisartsen zeggen dit echter niet zo stellig. Het is belangrijk motieven en opbrengsten van samenwerking wel bewust te maken. In de module in de beroepsopleiding is dit dan ook een opdracht aan de cursisten, die positief gewaardeerd is en waarover eerder is gepubliceerd (Nauta, Faddegon et al., 2002). Ook in het recente focusgroeponderzoek is dit aan de orde gekomen (Van den Heuvel et al., 2003).

Net als na de cursus in de beroepsopleidingen is na de regionale projecten het aantal contacten met de ander niet toegenomen. Het kan zijn dat de tijdsduur nog te kort is om dit effect te bereiken. Een dergelijke gedragsverandering komt niet zo gemakkelijk tot stand (Heideman, Engels & Van der Gulden, 2002; Pronk, Franchimont & Hauer, 2003).

Meer contacten blijken (hypothese 8a) niet te leiden tot meer KBT, maar wel tot significant meer IBT (hypothese 8b) (onderzoek 1). Hypothesen 8a en 8b worden in onderzoek 3 niet gesteund met 'repeated measures' maar er is wel verband tussen contactfrequentie en IBT wanneer net als in onderzoek 1 per meetmoment wordt getoetst. Blijkbaar is dit verband tussen contactfrequentie en IBT er wel en is het mogelijk nog niet zichtbaar in de verandering in IBT.

Bij bedrijfsartsen in onderzoek 1 blijken meer contacten te leiden tot lagere KBT. Eerder is gesteld dat ervaring in de andere discipline blijkt te leiden tot minder KBT en dat dit mogelijk te verklaren is door aan te nemen dat iemand die in de andere discipline heeft rondgekeken, meer kennis heeft van wat daar fout gaat en dat dit negatief werkt op het vertrouwen. Deze verklaring zou ook hier kunnen gelden. In onderzoek 3 is dit negatieve verband overigens niet gevonden. Dat de IBT wel is toegenomen, zou erop kunnen wijzen dat de contacthypothese (Allport, 1954; Rothbart, 2003) vooral op affectieve wijze wordt ingevuld. Tevens zou het een zichzelf versterkend proces kunnen zijn: wie meer IBT heeft, gaat ook meer contacten aan.

De conclusie is, dat bedrijfsartsen vaker contact opnemen met huisartsen en vaker de patiënt adviseren contact met de huisarts op te nemen. Meer contacten dragen bij aan meer IBT, maar niet aan meer KBT. De cursus en de projecten hebben geen effect op

de contactfrequentie. De projecten hebben wel een gunstig effect gehad op het nemen van initiatief door de huisarts.

6.2.5 Belemmeringen bij het contact

Het ervaren van knelpunten door de beide disciplines blijkt voor de interne knelpunten grotendeels volgens verwachting (hypothese 9a wordt gedeeltelijk gesteund, in onderzoek 3 volledig). Vaak wordt door huisartsen als knelpunt gemeld dat ook de patiënt niet weet wie de bedrijfsarts is en hoe deze bereikbaar is. Op zich zou dit knelpunt oplosbaar moeten zijn (Nauta, 2002). De externe knelpunten blijken vaker door bedrijfsartsen dan door huisartsen te worden ervaren, althans in onderzoek 1 (hypothese 9a gedeeltelijk tegengesteld). Beide artsen zijn vaak bezet met spreekuren of overleg. Maar blijkbaar gelden voor bedrijfsartsen dit soort knelpunten sterker dan voor huisartsen. Het kan zijn, dat zij dit sterker ervaren, juist omdat ze de ander meer nodig hebben. De huisarts geeft het misschien sneller op. Wanneer hij of zij de interne knelpunten ervaart bij een poging tot contact, gaat men wellicht niet verder proberen en komt men niet eens aan het ervaren van de externe knelpunten toe.

In onderzoek 3 is er geen verschil tussen de disciplines wat betreft ervaren van externe knelpunten. Voor beide disciplines zijn de scores lager dan in onderzoek 1. Het is niet goed te verklaren waarom dit zo is. Mogelijk is men door de aandacht voor het onderwerp de laatste jaren meer gemotiveerd elkaar te bereiken en ervaart men daardoor minder knelpunten. Dit zal bevestigd moeten worden door het onderzoek op dit punt over enige tijd te herhalen, liefst bij dezelfde groep artsen.

Het verband tussen het vertrouwen en het ervaren van knelpunten (hypothese 9b) ligt in onderzoek 1 wat ingewikkeld. Artsen met meer vertrouwen ervaren minder knelpunten. Dit geldt echter alleen voor artsen met ervaring in de andere discipline. Kennelijk is het de combinatie van ervaring in de andere discipline en vertrouwen in de ander waardoor er minder knelpunten worden ervaren. Vertrouwen of ervaring in de andere discipline op zich zijn daar niet voldoende voor. Bij artsen met één artsen zonder ervaring in de andere discipline blijkt dat meer IBT samengaat met minder ergernis over de externe knelpunten. De affectieve component van vertrouwen is blijkbaar belangrijk: wie vindt dat de ander goed communiceert, ervaart minder sterk dat de ander er niet is of niet terugbelt. IBT is blijkbaar een krachtige factor, die onafhankelijk van de ervaring in de andere discipline, leidt tot minder last van bereikbaarheidsproblemen.

In onderzoek 3 is er steun voor hypothese 9b wat betreft de externe knelpunten, maar niet wat betreft de interne knelpunten. Transversaal getoetst blijkt er ook een verband tussen IBT en interne knelpunten. Blijkbaar vermindert vertrouwen het ervaren van

externe knelpunten (hierboven is daarvoor een mogelijke verklaring gegeven) en wellicht ook het ervaren van interne knelpunten.

Bij de beantwoording van de vraag welke factoren het beste de mate waarin men de knelpunten ervaart, verklaren (vraag T3), blijkt dat hierbij het vertrouwen een significante rol speelt. De grootte van die rol is echter vrij klein. Blijkbaar zijn er nog veel andere (niet in het onderzoek meegenomen) factoren die meespelen bij het ervaren van knelpunten. Het is voor te stellen dat negatieve ervaringen in het verleden hierbij meespelen of diverse persoonlijke factoren als de eigen werkdruk. Dit is niet geëxploreerd.

De conclusie hier is dat huisartsen in vergelijking tot bedrijfsartsen vaker interne en minder vaak externe knelpunten in het contact ervaren. Vertrouwen en ervaring in de andere discipline hangen samen met het ervaren van knelpunten. De projecten hebben geen invloed gehad op het meer of minder ervaren van knelpunten.

6.2.6 Waardering van de contacten

Wie meer contacten met de andere discipline heeft, ervaart deze ook positiever (hypothese 8c in onderzoek 1 en 3). Dit is onafhankelijk van discipline. Deze uitkomst geeft steun aan de 'contacthypothese'. Contact op zich kan dus al positief werken op de waardering van de contacten. Bedrijfsartsen waarderen de contacten met huisartsen overigens positiever dan omgekeerd.

De waardering van de samenwerking wordt (onderzoek 1) voor ruim 30% verklaard door vertrouwen, contactfrequentie en discipline (vraag T2). Met name vertrouwen draagt sterk bij. Hieruit blijkt dat vertrouwen een belangrijke factor is bij het samenwerken. Omdat hier niet eerder onderzoek naar is gedaan, is deze bevinding niet te vergelijken met de resultaten van ander onderzoek.

De waardering van de contacten verschilt niet tussen haio's en baio's (vraag C7). Dit is niet conform de uitkomsten in onderzoek 1 (tabel 5.13), waar bedrijfsartsen een significant hogere waardering voor het contact hadden. Een verklaring is hier niet direct voorhanden. De haio's hadden zeer weinig contacten. Het kan zijn, dat diegenen die toch contact hadden, het contact ook wel waardeerden. Maar het gaat dan mogelijk om een selectie van haio's.

Dat de waardering voor de contacten niet is toegenomen na de cursus, kan worden verklaard door het kleine aantal contacten dat men met de ander heeft.

Ook in onderzoek 3 is er na de regionale projecten geen toename van de waardering van de contacten. Blijkbaar is het voor dit effect nog te vroeg. Mogelijk moet eerst het aantal contacten hoger worden voordat de waardering gaat stijgen.

Concluderend: het hebben van meer contacten hangt samen met een hogere waardering voor de contacten. De waardering van de contacten wordt vooral verklaard door vertrouwen.

6.3 Beperkingen van het onderzoek

6.3.1 Onderzoek 1

Teneinde de hypothesen te toetsen is gekozen voor een vragenlijstonderzoek. Dit is voor een transversaal onderzoek een veel gebruikte methode.

De vragen voor deze vragenlijst zijn gedeeltelijk gebaseerd op onderzoek van anderen met dezelfde thema's en gedeeltelijk zelf geformuleerd. Daarmee is gepoogd de waarde van de constructvaliditeit, die in het andere onderzoek aanwezig is, over te nemen en mogelijk verder te verhogen. De schalen zijn daarbij aangepast aan de specifieke populatie van dit onderzoek, waarbij de theoretische inhoud dezelfde is gebleven.

Om de inhoudsvaliditeit te verbeteren is de lijst vooraf aan enkele vertegenwoordigers van de doelgroep voorgelegd en is aan hen gevraagd eventuele onduidelijkheden in de vragen aan te geven. Op grond daarvan zijn enkele aanpassingen gemaakt. Verder bleken na afloop slechts weinig respondenten opmerkingen op de lijst te hebben geschreven met betrekking tot de duidelijkheid en bleken de meeste vragen volledig ingevuld. Het is natuurlijk mogelijk dat een reden voor non-respons is geweest, dat men de vragen niet begreep. Dit is niet meer te achterhalen. De inhoudsvaliditeit en de constructvaliditeit van de verschillende schalen kunnen voor toekomstig onderzoek verder verbeterd worden. Resultaten van schalen die dezelfde begrippen beogen te meten kunnen worden vergeleken en de schalen kunnen zo verder ontwikkeld worden. Het gaat hier om een continu proces, waaraan deze studie hopelijk een bijdrage heeft geleverd.

Het blijft overigens altijd de vraag of de items die zijn gebruikt, adequate indicatoren zijn van de begrippen die onderzocht zouden worden. Construct- en inhoudsvaliditeit zijn een kwestie van oordelen en niet van correleren (Cronbach, 1971; Drenth & Sijtsma, 1990). De subjectiviteit kan enigszins worden verminderd door met meerdere beoordelaars te werken (Drenth & Sijtsma, 1990, p. 178). In dit onderzoek is een beperkt aantal beoordelaars gebruikt.

Er zouden voor toekomstig onderzoek nog meer schalen ontwikkeld kunnen worden met betrekking tot vertrouwen, bijvoorbeeld voor de dimensie 'calculus-based trust' (CBT) (Lewicki & Bunker, 1996). Daarmee zouden de begrippen KBT en IBT kunnen worden afgegrensd van het begrip CBT. Ook zou een 'wantrouwen' schaal kunnen worden ontwikkeld.

Een van de beperkingen van het onderzoek heeft te maken met het feit dat het steunt op metingen van zelfrapportage. Uiteraard kunnen attitudes en gedrag verschillen. Feitelijk gedrag als performance indicator (bijvoorbeeld hoeveel contacten heeft men) is in later onderzoek inderdaad al meegenomen, door dit te onderzoeken met checklists per concrete patiënt (Faber et al., 2004).

Om eventuele 'common-method variance' (men vult steeds hetzelfde in bij vergelijkbare vragen) te beperken, zijn de verschillende vragen op aparte pagina's gezet en ook zo geformuleerd (bijvoorbeeld met andere antwoordalternatieven en andere lay-out) dat men niet automatisch hetzelfde zou invullen. Overigens is er weinig evidentie voor dit fenomeen in zelfrapportage studies (Spector, 1992).

De respons was helaas minder hoog dan gehoopt: 19,6% van de huisartsen en 36,7% van de bedrijfsartsen. Een reminder had deze respons mogelijk iets kunnen verhogen. Vanwege financiële consequenties was dit echter niet mogelijk. De respons is echter in werkelijkheid iets groter geweest, omdat het adressenbestand niet meer helemaal up to date bleek en er dus een minder groot aantal adressen werkelijk tot de doelgroep behoorde. Over het algemeen blijken artsen laag te responderen op enquêtes. In onderzoek naar het samenwerken van artsen en verpleegkundigen bedroeg dit 21,5% (Weiss & Davis, 1985). Met gebruikmaking van de aanbevelingen van Belson (1981) en Dillman (1978) zou in toekomstig onderzoek kunnen worden gestreefd naar een hogere respons.

Er kan selectie zijn opgetreden, hetgeen gevolgen kan hebben voor de generalisatie van de resultaten. De groep huisartsrespondenten bleek echter qua leeftijd, geslacht en praktijksoort goed overeen te komen met landelijke gegevens. De groep bedrijfsartsrespondenten bleek qua leeftijd en geslacht goed overeen te komen met een groep bedrijfsartsen (gewogen bestand) uit een ander onderzoek (Van Amstel & Buijs, 1997). Uiteraard kunnen er op andere kenmerken verschillen bestaan; dit is niet na te gaan. Het is niet te voorspellen welke invloed een eventuele selectie op meningen kan hebben gehad. Enerzijds kan men juist, wanneer men positief is over samenwerken, bereid zijn geweest de lijst in te vullen. Anderzijds kunnen ook die artsen die negatief over samenwerken denken, juist geneigd zijn geweest hun mening weer te geven. In een volgend onderzoek kan dit nader uitgezocht worden.

Omdat de essentie van dit onderzoek is dat het een verklarend karakter heeft, is representativiteit een minder cruciaal criterium dan bij een beschrijvend onderzoek. Voor de explorerende vragen (beschrijvend onderzoek) is representativiteit van meer belang om de resultaten te kunnen generaliseren. Met het generaliseren van de resultaten van dat gedeelte moet dus terughoudend worden omgegaan.

Wat betreft de betrouwbaarheid van deze vragenlijst als meetinstrument kan worden vermeld dat vragen uit deze lijst in onderzoek 3 opnieuw zijn gebruikt en dat daarbij in grote lijnen dezelfde frequenties en frequentieverdelingen zijn gevonden. Het gaat daarbij echter niet om dezelfde respondenten, maar wel om een vergelijkbare groep.

6.3.2 Onderzoek 2

De casestudy naar aanleiding van een cursus samenwerking in de beroepsopleidingen van huisartsen en bedrijfsartsen bestond uit een vragenlijstgedeelte en uit interviews ongeveer anderhalf jaar na de cursus.

De vragenlijst bij deze casestudy bevatte deels dezelfde vragen als bij het transversale onderzoek. De vragenlijst is echter ingekort. Alleen de meest relevante vragen zijn opgenomen. Daarbij is gekeken naar de resultaten van het transversale onderzoek. Voor de constructvaliditeit gelden daarom dezelfde opmerkingen als hierboven.

De huisartsen in opleiding die meededen aan de cursus zijn niet geselecteerd; zij waren verplicht mee te doen. De bedrijfsartsen in opleiding konden kiezen om mee te doen; daarom is niet uit te sluiten dat dit een selectie betrof. Het kan zijn dat het juist baio's betrof die gemotiveerd waren en positief over de samenwerking. Het kan ook zijn dat juist baio's zijn gekomen die negatief waren over de samenwerking en hier met behulp van de cursus verbetering wilden aanbrenge. Dit is niet na te gaan.

De respons op de vragenlijst liep (zoals verwacht) terug naarmate het onderzoek langer duurde. We hebben ons erg ingespannen om de respons op peil te houden. Ten aanzien van dit punt zijn 'real life' experimenten in het veld zeer kwetsbaar. De respons op het tijdstip $T = 0$ (de eerste dag van de module) was 100% en op $T = 3$ (de vierde meting, zes maanden na de cursus) bedroeg deze slechts 24%. Hoewel uit enkele gesprekken bleek, dat non-respons vooral op slordigheid berustte, kan er toch sprake zijn van selectie en zullen de resultaten van die laatste meting niet generaliseerbaar zijn naar de totale populatie huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding. Helaas kon een hogere respons niet worden bereikt. Omdat in de vervolgvragen niet meer is gevraagd naar demografische gegevens, kan niet worden nagegaan of de respondenten

op de vervolglijsten al of niet vergelijkbaar waren met de totale groep cursisten. Voor de analyses zijn de gegevens van de meting zes maanden na de cursus niet meegenomen. Er zijn dus drie metingen gebruikt.

De interviews zijn gehouden onder vier deelnemers aan de cursus. Volgens de literatuur (Hutjes & Van Buuren, 1992; Yin, 1989) is dit de ondergrens voor een kwalitatief onderzoek. Het zou natuurlijk voor een verdere verdieping van de thema's in dit onderzoek beter zijn geweest wanneer zowel vier huisartsen als vier bedrijfsartsen waren geïnterviewd. De interviews zijn gebruikt om een aantal begrippen nader uit te vragen en dienen als illustratie bij de explorerende vragen. Van een echt kwalitatief onderzoek mag dus formeel niet worden gesproken. De antwoorden geven echter wel een illustratief beeld van het denken en doen. Een recent gepubliceerd rapport bevat resultaten van focusgroepinterviews onder huisartsen over het samenwerken met bedrijfsartsen (Van den Heuvel et al., 2003). Het is opvallend dat hierin dezelfde thema's aan de orde kwamen.

6.3.3 Onderzoek 3

Onderzoek 3 is een onderdeel van een groter onderzoek. Het onderzoek bestaat uit een voor- en nameting. De keuze voor een vragenlijstonderzoek is hierboven bij onderzoek 1 reeds vermeld. De vragen zijn voor een groot deel vergelijkbaar met die uit onderzoek 1. De daar genoemde beperkingen zijn ook hier van toepassing. Een van de schalen (IBT) is verder verbeterd door deze uit te breiden met een vraag; deze schaal bleek een iets betere reliability te hebben gekregen. De overige schalen zijn gelijk aan die van onderzoek 1, hetgeen de vergelijking met die uitkomsten bevordert. Voor het vergelijken van de scores op de twee tijdstippen kon gebruik worden gemaakt van een aanzienlijk aantal respondenten die twee vragenlijsten hadden ingestuurd. Door dat grote aantal is de generaliseerbaarheid van de resultaten toegenomen. Bij onderzoek 3 is geen vraag gesteld over de ervaring in de andere discipline. Daardoor kon een aantal hypothesen, die in onderzoek 1 waren getoetst, helaas niet in onderzoek 3 opnieuw worden getoetst. De reden om deze vraag niet op te nemen had betrekking op de omvang van de vragenlijst van onderzoek 3. Door de uitgebreidheid van dat onderzoek moest besloten worden de schalen zoveel mogelijk in te korten.

6.4 Implicaties

6.4.1 Theoretische implicaties

In dit proefschrift wordt aannemelijk gemaakt dat het bij huisartsen en bedrijfsartsen gaat om twee onderscheiden groepen, hetgeen impliceert dat de inzichten uit de Social Identity Theory kunnen worden gebruikt. Leden van de twee groepen proberen zich zo mogelijk hoger te positioneren dan de andere groep. We zien ook dat een deel van een beroepsidentiteit daarmee verbonden is. Een probleem voor deze theorie kan zijn, dat het niet duidelijk is wat er gebeurt als leden van de ene groep naar de andere groep verhuizen. De resultaten blijken in dat opzicht niet zo helder. Het verschil tussen een positie die wordt bepaald door cognitieve en door affectieve factoren, wordt door de theorie ook niet duidelijk verklaard.

Het belang van de affectieve component wordt nog eens benadrukt door het feit dat bij de 'contacthypothese' met name deze affectieve component werkt. Het aantal contacten bleek namelijk geen verband te hebben met het ervaren van knelpunten, en niet met KBT maar wel met meer IBT.

Uit de onderzoeken blijkt dus dat vertrouwen een cruciale factor is. Er is wel geschreven over het belang van vertrouwen bij samenwerken in de gezondheidszorg (o.a. Sullivan, 1998), maar een echte theorie over vertrouwen bij samenwerken is er thans niet. In de organisatiekunde zijn verschillende benaderingen gevonden voor vertrouwen, die allemaal een andere theoretische basis hebben. Het zou goed zijn om het begrip vertrouwen beter te plaatsen in de Social Identity Theory, zodat het verband tussen relatieve positie en vertrouwen meer helder en meer specifiek wordt. Uit het onderzoek bleek dat de waardering voor de contacten vooral door vertrouwen wordt verklaard en dat relatieve positie daarbij een rol speelt. Maar hoe die rol precies is, is nu niet duidelijk. Dit kan wel relevant zijn voor het toepassen van de resultaten in de praktijk. In welk opzicht moet er aandacht komen voor het meer gelijk proberen te maken van de relatieve posities? Of is aandacht voor opbouwen van vertrouwen voldoende?

In hoeverre cursussen en projecten om de samenwerking te verbeteren inderdaad invloed zouden kunnen hebben op sociaal-psychologische factoren blijft de vraag. De cursus en de projecten waren daar ook niet primair op gericht. Het ging er vooral om de samenwerking te verbeteren, en de metingen naar sociaal-psychologische factoren waren explorierend. Willen we specifiek interventies gaan doen om bijvoorbeeld het vertrouwen te verhogen of de relatieve positie meer gelijk te krijgen, dan zal hiertoe nauwer moeten worden samengewerkt met onderwijsdeskundigen om meer gericht daaraan te werken.

6.4.2 Praktische implicaties

De resultaten van de onderzoeken laten zien dat er sprake is van twee onderscheiden groepen artsen. Vanuit sociaal-psychologisch perspectief kan worden gesteld, dat de gevonden verschillen laten zien dat bedrijfsartsen meer 'samenwerkings-minded' zijn dan huisartsen: Ze zien zichzelf in een meer aan huisartsen gelijke positie, voelen zich meer afhankelijk van hun informatie en hebben meer vertrouwen in huisartsen. Bovendien hebben ze gemiddeld meer ervaring met contacten met huisartsen dan huisartsen hebben met contacten met bedrijfsartsen. Dit is een belangrijk verschil. Er moet dus meer moeite voor worden gedaan om huisartsen ook 'samenwerkings-minded' te krijgen. We moeten ons realiseren dat, wanneer er projecten of activiteiten worden opgezet om de samenwerking te verbeteren, de twee groepen in een verschillende fase van verandering zijn. Daarnaast zijn er binnen de groepen (dus tussen de individuen) ook nog verschillen in fase (Pronk et al., 2003).

Alvorens aan te geven hoe de resultaten van dit onderzoek kunnen worden toegepast in de praktijk, moet eerst worden opgemerkt dat er tegelijkertijd diverse ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg spelen, waarvan de gevolgen op het gebied van de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen niet direct zijn te voorspellen. Eén van die ontwikkelingen is dat de bedrijfsarts vanaf 1 januari 2004 zelfstandig mag gaan verwijzen naar medisch specialisten en paramedici, waarbij de ziektekostenverzekeraar betaalt. Een andere ontwikkeling is dat er steeds meer stemmen opgaan om door bedrijfsartsen taken van huisartsen te laten overnemen voor werknemers met arbeidsrelevante aandoeningen. Een van de redenen hiervoor is het tekort aan huisartsen. Tegelijkertijd gaan steeds meer huisartsen in gezondheidscentra werken in samenwerking met disciplines zoals fysiotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers en zien we in de grote steden al een huisartstekort ontstaan, waardoor patiënten sneller naar de eerste hulp van het ziekenhuis gaan.

De volgende aanbevelingen moeten worden gezien in het licht van deze genoemde ontwikkelingen op meso- en macroniveau. De mogelijke implicaties van de onderzoeksresultaten staan gegroepeerd rond de sociaal-psychologische variabelen.

Om samenwerking te bevorderen zou de relatieve positie van de beide beroepsgroepen ten opzichte van elkaar meer gelijk moeten worden of meer als gelijk moeten worden beleefd. Statusverschillen hef je niet zomaar op. Maar wel kun je mensen zich er bewust van laten worden dat deze verschillen bestaan en ook uitleggen hoe negatief deze op de samenwerking uitwerken. Het onbewuste proces wordt daarmee

bewust gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld door publicaties en door het proces bij bijeenkomsten concreet te benoemen wanneer het naar voren komt.

Men zou zich bewust moeten worden van wederzijdse afhankelijkheid van elkaars informatie en vervolgens hier ook naar handelen. In onderwijs kan men de deelnemers laten ervaren (aan de hand van een casus) dat disciplines afhankelijk van elkaar zijn omdat ze beide informatie hebben die alleen in combinatie tot een goede diagnose kan leiden. In een regionaal project is een bedrijfsarts als bedrijfsgeneeskundig consultant bij huisartsengroepen langs gegaan en heeft daar gesproken over reële casus (Bakker, Krol, Nicolai, Van der Spaa, Vriens & Groothoff, 2002). Een dergelijke aanpak zou heel goed gevoelens van wederzijdse afhankelijkheid kunnen bevorderen. De evaluatiegegevens op dit gebied zijn nog niet geanalyseerd.

De verantwoordelijkheidsverdeling zou helder moeten zijn voor beide partijen. Daarnaast moet deze verdeling gelijkwaardig zijn. Wanneer een van de twee een grotere verantwoordelijkheid voelt dan de ander, is er geen gelijkwaardigheid. De helderheid kan worden bereikt door hier over te spreken aan de hand van casuïstiek tijdens bijeenkomsten. Ook in bijvoorbeeld telefonisch overleg zou dit expliciet gemaakt moeten worden. In de interviews bij de casestudy zijn hier een paar voorbeelden van gegeven. In cursussen kan ernaar worden gestreefd de gevoelens van gezamenlijke verantwoordelijkheid te versterken.

Om vertrouwen te bevorderen zijn in eerste instantie veel contacten nodig. Dit kunnen zowel formele als informele contacten zijn. Het is belangrijk te zorgen voor een goede positieve, ongedwongen sfeer, bijvoorbeeld door samen te eten. In het onderwijs kunnen kleine groepjes met casusbesprekingen goed werken. Door de persoonlijke contacten kunnen vooroordelen verminderen. Zoals de haio's in de interviews ook zeiden: ze hadden bepaalde ideeën over hoe bedrijfsartsen omgingen met het belang van de patiënt, maar al snel bleken de haio's niet aan die beelden te voldoen. Als eenmaal positieve contacten ontstaan, volgt er in gunstige zin een zichzelf versterkend proces.

De praktische belemmeringen moeten, indien mogelijk, worden verminderd. In diverse projecten is men daarmee bezig. In een van de regionale projecten heeft men voor de bedrijfsartsen speciale visitekaartjes gemaakt die de patiënt mee kan nemen naar de huisarts. Bewust worden van de eigen bereikbaarheid kan leiden tot veranderingen in de praktijkvoering, zoals een apart telefoonnummer voor collega's, en het goed instrueren van de assistente of secretaresse over de bereikbaarheid.

Om de transfer van het geleerde voor haio's van een cursus in de beroepsopleiding te verhogen, zou tegelijk een cursus kunnen worden gegeven voor huisarts-opleiders,

om zo te stimuleren dat haio's ook in hun opleidingspraktijk deze contacten gaan leggen.

Naast het gebruik maken van de resultaten uit de onderzoeken in dit proefschrift is het van belang om voor het verbeteren van arbocuratieve samenwerking (een proces van gedragsverandering) gebruik te maken van inzichten uit de sociale psychologie in bredere zin, zoals de fasering van gedragsverandering (Pronk et al., 2003). De resultaten van dit proefschrift kunnen worden gezien als een nadere detaillering van dat proces.

De gevonden resultaten gelden niet alleen voor het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen maar ook voor andere samenwerkingsrelaties, vooral in de gezondheidszorg.

6.4.3 Implicaties voor vervolgonderzoek

Het verdient aanbeveling om in vervolgonderzoek na te gaan of het toepassen van de inzichten, gevonden met dit onderzoek, ook daadwerkelijk leidt tot verbetering in de samenwerkingspraktijk. Het gaat daarbij vooral om het opbouwen van vertrouwen, maar ook om een meer gelijke relatieve positie ten opzichte van elkaar.

Nadere verdieping van het begrip 'vertrouwen' in de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen zou kunnen helpen om meer greep te krijgen op mogelijkheden om dit vertrouwen te verbeteren. Hiervoor is een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek het meeste aangewezen. Een van de mogelijkheden is bijvoorbeeld het gebruik van 'focusgroepen'. Dit is recent ook gedaan (Van den Heuvel et al., 2003) en bevestigt en verdiept een aantal in dit proefschrift gevonden resultaten.

Onderwijskundig onderzoek (bijvoorbeeld actiebegeleidend onderzoek) zou kunnen leiden tot betere manieren van onderwijs op het gebied van leren samenwerken. Ook elders in de gezondheidszorg is dit een belangrijk onderwerp.

Het is goed voor het motiveren van werkers in de arbocuratieve zorg tot meer samenwerken, wanneer de effecten van samenwerken ook aantoonbaar zijn. Deze effecten liggen op verschillende gebieden. Het gaat niet alleen om verminderen van verzuim en WAO, maar zeker ook om tevredenheid van patiënten en artsen. Effectmaten zijn bijvoorbeeld het aantal contacten, het aantal verwijzingen naar de ander, de waardering van de contacten, het vertrouwen in de ander of gevoelens van gezamenlijke verantwoordelijkheid. De gevolgen op verzuim en WAO zullen pas op langere termijn zichtbaar kunnen worden. En de vraag is of een dergelijk effect zou kunnen worden bereikt, omdat hierbij vele factoren meespelen.

Het is belangrijk dat onderzoekers en beleidsmakers zich realiseren dat enerzijds effecten van samenwerken waarschijnlijk niet op korte termijn kunnen worden aangetoond omdat het gaat om attitude en gedrag, en anderzijds effecten op verzuim en WAO mogelijk niet zichtbaar zullen worden vanwege het multifactoriële karakter van verzuim en WAO. In een recent gecontroleerd onderzoek kon een dergelijk effect van het invoeren van een samenwerkingsprotocol voor huisartsen en bedrijfsartsen ook niet worden aangetoond (Faber et al., 2004). Men moet dus niet te snel stoppen met samenwerkingsprojecten wanneer een verwacht of gehoopt effect niet aantoonbaar is.

Literatuurlijst



- A-Tjak, M. (2001a). Tulpen uit Amsterdam. [Voorzitterscolumn] *Medisch Contact*, 56, 877.
- A-Tjak, M. (2001b). Reflectie op een verklaring. [Voorzitterscolumn] *Medisch Contact*, 56, 1301.
- A-Tjak, M. (2003). Het gaat om de relatie. [Voorzitterscolumn] *Medisch Contact*, 58, 395.
- Ackermans, B., Bruins, H., & Siebenga, W. (1998). Samenwerking bedrijfsarts en huisarts/specialist. *Medisch Contact*, 53, 972-974.
- Alblas, G. (1990). Elementaire groepsprocessen. Hoofdstuk 1, deel 4 in J. von Grumbkow, R.W. Meertens (Red.), *Cursus Sociale Psychologie* (2^e druk). Heerlen: Open Universiteit.
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley.
- Amstel, R. J. van, & Buijs, P. C. (1997). *Voor verbetering vatbaar*. Amsterdam: NIA TNO.
- Anema, J. R., Buijs, P. C., & van Putten, D. J. (2001). Samenwerking van huisarts en bedrijfsarts. Een leidraad voor de praktijk. *Medisch Contact*, 56, 790-793.
- Anema, J. R., van Amstel, R. A., Venema, A., van Putten, D. J., de Vroome, E. M. M., Nauta, A. P., Overzier P. M. & Verbeek, J. H. (2003). *Een stap vooruit op een lange weg*. TNO Arbeid, Kenniscentrum AKB en Coronelinstituut. Eindrapport.
- Anema, J. R., & van der Giezen, A.M. (1999). Weinig communicatie tussen bedrijfsarts en curatieve sector over belemmeringen voor werkhervatting na langdurige arbeidsongeschiktheid wegens lage rugklachten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 572-575.
- Baart, I. (1999). Samen in de klas: een try-out met haio's en baio's. *Mediator*, 10, 25-26.
- Baggs, J. G., Ryan, S. A., Phelps, C. E., Richeson, F. R., & Johnson, J. E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care. *Heart and Lung*, 21, 18-24.
- Bakker, R. H., Krol, B., & Groothoff, J. W. (2001). *Nulmeting LHV-NVAB profregio's Leiden, Twente en Zwolle*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Bakker, R. H., Krol, B., van der Gulden, J. W. J., & Groothoff, J. W. (2003). Arbocuratieve samenwerking: verslag van drie regionale projecten. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 81, 265-273.
- Bakker, R. H., Krol, B., Nicolai, L. C., van der Spaa, A. A., Vriens, R. J. M., & Groothoff, J. W. (2002). De bedrijfsarts-consulent als intermediair tussen huis- en bedrijfsartsen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10, 188-190.

- Bakker, R. H., Krol, B., Post, D., & Groothoff, J.W. (1999). Samen de werknemer genezen. Ziektewet en verzuim. *Medisch Contact*, 54, 798-801.
- Bakker, R. H., Krol, B., Post, D., Calkhoven, J. E., & Groothoff, J. W. (2001). De ontwikkeling van een samenwerkingsprotocol huisarts-bedrijfsarts. Abstract Public Health Congres 2001. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 79, nr 3, congressbijlage, 7.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110. In A. Vijt & L. Verhofstadt-Denève. (1989). Metatheorie, modellen en mensvisies. Hoofdstuk 3, deel 1. *Cursus Theorieën en modellen in de ontwikkelingspsychologie*. Heerlen: Open Universiteit.
- Barr, O. (1997). Interdisciplinary teamwork: consideration of the challenges. *British Journal of Nursing*, 6, 1005-1010.
- Beaumont, D. G. (2003a). The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine (London)*, 53(4), 249-253.
- Beaumont, D. G. (2003b). Rehabilitation and retention in the workplace – the interaction between general practitioners and occupational health professionals: a consensus statement. *Occupational Medicine (London)*, 53(4), 254-255.
- Belson, W. A. (1981). *The design and understanding of survey questions*. Aldershof: Gower.
- BIG-register 1999*. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Den Haag, januari 2000.
- BIG-register 2001*. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Den Haag, april 2002.
- Bouwman, H. A. (1996). Huisartsen en bedrijfsartsen. Samenwerking en afstemming bij curatieve handelingen en verzuimbegeleiding. *Medisch Contact*, 51, 910.
- Brabants Dagblad. (1999). Wachten op zorg kost 800 miljoen. *Brabants Dagblad*, 10 november 1999.
- Breeuwsma, G. (1994). *De constructie van de levensloop*. Amsterdam, Meppel: Boom, Open Universiteit.
- Bremer, G. J., van Es, J. C., & Hofmans, A. (Red.). (1969). *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde*. Leiden: H.E. Stenfert Kroese.
- Brewer, M. B., & Brown, R. J. (1998). Intergroup Relations. Ch 29 in D. T. Gilbert, S. T. Fiske & L. Gardner (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*. 4th edition. Oxford University Press & McGraw-Hill.
- Buijs, P. C. (1985). *Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Amsterdam: Stichting CCOZ.

- Buijs, P. C. (2001a). Gebrek aan Arbocuratieve afstemming jarenlang herkend maar niet erkend. Van verleden tot heden (1): de periode tot begin jaren '90. [Arbocuratieve samenwerking]. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 133-137.
- Buijs, P. C. (2001b). Groeiend bestuurlijk draagvlak voor betere Arbo-curatieve samenwerking. Van verleden tot heden (deel 2): 1990-1997. [Arbocuratieve samenwerking] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 177-182.
- Buijs, P. C. (2001c). Een stroomversnelling van Arbocuratieve initiatieven. Van verleden tot heden (deel 3): 1997-2001. [Arbocuratieve samenwerking]. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 206-211.
- Buijs, P., van Amstel, R., & van Dijk, F. (1999). Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occupational and Environmental Medicine*, 56, 709-713.
- Buijs, P. C., & Weel, A. N. H. (2001). Omzien in verwondering, vooruitzien en verwachting. [Epiloog bij het drieluik over arbocuratieve samenwerking]. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 253-254.
- Burg, J. C. M. van der, van der Beek A. & Schellevis F. G. (2003). *Arbocuratieve samenwerking anno 2001*. Het perspectief van de huisarts. Utrecht: Nivel.
- Buskens, V. (1999). *Social networks and trust*. Amsterdam, Thela/Thesis.
- Christiansen, C. H. (1999). The 1999 Eleanor Clarke Slagle Lecture. Defining lives: occupation as identity: an essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 547-558.
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg (Commissie Biesheuvel) (1994). *Gedeelde zorg, betere zorg*. Rapport.
- Crisp, R. J., & Hewstone, M. (2000). Multiple categorization and social identity. Ch 10 in C. Capozza & R. Brown (Eds.), *Social Identity Processes*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Cronbach, L. J. (1971). Test validation. In: R. L. Thorndike (Ed.). *Educational measurement*. Washington DC: American Council on Education.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Johnston, S. E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. *The Lancet*, 356, 156-159.
- Crul, B. V. M. (1982). De invloed van de huisarts op het kortdurend ziekteverzuim. *Huisarts en Wetenschap*, 25, 102-105.
- Crul, B. V. M. (2000a). "Het geld ligt klaar, maar we komen het niet brengen". *Medisch Contact*, 55, 536-538.
- Crul, B. V. M. (2000b). Tijd voor de werkvloer. [Hoofdreductieel]. *Medisch Contact*, 55, 799.
- Crul, B. V. M. (2002). Reikwijdte van de informatieplicht. [Hoofdreductieel]. *Medisch Contact*, 57, 43.

- Cuelenaere, B., van der Giezen, A. M., Veerman, T. J., & Prins, R. (1999). *Werkhervatting na rugklachten. Langdurig zieke werknemers twee jaar gevolgd*. Eindrapport Nederlandse studie. Zoetermeer: Ctsv.
- Cuijpers, J. J. F. M., van Eijndhoven, A. J. B., & Theloesen, P. H. M. (1992). Samenwerking van artsen bij werkhervatting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *136*, 1054-1057.
- Cummings, L. L., & Bromiley, Ph. (1996). The organizational trust inventory (OTI): Development and validation. Ch 15 in R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.), *Trust in organizations*. Thousand Oaks, London, Nw Delhi: Sage.
- Dammers, E. (2000). *Leren van de toekomst: over de rol van scenario's bij strategische beleidsvorming*. [Academisch proefschrift] Delft: Eburon.
- De Bono, A. M. (1997). Communication between an occupational physician and other medical practitioners – an audit. *Occupational Medicine*, *47*, 349-356.
- Dillman, D. A. (1978). *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: Wiley.
- Disseldorp, R. P. J., & Kemps, H. L. M. (1999). *Winst in wisselwerking. Arbozorg-curatieve zorg*. Rapport PRVMZ.
- Domus-commissie 'Artsen en arbeidsongeschiktheid'. (1996). Taken en samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Curatieve handelingen door de bedrijfsarts en verzuimbegeleiding door de huisarts. [Advies]. *Medisch Contact*, *51*, 937-940.
- Drenth, P. J. D., & Sijsma, K. (1990). *Testtheorie: inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, *14*, 532-550.
- Ellemers, N., & Bos, A. E. R. (1998). Social Identity, relative deprivation, and coping with the threat of position loss: a field study among native shopkeepers in Amsterdam. *Journal of Applied Social Psychology*, *28*, 1987-2006.
- Ellemers, N., Spears, R. & Doosje, B. (1997). Sticking together or falling apart: ingroup identification as a psychological determinant of group commitment versus individual mobility. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 617-626.
- Ellemers, N., Spears, R., & Doosje, B. (1999). *Social identity: context, commitment, content*. Oxford: Blackwell.
- Engels, J. A., Tighelaar, A., & van der Gulden, J. W. J. (2003). Arbocuratieve samenwerking: procesevaluatie van vijf regionale samenwerkingsprojecten. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *81*, 148-154.
- Faber, E., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Burdorf, A., Nauta, A. P., Hulshof, C. T. J., Overzier, P. M., Miedema, H. S., & Koes, B. W. (2004). Effects of a training to increase collaboration between general practitioners and occupational health physicians

- on treatment of low back pain patients. A controlled trial. Accepted by Journal of Clinical Epidemiology.
- Faddegon, H. C. (2002). De huisarts. In J. A. M. Winnubst (Ed.), *Praktijkboek gezond werken: succesvolle oplossingen voor de professional bij somatische, psychische en psychosociale klachten in organisaties*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Fagin, C. M. (1992). Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Academic Medicine*, 67, 295-303.
- Freidson, E. (1975). *Doctoring together*. A study of professional social control. New York/Oxford/Amsterdam: Elsevier Scientific Publishing Company.
- Gaertner, S. L., Rust, M. C., Dovidio, J. F., Bachman, B. A., & Anastasio, P. A. (1996). The contact hypothesis. Ch 10 in J. L. Nye & A. M. Brower (Eds.), *What's social about social cognition?* Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Genefke, J. (2001). Collaboration costs. In T. Taillieu (Ed.), *Collaborative Strategies and Multi-organizational Partnerships* (pp. 171-180). Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Gergen, K. J. (1991, 2000). *The saturated self. Dilemmas of identity in contemporary life*. New York, Basic Books.
- Greenhalgh, T., & Taylor, R. (1997). How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research). *British Medical Journal*, 315, 740-743.
- Greve, W. B. de (Red.). (1983). *Samenwerking ziekenhuis en eerste lijn*. Leiding & organisatie in de gezondheidszorg 1983/1 Alphen aan den Rijn: Stafleu.
- Greve, W. B. de, & Vrakking, W. J. (1982). Samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Enkele verklaringen. *Medisch Contact*, 37, 823-824.
- Groothoff, J. W. (1981). Gezondheidszorg en 3-maands verzuimgevallen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 59, 42-49.
- Haaften, K. L. van, & Schuringa-Boer, J. (1983). Analyse van vijf samenwerkings-situaties. Hoofdstuk 2 in W. B. de Greve (Red.), *Samenwerking ziekenhuis en eerste lijn*. Leiding & organisatie in de gezondheidszorg 1983/1. Alphen aan den Rijn: Stafleu.
- Haak, H. A. van den. (1994). De rol van de arts bij ziekteverzuim. *Medisch Contact*, 49, 1185-1186.
- Haslam, S. A. (2001). *Psychology in Organizations, the Social Identity Approach*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Heideman, J. M. C., Engels, J. A., van der & Gulden, J. W. J. (2002). Knelpunten in de samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80, 185-91.
- Hento, I., & Kaaij, H. (2000). Samenwerking tussen bedrijfsarts en curatieve sector: optimisme en zorg. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 8, 146-150.
- Heus, P. de, van der Leeden, R., & Gazendam, B. (1995). *Toegepaste data-analyse*. Den Haag: Reed Business Information.

- Heuvel, F. M. M. van den, Buijs, P. C., & van Putten, D. J. (2003). *Huisartsen motiveren om samen te werken met bedrijfsartsen*. Hoofddorp: TNO-Arbeid.
- Hewstone, M. (1996). Contact and categorization. Social psychological interventions to change intergroup relations. In C. N. Macrae, C. Stangor & H. Hewstone (Eds.), *Stereotypes and stereotyping* (pp. 323-368). New York: Guilford.
- Hornby, S., & Atkins, J. (2000). *Collaborative care*. Interprofessional, interagency and interpersonal. Oxford, Londen, e.a.: Blackwell Science, 2nd edition.
- Hosmer, L. T. (1995). Trust: the connecting link between organizational theory and philosophical ethics. *Academy of Management Review*, 20, 379-403.
- Hulshof, C. T. J., Nauta, A. P., van der Klink, J. J. L., Faber, E., Broersen, J. P. J., Miedema, H. S., Jacobs, J. W., Fortuin, R., & Bierma-Zeinstra, S. M. A. (2002). Verbetering van samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen door afstemming richtlijnen over psychische klachten en lage rugklachten: PARAG. *Special De Huisarts/ Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, maart 2002*, 34-36.
- Hutjes, J. M., & van Buuren, J. A. (1992). *De gevalsstudie*. Strategie van kwalitatief onderzoek. Meppel: Boom.
- Huxham, C. (2000). *Seeking collaborative advance*. Key note lecture, 7th International Conference on Multi-organizational partnerships and co-operative Strategy, Leuven, Belgium, July 2000.
- Jain, A., & Ogden, J. (1999). General practitioners' experiences of patients' complaints: qualitative study. *British Medical Journal*, 318, 1596-1599.
- Janssen, O., van de Vliert, E., & Euwema, M. (1994). Interdependentie, zelf-ander motivatie en conflictgedrag in organisaties. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 49, 15-26.
- Klinkert, J. J. (1974). *Macht van artsen*. Een bezorgde verkenning van een professie. Assen: van Gorcum.
- Klinkert, J. J. (1978). De arts en zijn professie. In C. W. Aakster & G. Kuiper (Red.), *Leerboek medische sociologie*. Groningen/Deventer: Wolters-Noordhoff/Van Loghum Slaterus.
- Knepper, S. (1998). Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid; veranderende rol van betrokken artsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 233-238.
- Knippenberg, A. van. (1991). Sociale identiteit en intergroepsrelaties. Hoofdstuk 13 in N. K. de Vries & J. van der Pligt (Red.), *Cognitieve sociale psychologie*. Meppel: Boom.
- KNMG. (1998). Code samenwerking bij arbeidsverzuim. Beschrijvingsbrief 223ste Algemene Vergadering. *Medisch Contact*, 53, 1283-1284.
- Krogt, Th. P. W. M. van der. (1981). *Professionalisering en collectieve macht*. Proefschrift Tilburg. Den Haag: VUGA.

- Lako, C. J., & Lindenthal, J. J. (1991). The management of confidentiality in general practice: a comparative study in the U.S.A. and The Netherlands. *Social Science & Medicine*, 32, 153-157.
- Lamme, S. J., & van Straaten, R. P. (1998). *Psychosociale arbeidsbelasting en gevoelens van burnout van de bedrijfsarts*. Scriptie Amsterdamse Bedrijfsartsen Opleiding CORVU.
- Lewicky, R. J., & Bunker, B. B. (1996). Developing and Maintaining Trust in Work Relationships. R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.), *Trust in organizations* (pp. 114-139). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- LHV. (1987) *Basistakenpakket van de huisarts*.
- LHV & NVAB. (1997). *Convenant samenwerking*.
- LHV & NVAB. (1998). *Samenwerking van bedrijfsarts en huisarts bij sociaal-medische begeleiding van werknemers*. De gezamenlijke visie van de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB op de plaats en taak van beide disciplines. Utrecht: LHV en NVAB.
- Lieburg, M. J. van. (1979). *Dokter aan de waterkant*. Rotterdam: Donia Pers Producties.
- Lievegoed, B. C. J. (1976). *De levensloop van de mens*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Linden, B. A. van der, Schrijvers, A. J.P., & Spreeuwenberg, C. (2000). Het meten van de intersectorale continuïteit: eerste ervaringen bij veelgebruikers van zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 78, bijlage bij nr 2, Nederlands Public Health Congres, p 23.
- Maas, J. G. V. (2000). *Professionaliteit. Management van professie en professionele organisaties* (2e druk). Deventer: Samson, 's Hertogenbosch: INK.
- Makaram, S. (1995). Interprofessional cooperation. *Medical Education* 29 (supplement 1), 65-69.
- Medisch Contact Actueel. (1992). Deelnemers aan WAO-conferentie formuleren gezamenlijke knelpunten. *Medisch Contact*, 47, 7-9.
- Medische Profielenboek, Het.* (1999). (Onderdeel Cursusmateriaal workshop Co-assistent & Carrière). Zeist: Glaxo Wellcome & KNMG.
- Meershoek, A. (1999). *Weer aan het werk*. Proefschrift. Maastricht: Thela Thesis.
- Meijers, F. (1995). *Arbeidsidentiteit*. Alphen aan den Rijn: Samson H D Tjeenk Willink.
- Meulenberg, F. (1998). Van Stuntman tot klungelaar. *Medisch Contact*, 53, 1212.
- Meulendijks, J., & Schuil, B. (1993). *Vreemd Nederlands*. Baarn: Trion-win products.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications Inc (USA).
- Miller, C., Freeman, M., & Ross, N. (2001). *Interprofessional practice in health and social care*. London: Arnold.

- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2003). *Samenwerking en zorg kan ziekteverzuim terugdringen*. Persbericht, 1 oktober 2003.
- Mishra, A. K. (1996). Organizational responses to crisis. The centrality of trust. Ch 13 in R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.), *Trust in organizations*. Londen: Sage.
- Morgan, D. R. (1999). The general practitioners' view. *Occupational Medicine (London)*, 49, 403-405.
- Mummendey, A. Aggressive behavior. In M. Hewstone, W. Stroebe & G. Stephenson (Eds.), *Introduction to social psychology* (pp. 403-436). Oxford: Blackwell.
- Murray, E. (2002). Challenges in educational research. [Commentaries] *Medical Education*, 36, 110-112.
- Nauta, A. P. (1998). *Bedrijfsartsen over psychologen*. Scriptie. Heerlen: Open Universiteit.
- Nauta A. P. (2002). *Effectevaluatie basismodule 'Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding'*. Rapportage in opdracht van de stuurgroep, 30 augustus 2002.
- Nauta, A. P., Faddegon, H. C., & Peeters, J. W. (2002). Huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding leren samenwerken in de praktijk. [Arbocuratieve samenwerking] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10, 116-118.
- Nauta, A. P., Starmans, R., & Faddegon, H. C. (1999). Bedrijfsarts en huisarts: meer oog voor elkaar. Knelpunten oplossen tijdens gezamenlijke cursusdag. *Medisch Contact*, 54, 884-886.
- Nauta, A. P., Weel, A. N., Starmans, R., & Wemekamp, H. (2001). Leren samenwerken in de beroepsopleiding. Eerste ervaringen met een gezamenlijke onderwijsmodule huis- en bedrijfsartsen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 212-216.
- Nivel. (2000). *Cijfers uit de registratie huisartsen peiling*. Utrecht: Nivel.
- NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde). (1989). *Beroepscode voor bedrijfsartsen*. Eindhoven: NVAB.
- NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde). (1995). *Beroepsprofiel van de bedrijfsarts (nieuwe stijl)*. Eindhoven: NVAB.
- NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde). (1997). *Professioneel statuut*. Eindhoven: NVAB.
- Oeseburg, B., & de Ruiter, J. H. (2000). Wordt het kind met het badwater weggegooid? De meerwaarde van Coördinatiecentra Chronische Zieken. [Forum] *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 78, 439-441.
- Oosterling-Schiereck, H. E., Prins, R., & de Boer, W. E. L. (1996). De scheiding tussen behandeling en controle. *Medisch Contact*, 51, 1587-1589.
- Oosterom, A. van. (1979). Samenwerking met andere disciplines. In J. Jongh et al. (Red.), *Bedrijfsgezondheidszorg* (pp. 256 – 271). [De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde] Leiden: Stafleu.

- Operario, D., & Fiske, S. T. (2003). Stereotypes: Content, Structures, Processes and Context. In R. Brown & S. L. Gaertner (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intergroup Processes* (pp. 22-44). Malden, Oxford, Victoria, Berlin: Blackwell Publishers.
- Parker, G. (1991). Attitudes of General practitioners to occupational health Services. *Journal of Social and Occupational Medicine*, 41, 34-36.
- Pessers, D. (1999). Uitspraken in interview door Peter Brusse. *Volkskrant*, 18 december 1999.
- Peters, R. (2001). Curatieve netwerkorganisatie. *Medisch Contact*, 56, 1076-1079.
- Plomp, H. N. (1985). *Werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten*. Amsterdam: VU uitgeverij.
- Plomp, H. N., Weel, A. N. H., & van der Wal, G. (1999). Professionele integriteit binnen commerciële Arbo-dienstverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 1379-1382.
- Post, D., Calkhoven, J., Krol, B., Dijkstra, M., & Groothoff, J. (2002). Groeiend ongevoegen. Een onderzoek onder huisartsen. *Medisch Contact*, 57, 63-65.
- Pronk, J., Franchimont, M., & Hauer, H. (2003). Arbocuratieve samenwerking: leren van implementeren. [Praktijk] *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 81, 505-509.
- Pruyn, J. F. A. (2002). *Op weg naar vanzelfsprekende samenwerking!?* Oratie Universiteit van Tilburg. Eindhoven: Integraal Kankercentrum Zuid.
- Rademakers, M. (2001). Catalysts of trust: Business Associations in Networks of firms. In T. Taillieu (Ed.), *Collaborative Strategies and Multi-organizational partnerships* (pp. 51-57). Leuven-Apeldoorn: Garant, 2001.
- Rooijendijk, L., Dijt, A., & Wijers, G. J. (1993). *De mens in thema's* (3e druk). Baarn: Nelissen.
- Rothbart, M. (2003). Category Dynamics and the Modification of Outgroup Stereotypes. In R. Brown & S. L. Gaertner (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intergroup Processes* (pp. 45-64). Malden, Oxford, Victoria, Berlin: Blackwell Publishers.
- Rousseau, N., McColl, E., Eccles, M., & Hall, L. (1999). Qualitative methods in implementation research. In T. Thorsen & M. Mäkelä (Eds). *Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation* (pp. 99-116). Danish Institute for Health Services Research and Development. DSI rapport 99.05. Zie: <http://www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/DSI9905.pdf>.
- Schols, J. M. G. A. (2000). *In en vanuit het verpleegbuis*. Maastricht: Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Scoggin, J. (1996). How nurse-midwives define themselves in relation to nursing, medicine and midwifery. *Journal of Nurse Midwifery*, 41, 36-42.

- Sherif, M. A. (1996). *Group conflict and cooperation. Their social psychology*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Spector, P. E. (1992). A consideration of the validity and meaning of self-report measures of job conditions. In: C.L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol 7, pp 123-151). New York: Wiley.
- SPSS. (2003). *Regression Models*. SPSS Base 10.0 Applications Guide.
- Straaten, R. P. van, & Lamme, S. J. (2000). Burnout van de bedrijfsarts. [Onderzoek] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 8, 195-203.
- Sullivan, T. J. (1998). Concept Analysis of Collaboration. In: T. J. Sullivan (Ed.), *Collaboration: A health care imperative* (pp. 3-42). New York, St Louis e.a.: McGraw-Hill.
- Swanborn, P. G. (1987). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Nieuwe editie. Meppel/ Amsterdam: Boom.
- Syroit, J. (1984). *Interpersonal Injustice: a psychological analysis illustrated with empirical research*. Tilburg: Academisch proefschrift.
- Tellnes, G., Bruusgaard, D., & Sandvik, L. (1990). Occupational factors in sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 8, 37-44.
- Thomas, S. (1997). *Transparante geneeskunde*. Oratie Erasmus Universiteit Rotterdam. Utrecht: de woordenwinkel.
- Turner, J. C. (1999). Some Current Issues in Research on Social Identity and Self-categorization Theories. In N. Ellemers, R. Spears & B. Doosje (Eds.), *Social Identity. Context, Commitment, Content* (pp. 6-34). Oxford, Malden: Blackwell Publishers.
- Vahedi Nikbakht, M., van der Rijt, K., Visser, A., ten Voorde, M., & Pruyn, J. (2002). Transmurale samenwerking in regionale netwerken. *Pallium*, september/oktober 2002, 11-14.
- Vangen, S. & Huxham, C. (2000). *Building trust in inter-organizational collaboration*. Paper presented at the Synergy from Difference Symposium, Academy of Management Annual Meeting, Toronto.
- Velden, J. van der. (1999). Occupation and health: a picture from general practice. In J. van der Velden. *General practice at work* (pp. 254-267). Rotterdam: Proefschrift Erasmus Universiteit.
- Verkerk, H., Nicolai, L. C., Huisman, C. H. M., & van den Borne, I. (2001). Samen werkt beter. ZON en LHV/NVAB verbeteren samenwerking tussen huis- en bedrijfsarts. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 97-99.
- Vernooy A. I. F. (2001). Nog scheiding van behandeling en controle? [Redactioneel commentaar] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 57.
- Visser, L. (1995). *Coöperatie en competitie tussen groepen en individuen*. [Proefschrift] Universiteit Utrecht.

- Weel, A. N. H. (1999). [Review] De Bono, A. M. Communication between an occupational physician and other medical practitioners. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 7, 132-133.
- Weel, A. N. H., Baart, I., & Neijenhuis, J. (1999). Samen in de klas. *Medisch Contact*, 54, 1680-1682.
- Weersch, M. van. (1999). ZON-programma Samenwerking bij sociaal-medische begeleiding start met drie projecten. *Mediator*, 9, 22-24.
- Weggeman, M. (2001). *Kennismanagement*. Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties (4e druk). Schiedam: Scriptum management.
- Weiss, S. J., & Davis, H. P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing research*, 34, 299-305.
- West, E., Barron, D. N., Dowsett, J. & Newton, J. (1999). Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies. *Social Science & Medicine*, 48, 633-646.
- Wildevuur, S. (1999). Zonder patiënt geen arts. Gesprek met Alejandro Jadad over de vijf W's van het Internet. *Medisch Contact Jubileumspecial KNMG 150 jaar*, 13 november 1999.
- Willems, J. (1998). Privatisering van de Ziektewet: ervaringen van bedrijfs- en verzekeringsartsen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 6, 98-102.
- Worchel, S., Andreoli, V. S., & Folger, R. (1977). Intergroup cooperation and intergroup attraction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 131-140.
- Yaffee, R. A. (1999). *Common Correlation and Reliability Analysis with SPSS for Windows*. <http://www.nyu.edu/its/socsci/Docs/correlate.html>
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 412-418.
- Yin, R. K., & Heald, K. A. (1975). Using the case survey method to analyze policy studies. *Administrative Science Quarterly*, 20, 371-381.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research. Design and methods*. Revised edition. Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Atkins, J. (2001). *Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(1):CD002213.

Summary



Introduction (chapter 1)

In 1999 there were about seven thousand general practitioners (GPs) in the Netherlands, a number which had risen to about ten thousand by 2003. Similarly, in 1999 there were about two thousand occupational health physicians (OHPs), and nearly three thousand in 2003.

Because an employee on work-related sick leave has to deal with both a GP and an OHP, it is important that the disciplines can collaborate well. However, while several studies show that GPs and OHPs wish this, in reality it is poor. To improve it, various projects, such as courses and regional projects are carried out.

Evidence in social psychology suggests that representatives from different groups do not collaborate well. The reason is that people's identification with their own group (the ingroup) tends to involve an unfavourable attitude towards other groups (outgroups). Problems of collaboration are also explained by three other factors: the division of responsibility (with respect to diagnosis and treatment) between the professions, the mutual dependence and trust in the other. These concepts will be clarified in chapter 3.

This thesis addresses two questions:

- 1 Which social-psychological factors explain the poor collaboration of general practitioners (GPs) and occupational health physicians (OHPs), when exchanging information about patients?
- 2 To which extent do courses and projects (such as a joint course during the vocational training of GPs and OHPs, or regional activities) help to change these social-psychological factors?

To answer the problem, we conducted three empirical studies:

Study 1 was a cross-sectional questionnaire-study carried out in 1999 among 338 GPs and 209 OHPs in the south-western Netherlands.

Study 2 was a case study, carried out in 2000 among 34 trainee GPs and 20 trainee OHPs who attended the course 'Learning to collaborate during socio-medical management'. It consisted of questionnaires that were completed at several different times, and also of oral interviews with two GPs and two OHPs 18 months after the course had finished.

Study 3 was part of a longitudinal countrywide cohort study, carried out in the period from 2001 to 2003, in which we evaluated a number of projects aimed at enhancing collaboration between GPs and OHPs in ten regions. It involved 575 GPs and 398 OHPs, who completed questionnaires before and after the projects. This study was supported by The Netherlands Organisation for Health Research and Development, ZonMw.

General practitioners and occupational health physicians (chapter 2)

In the first part of the chapter, we define the concept of ‘collaboration’, using a narrative literature search to examine the possible effects of collaboration between GPs and OHPs. While no study was found that quantified the effectiveness of collaboration, authors stated that collaboration can enhance efficiency (by reducing the duplication of tasks) and that it can also produce measurable effects, such as less sick leave, better professional action, and greater well-being of the patient.

The literature search revealed four groups of barriers to the collaboration of GPs and OHPs: legal and ethical barriers, structural barriers, practical barriers and social-psychological barriers. Because the author of this thesis assumes that the latter are the most essential, this thesis focuses on social-psychological factors. Therefore we examined the following factors: occupational identity, relative position with regard to the other, mutual dependency, division of responsibility and mutual trust. These concepts are further defined in chapter 3.

The second part of the chapter examines the case for arguing that GPs and OHPs are two distinctive groups, each with its own occupational identity. Although both consists of medical doctors, each can be seen as distinctive ‘professions’, or, to use the literature definition, each is an occupational group with its own values and norms. Historically in the Netherlands there has indeed been a distinct division between doctors involved in treatment and doctors involved in socio-medical work (‘control’). We therefore describe the two groups, examining the history of their ‘professionalization’ as well as their demographic, educational and disciplinary characteristics and details regarding their registration.

Hypotheses and questions (chapter 3)

This chapter sets out the theoretical basis of our research. It describes the Social Identity Theory upon which it bases hypotheses regarding two key concepts: 1. Occupational identification, which concerns how strongly GPs and OHPs feel attached to their own professional group; and 2. Relative position or status, which concerns the extent to which one needs knowledge and competencies in more fields than the other profession.

On the basis of literature, we expected that each profession would regard its status as higher than that of the other, but also that GPs would tend to believe this more strongly. We expected GPs to identify more strongly with their discipline. We also expected that OHPs with experience as GPs would regard their position as equal to GPs, but that GPs with experience as OHPs would regard their position as lower than GPs without experience as OHPs, and thus more on the same level as OHPs.

We also hypothesised that GPs would feel that they had a greater responsibility towards their patients than OHPs, and that they would feel less dependent on OHPs than OHPs would feel on GPs. Similarly we expected that experience of working in the other discipline would lead to a more equal division of responsibility and dependency.

The literature was also studied with regard to the concept of 'trust'. For the purposes of this study, we then chose two types of trust: 1. Knowledge-based trust (KBT), i.e. trust in the work of the other (for instance diagnostic abilities; and 2. Identification-based trust (IBT), i.e. trust in the more communicative aspects of the other (such as openness or communicational clarity). In a growing relationship KBT precedes IBT.

Trust involves risks: do you dare to give confidential information to the other doctor? Or are you afraid that he or she will use it for other purposes and will thereby damage the patient? In any relationship trust has to grow. For this to be possible positive experiences are necessary. Because collaboration between GPs and OHPs until now has been poor, we expected KBT to be generally higher than IBT, and we expected that both types of trust would be higher in OHPs than in GPs. Logically one would expect there to be a link between experience in the other profession and more trust in that profession. Similarly, trust between the two professions is more likely if there is a perceived equality of professional status.

With regard to contacts between the two disciplines, we expected OHPs to take the initiative more often than GPs. We therefore explored the average number of contacts the doctors had with the opposite discipline, assuming that a higher number of contacts would attribute to greater trust and also to a more positive evaluation of the contacts. Dividing the practical barriers to the contact into controllable (internal) and uncontrollable (external) barriers, we expected that GPs - having less contacts and feeling less dependence on the other discipline - would experience more barriers than OHPs. All of these hypotheses were tested in study 1 and some of them also in study 3.

In study 1 we had two exploratory questions: 1. On average, how many contacts do GPs and OHPs have with each other? and 2. Which factors predict the evaluation of the contacts and the experience of the barriers?

In study 2 our questions were arranged in four groups: 1. What are the relative position, occupational identification and dependence of trainee GPs and trainee OHPs before and after a joint course? 2. What is the level of trust in the other discipline before and after the course; how many contacts do representatives of one group have with representatives of the other group; how do they evaluate these contacts? 3. After a joint course, how do they describe the division of responsibilities and trust? 4. Which

reasons do they give for getting into contact with the other, and what are the benefits of the contact?

The question in study 3 was: What were the changes in the variables measured before and after regional projects? Here we studied relative position, occupational identification, responsibility, dependence, trust and also the frequency of contacts, initiative towards contact, barriers to contact and the evaluation of the contacts.

Methods of research (chapter 4)

The characteristics of the group in study 1 shows that GPs and OHPs differed from each other with respect to three demographic characteristics: age, type of employment and number of hours worked per week.

A questionnaire was constructed by the author, using ideas from several studies with comparable questions. As well as Likert-type closed questions, there were statements made by the questioners, with which respondents were asked to agree or disagree (with five levels of response), with space being provided for remarks. Some questions were linked to the doctors' daily activities (e.g. diagnosing and referring).

This chapter describes the procedure of the study, in which the internal consistency of the scales was sufficient to good. Although the study group of GPs was representative of the total group, there was insufficient data to conclude that the group of OHPs was representative. Validity and reliability were sufficient. Controls were carried out for the statistical process, and no adaptations were necessary.

The chapter also describes the study group for study 2, with the demographic characteristics of the four interviewees. The questionnaire and the list of items for the interviews is described, also the procedure of the study. Because of loss to follow-up the effects on longer term could not be studied.

The demographic variables of the study group for study 3 are given. These are followed by a description of the questionnaire, which was largely similar to study 1.

Results and discussion (chapter 5 and part of chapter 6)

The results are presented here thematically and then discussed.

Relative position

All doctors (GPs and OHPs) in study 1 and in study 3 believed that they needed a wider range of knowledge and capacities than the other discipline, the GPs believed this more strongly than the OHPs. This confirms the Social Identity Theory.

While trainee GPs in study 2 also thought they needed knowledge and capacities in more fields than OHPs, trainee OHPs thought they were equal to GPs. This can be explained by selection in vocational choice or selection in the group of the course.

Although OHPs with experience as GP felt themselves to be more equal in status to GPs than OHPs without this experience (study 1), this is not the case for GPs with experience as an OHP. Possibly, GPs with experience as an OHP consistently see themselves as being 'better' than OHPs; the length of their experience as OHP may otherwise play a role.

There were no changes in relative position after the course for trainee GPs and trainee OHPs (study 2) or after the regional projects (study 3). Apparently these type of interventions do not work on these variables.

Occupational identification

As expected GPs identified themselves more strongly with their discipline than OHPs (studies 1 and 3). Experience in the other discipline (study 1) led to less identification with one's own profession. This may be explained by an effect of the experience on a doctor's sense of occupational identity or, with regard to GPs, by a selection of people who chose to gain the experience as an OHP.

Like GPs, trainee GPs (study 2) had a stronger occupational identification than trainee OHPs, who had a negative score on occupational identification (score below 3); in other words the latter did not feel positive in their work. This can be explained by a general discontentment in the profession and the negative image of the profession. After the course for trainee GPs and trainee OHPs (study 2) and after the regional projects (study 3), there were no changes in occupational identification. It is questionable whether these changes could be expected from these types of interventions.

Responsibility

GPs in study 1 and in study 3 felt they had more responsibilities than OHPs, for instance with regard to diagnosing and referring employees with work-relevant disorders. This was expected. The feeling of having more responsibilities was correlated to the higher relative position (study 1). Experience in the other discipline was not correlated to the feeling of having more responsibilities. Possibly, GPs as an occupational group feel a strong autonomy and freedom.

GPs and OHPs in study 2 (interviews) more or less agreed on the mutual division of responsibilities. However these might have been socially desirable answers.

In study 3, doctors' scores with regard to the division of responsibilities, which were measured both before and after the projects, did not change.

Dependence

As expected OHPs felt more dependent on the information provided by GPs than GPs felt on the information provided by OHPs (study 1). Experience in the other profes-

sion had no correlation with this outcome (study 1). With regard to dependence (in study 3) there was no difference between the disciplines. An explanation could be that OHPs' feelings of dependence on the information provided by GPs changed over time.

Trainee GPs felt less dependent on the information provided by OHPs than OHPs felt on the information provided by GPs (study 2).

No changes in dependence were found after the course for trainee GPs and trainee OHPs (study 2), or after the regional projects (study 3).

Trust

For the two professions together, scores for knowledge-based trust (KBT) were higher than for identification-based trust (IBT) (studies 1 and 3). In general, each profession had more trust in the capacities of the other profession than it did in communication by the other. This supports the hypothesis, and is explained by the theory proposing that KBT is built earlier in the relationship than IBT.

While OHPs had a higher score on KBT than GPs, they had a lower score on IBT (studies 1 and 3). This does not support the hypothesis. It might be that GPs do not make a distinction between the two types of trust, whereas OHPs do.

Contrary to the hypothesis, doctors with experience in the other discipline had less trust in the other (KBT and IBT) (study 1). This suggests that doctors who know what happens in the other group have a better idea of what goes wrong.

OHPs who felt equal in position to GPs had more KBT; GPs who felt their relative position was lower than OHPs also had more KBT; there were no correlations between relative position and IBT (study 1). A possible explanation is that the questions we asked to measure relative position consisted of cognitive aspects. In study 3, doctors with a lower relative position felt more KBT and more IBT; doctors with a higher relative position felt less trust. It is possible that a number of factors interact in this phenomenon.

Trainee OHPs in study 2 had more trust in the quality of the information provided by GPs than trainee GPs had in the quality of the information provided by OHPs. This is the same outcome as the results of studies 1 and 3 in respect to KBT.

Just after the course for trainee GPs and OHPs, the trust of trainee GPs in OHPs rose significantly, only to drop later (study 2). The course thus appears to have led merely to a temporary rise in trust.

KBT and IBT in the GPs who participated in study 3 were higher after the projects than before; in OHPs there was an upward trend for IBT. These results may be an effect of the attention paid to collaboration.

The interviews of study 2 contained questions on trust and what trust consists of. GPs said they had now more trust in OHPs than before the course. There was a connection between trust and what they thought the OHP would do with the information they had given, and whether or not this would be in the interest of the employee in question. Their image of OHPs in general was more positive than before the course, but it could be further improved. They said that negative experiences with OHPs had a demotivating effect on the collaboration.

Because OHPs said they already trusted GPs before the course, a positive change could not really be expected from them.

Contacts

OHPs had contact with a GP more than twice as often as GPs had with an OHP; this difference is significant (studies 1 and 3). OHPs said that, per year, they had more than 20 contacts with a GP about patients; GPs reported having contact with an OHP almost 10 times a year. The number of referrals from OHPs to a GP (56 times a year) was significantly higher than the reverse (more than 23 times, i.e. about twice a month).

Trainee OHPs in study 2 had had 4.1 contacts with a GP in the previous three months, while trainee GPs had had 0.6 contacts with an OHP. Trainee OHPs had given a note to the patient for the GP 0.8 times in the previous three months, while trainee GPs had given a note for the OHP 0.2 times. These differences between the professions were significant. On average, trainee OHPs had advised clients to go to the GP 19.1 times in the previous three months, and trainee GPs 3.0 times. The difference was not significant.

Trainee OHPs and trainee GPs did not have more contacts with the other profession after the course, this was the case with all three forms of contact.

In study 3 there were no significant differences after the projects in frequency of contacts. It is assumed that visible changes in behaviour need more time.

GPs in study 2 had two motives for contacting an OHP: 1. Their assumption that a complaint was caused by factors in the working situation, and 2. The need to advocate for a patient when an OHP had behaved discourteously. OHPs in the same study had four reasons to contact a GP: 1. To give information to the GP or to ask information from the GP; 2. To ask for a referral from the GP or to consult the GP about referral (i.e. 'who does what?'); and 3. To consult the GP about management of the case (in the event of disagreement between GP and OHP).

The GPs reported that three benefits resulted from consultation with an OHP: 1. The advocacy of the GP had a positive effect on the client; 2. The greater understanding of the patient that both doctors gained from having more information; 3. The fact that it led to adaptations in the patients' work or workplace.

OHPs also said that three benefits resulted from consultation with a GP: 1. The management of the patient was better harmonised; 2. There was a clear division of tasks; 3. The OHP got information from the GP that could be used to shape management of the case.

Doctors who had a higher number of contacts with the other discipline had significantly more IBT (study 1 and study 3 with a cross-sectional test). This was expected on the basis of the affective character of IBT. Such a correlation was not found for KBT. In study 1 OHPs with more contacts had significantly less KBT. This may be because more knowledge of the other discipline - in this case through one's contacts - gives one a better idea of what goes wrong. This effect was not found in study 3. Frequency of contact did not add to the variance of the change in IBT (study 3). It might be too early to see such an effect.

Initiative

OHPs took the initiative to contact a GP more often than the reverse. GPs agreed this was the case (studies 1 and 3). The explanation might be that OHPs have a greater need of the information provided by GPs than the reverse.

After the projects (study 3) GPs stated that they took the initiative to contact an OHP more often than before.

Barriers to the contact

GPs (studies 1 and 3) said they more often experienced internal (controllable) barriers to the contact than OHPs. This was in agreement with the hypothesis.

OHPs more often experienced two of the three external (uncontrollable) barriers than GPs. This may indicate that they had a greater need of consultation.

When their trust (KBT) was higher, doctors with experience in the other discipline in study 1 experienced both types of barriers (internal and external) less often. There was a similar correlation for IBT but only for external barriers, and only for doctors without experience in the other discipline. If a doctor is to perceive fewer barriers, a combination of KBT and experience in the other discipline may be needed. IBT may be a stronger factor and may work independently of experience in the other discipline.

Experiencing internal barriers is significantly explained by discipline and IBT (study 1). Experiencing external barriers is also explained by IBT, but this effect is much smaller. Several factors may interact in the experience of barriers.

In study 3, IBT and KBT added significantly to the variance of experiencing external barriers. More trust led the barriers to be experienced less often. Univariate analysis also showed that IBT adds to the variance of internal barriers.

Evaluation of the contacts

There was a correlation between an greater number of contacts and a more positive evaluation of these contacts (studies 1 and 3). This supports the ‘contact hypothesis’. Evaluation of the contacts is explained largely by both types of trust, by discipline, and by frequency of contacts, and it is not explained by the other social-psychological factors i.e. relative position, dependence, and responsibility (study 1). This supports the choice of this thesis to study the role of social-psychological factors in the collaboration between GPs and OHPs.

Trainee GPs and trainee OHPs (study 2) did not differ in their evaluation of the contacts with the other discipline. Trainees GPs had particularly few contacts. When the evaluation of the contacts given after the course and the projects (studies 2 and 3) was compared with that given beforehand, there were no changes.

Discussion (chapter 6)

The first part of this chapter explains the results stated in chapter 5 (see above).

The second part of this chapter examines the various limitations and implications of the studies, which are summarised here:

Limitations of the studies

These are: problems of non-response, selective response, validity of the scales, problems in the relation of attitude and behaviour, ‘common-method variance’, possible selective results of study 2, and the choice for an exploring, narrative literature review.

Theoretical and practical implications

The studies showed GPs and OHPs to be two separate groups; the fact that each separate group consisted of medical doctors was not enough to create a common group identity. They did not feel that they all belong to a single group of doctors that was working together to solve a problem. Insights derived from Social Identity Theory can thus apply to the problem of collaboration. This is important, as it provides a basis for practical advice. Relative position and trust prove to be important aspects in the collaboration, however the nature of the relationship between trust and relative position has not become clear.

In future these outcomes might be improved if educational experts were used to set up more focussed interventions.

To improve collaboration, a number of practical suggestions can be made:

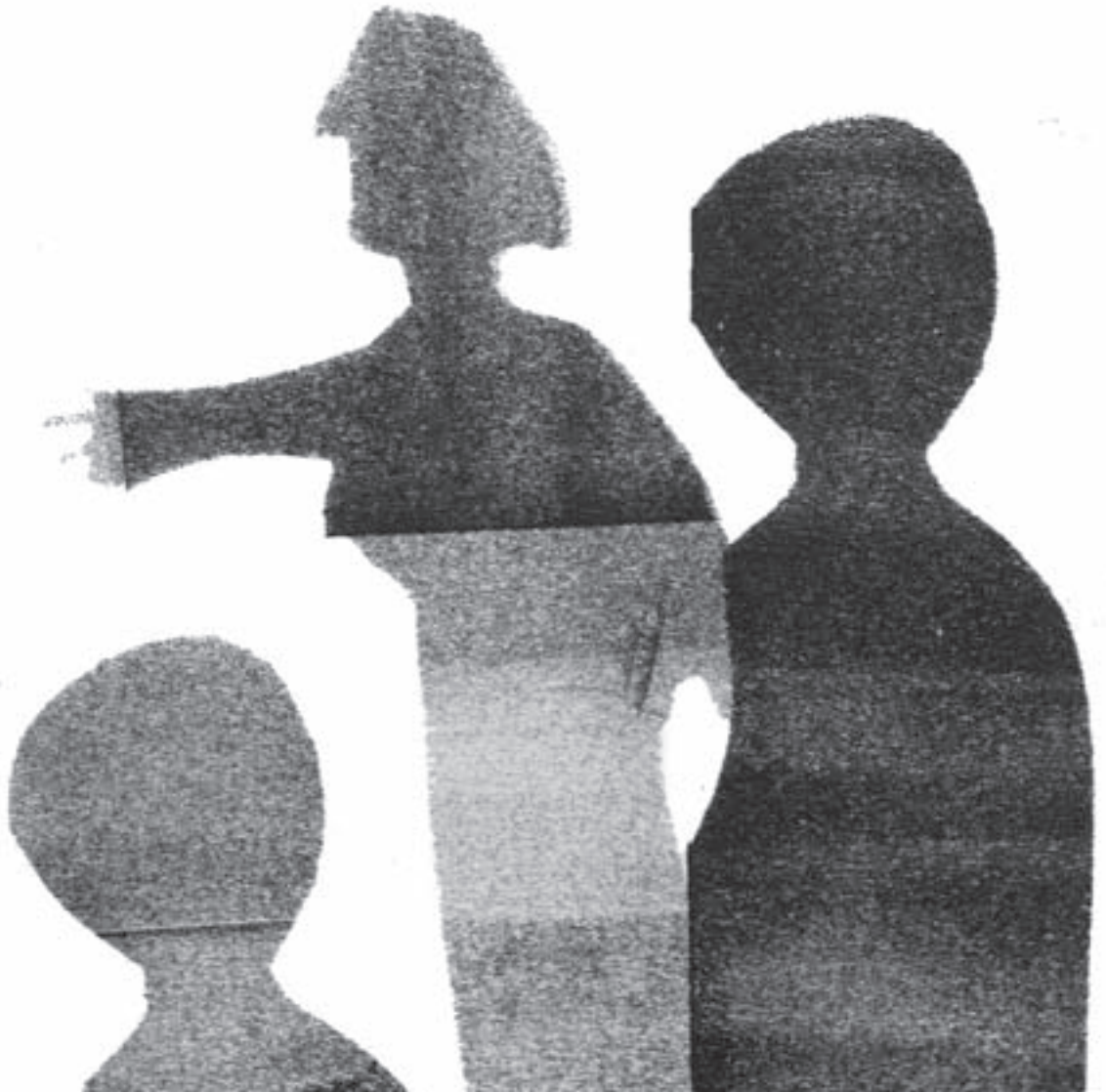
- In meetings and publications doctors should be made aware of perceived differences in status, and of the bearing these perceptions can have on the quality of collaboration;
- Doctors should be made aware of their mutual dependence, for instance by talking about cases, or by asking an OHP to become a consultant in GP-practices;
- The division of responsibility should be clarified and discussed in case meetings and telephone consultations;
- To build trust, formal and informal means should be used to stimulate a high number of contacts between the professional groups;
- Practical barriers to contact should be removed, and ways of getting in touch should be improved;
- A course should be organized on occupational health for those who train GPs.

The results of the studies can also be used to study and improve collaboration between other professional groups.

Although there are indications that trust is enhanced after a course (study 2) and after regional projects (study 3) the number of contacts did not increase. The question is whether, in due course, we can expect effects at the patients' level, i.e. with regard to sick leave and disability pensions. First, changing attitudes and behaviour (of doctors and patients) is a slow process. Second, sick leave and disability pension are complex multifactorial phenomena.

Better collaboration will favour patients, as the advice they are given will be co-ordinated. If doctors who do not yet collaborate with the other discipline are shown the positive effects from collaboration (such as a higher perception of the quality of their own work) they may be stimulated to collaborate. The greater trust that resulted from educational activities or regional projects (studies 2 and 3) can therefore be seen as a hopeful development.

Samenvatting



Inleiding (hoofdstuk 1)

In Nederland waren er in 1999 circa 7000 huisartsen en circa 2000 bedrijfsartsen werkzaam, in 2003 bijna 10.000 huisartsen en circa 3000 bedrijfsartsen.

Een werknemer die verzuimt of klachten heeft in relatie tot het werk, heeft met zowel een huisarts als met een bedrijfsarts te maken. Huisartsen en bedrijfsartsen willen wel meer samenwerken, maar in de praktijk is hun samenwerking onvoldoende, zo blijkt uit diverse onderzoeken. Om de samenwerking te verbeteren zijn diverse projecten opgezet, zoals cursussen en regionale projecten.

Vanuit de sociale psychologie is bekend dat vertegenwoordigers uit verschillende groepen niet goed samenwerken omdat zij zich, wanneer zij zich identificeren met hun eigen groep, vaak onderscheiden van de andere groep. Andere factoren die van belang zijn om samenwerkingsproblemen te verklaren, zijn de verantwoordelijkheidsverdeling, de wederzijdse afhankelijkheid en het vertrouwen in de ander. Deze begrippen worden in hoofdstuk 3 toegelicht.

De probleemstelling van het proefschrift luidt:

- 1 Welke sociaal-psychologische factoren verklaren waarom de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen, in de betekenis van het uitwisselen van kennis over patiënten, niet optimaal verloopt?
- 2 In welke mate dragen cursussen en projecten (een gemeenschappelijke cursus in de beroepsopleidingen voor huisartsen en bedrijfsartsen en activiteiten in de regio) bij aan verandering in sociaal-psychologische factoren?

Om de probleemstelling te beantwoorden zijn drie empirische onderzoeken verricht. Onderzoek 1 was een transversaal vragenlijstonderzoek, verricht in 1999 onder 338 huisartsen en 209 bedrijfsartsen in Zuidwest Nederland.

Onderzoek 2 betrof een casestudy, uitgevoerd in 2000 onder 34 huisartsen in opleiding en 20 bedrijfsartsen in opleiding die in 2000 de cursus 'Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding' volgden. De casestudy bestond uit vragenlijsten op diverse tijdstippen en mondelinge interviews met twee huisartsen en twee bedrijfsartsen anderhalf jaar na de cursus.

Onderzoek 3 was een onderdeel van een longitudinaal cohortonderzoek met vragenlijsten, in opdracht van ZonMw verricht in 2001 t/m 2003 in tien regio's waar projecten plaatsvonden om de samenwerking te bevorderen. Zowel voor als na de projecten zijn vragenlijsten ingevuld door 575 huisartsen en 398 bedrijfsartsen.

Huisartsen en bedrijfsartsen (hoofdstuk 2)

In het eerste deel wordt het begrip 'samenwerken' nader beschreven. In de literatuur is (door middel van een explorierend, narratief literatuuronderzoek) gezocht naar

mogelijke effecten van samenwerken door huisartsen en bedrijfsartsen. Er blijkt geen onderzoek op dit gebied dat aantoonde dat samenwerken leidt tot meetbare effecten. De auteurs van de gevonden literatuur stellen echter wel dat samenwerken kan leiden tot meer efficiëntie (minder dubbel werk), minder verzuim, hogere kwaliteit van het professioneel handelen, en samenwerken kan het welzijn van de patiënt verbeteren. De literatuurstudie liet ook zien dat er vier groepen knelpunten zijn voor het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen: juridisch-ethische knelpunten, structurele knelpunten, praktische knelpunten en sociaal-psychologische knelpunten. De promovenda stelt dat deze laatste groep knelpunten wel eens het belangrijkste kan zijn. Daarom is ervoor gekozen deze te bestuderen. De volgende factoren zijn nader onderzocht: beroepsidentiteit, de relatieve positie ten opzichte van de ander, de wederzijdse afhankelijkheid, de verantwoordelijkheidsverdeling en het vertrouwen in elkaar. Deze begrippen worden in hoofdstuk 3 nader uitgewerkt.

In het tweede deel wordt aannemelijk gemaakt dat het bij huisartsen en bedrijfsartsen inderdaad gaat om twee onderscheiden groepen artsen met hun eigen beroepsidentiteit. Hoewel beide arts zijn, zijn de beroepsgroepen op te vatten als afzonderlijke 'professies'. In de literatuur hierover is onder andere te vinden dat het hierbij gaat om beroepsgroepen die hun eigen waarden en normen hebben. Historisch gezien is in Nederland ooit bewust gekozen voor een scheiding tussen artsen voor 'behandeling' en voor 'controle'. Vervolgens volgt een beschrijving van de twee beroepsgroepen met hun professionaliseringsgeschiedenis en een aantal kenmerken (demografisch, opleiding en registratie, en inhoud van de vakgebieden).

Hypothesen en onderzoeksvragen (hoofdstuk 3)

In dit hoofdstuk worden de theoretische uitgangspunten beschreven. De Social Identity Theory komt als eerste aan de orde. Op basis daarvan volgen hypothesen met betrekking tot beroepsidentificatie en relatieve positie. Om beroepsidentificatie te meten zijn vragen gesteld over hoe men zich in het eigen beroep voelt. Voor relatieve positie is gevraagd in hoeverre men kennis en vaardigheden op meer gebieden nodig heeft dan de andere beroepsgroep. Te verwachten is dat beide disciplines zichzelf 'beter' zullen vinden dan de ander, maar dat huisartsen dit sterker doen dan bedrijfsartsen. Huisartsen zullen zich sterker identificeren met hun beroep. Ervaring in de andere discipline zal bij bedrijfsartsen leiden tot een meer aan huisartsen gelijke positie en bij huisartsen tot een meer aan bedrijfsartsen gelijke positie (dus lager dan huisartsen zonder die ervaring).

De hypothese is dat huisartsen zichzelf meer verantwoordelijkheid toeschrijven en zichzelf minder afhankelijk voelen van bedrijfsartsen dan omgekeerd. Ervaring in het beroep van de ander zal leiden tot meer gelijke verantwoordelijkheid en afhankelijkheid.

Het begrip vertrouwen is bestudeerd in de literatuur en op basis daarvan is gekozen voor een indeling in twee soorten vertrouwen: knowledge-based trust (KBT) en identification-based trust (IBT). KBT is vertrouwen in wat de ander kan, in het concrete werk (bijvoorbeeld het stellen van diagnoses). IBT is vertrouwen in de meer communicatieve kant van de ander (openheid, duidelijkheid). In een groeiende relatie komt de KBT eerst en de IBT later.

Vertrouwen heeft te maken met risico: durf je vertrouwelijke gegevens aan de andere arts te geven? Of ben je bang dat deze er misbruik van maakt en de patiënt hier schade van heeft? Vertrouwen moet groeien in een relatie en er zijn positieve ervaringen voor nodig. Te verwachten is dat de KBT in het algemeen hoger is dan de IBT, omdat huisartsen en bedrijfsartsen nog weinig samenwerken. Verder zal bij bedrijfsartsen zowel de KBT als de IBT hoger zijn dan bij huisartsen. Wie ervaring heeft in de andere beroepsgroep zal meer vertrouwen hebben. Een meer gelijke positie aan de ander zal ook bijdragen aan meer vertrouwen.

Bedrijfsartsen zullen naar verwachting vaker het initiatief tot contact nemen en geëxploreerd zal worden hoeveel contacten men gemiddeld met de ander heeft. Meer contacten zullen naar verwachting leiden tot meer vertrouwen en tevens tot meer waardering van het contact. De praktische knelpunten in het contact zijn onderverdeeld in beheersbare (interne) en niet-beheersbare (externe) knelpunten. Huisartsen zullen (omdat ze minder contacten hebben en zich minder afhankelijk van de ander discipline voelen) naar verwachting meer knelpunten ervaren dan bedrijfsartsen.

De hypothesen zijn alle getoetst in onderzoek 1 en voor een deel ook in onderzoek 3.

Explorerende vragen in onderzoek 1 waren: 1. Hoeveel contacten hebben huisartsen en bedrijfsartsen gemiddeld met elkaar? en 2. Welke factoren verklaren het beste hoe men de contacten met de ander waardeert en welke factoren verklaren het beste hoe men de knelpunten ervaart?

Voor onderzoek 2 zijn vier groepen vragen gesteld: 1. Hoe zijn de relatieve positie, de beroepsidentificatie en de afhankelijkheid van huisartsen in opleiding (haio's) en van bedrijfsartsen in opleiding (baio's), zowel voor als na de cursus? 2. Hoe is het vertrouwen in de andere discipline voor en na de cursus, hoeveel contacten hebben zij met de ander en hoe waarderen zij deze contacten? 3. Hoe beschrijven zij na de cursus de verantwoordelijkheidsverdeling en het vertrouwen? 4. Welke argumenten hanteren zij om contact met de ander op te nemen en wat zijn volgens hen de opbrengsten van een contact?

Voor onderzoek 3 is de vraag gesteld: Welke veranderingen zijn er bij vergelijking van de metingen voor en na de projecten? Het gaat daarbij om veranderingen in relatieve

positie, beroepsidentificatie, verantwoordelijkheid, afhankelijkheid, vertrouwen, aantal contacten, initiatief tot contact, belemmeringen en waardering van de contacten.

Methoden van onderzoek (hoofdstuk 4)

Uit de kenmerken van de onderzoeksgroep van onderzoek 1 blijkt, dat huisartsen en bedrijfsartsen op een aantal demografische kenmerken van elkaar verschillen: in leeftijd, in soort dienstverband en in aantal uren per week dat men werkt.

De vragenlijst voor dit onderdeel is zelf geconstrueerd, waarbij is gebruik gemaakt van een aantal onderzoeken met verwante vraagstelling. Er zijn gesloten vragen (Likert-type), stellingen en ruimte voor eigen opmerkingen. Een aantal vragen is gekoppeld aan dagelijkse activiteiten van de artsen, zoals diagnosestellen en verwijzen.

De onderzoeksprocedure wordt beschreven. De interne consistentie van de verschillende schalen is voldoende tot goed. De representativiteit van de onderzoeksgroep huisartsen is goed, voor bedrijfsartsen zijn hier onvoldoende gegevens voor. Validiteit en betrouwbaarheid worden voldoende bevonden. Vanwege de statistische bewerkingen zijn een aantal controles uitgevoerd en bleken er geen aanpassingen nodig.

De onderzoeksgroep van onderzoek 2 wordt beschreven, alsmede de demografische kenmerken van de vier geïnterviewden. De vragenlijst en het interviewschema komen aan bod, alsmede de procedure van het onderzoek. Door uitval in de loop van het onderzoek kan het langere termijn effect van de cursus niet worden vastgesteld.

De onderzoeksgroep van onderzoek 3 wordt beschreven op een aantal demografische variabelen. Daarna volgt een beschrijving van de vragenlijst, die grotendeels overeenkomt met die van onderzoek 1.

Resultaten en discussie (hoofdstukken 5 en een deel van hoofdstuk 6)

De resultaten worden thematisch samengevat.

Relatieve positie

Alle artsen in onderzoek 1 en in onderzoek 3 vonden dat zij kennis en vaardigheden op meer gebieden nodig hebben dan de ander, maar voor huisartsen was dit sterker dan voor bedrijfsartsen. Dit ondersteunt de Social Identity Theory. Eerder onderzoek ging ook in deze richting.

Haio's in onderzoek 2 vonden dat zij kennis en vaardigheden op meer gebieden nodig hebben dan bedrijfsartsen, maar baio's vonden zichzelf in dat opzicht gelijk aan huisartsen. Dit laatste kan komen door selectie in beroepskeuze of door selectie in de cursusgroep.

Bedrijfsartsen met ervaring als huisarts, voelden een meer gelijke positie aan huisartsen (onderzoek 1). Voor huisartsen met ervaring als bedrijfsarts was dat niet het geval.

Het kan zijn dat huisartsen die eerst als bedrijfsarts werkten, zich blijvend 'beter' voelen dan bedrijfsartsen. Bovendien kan de duur van de periode dat men in de andere discipline werkte, hierbij hebben meegespeeld.

Er bleken geen veranderingen in relatieve positie na de cursus voor haio's en baio's (onderzoek 2) of na de regionale projecten (onderzoek 3). Blijkbaar hebben dit soort interventies niet dat effect.

Beroepsidentificatie

Huisartsen identificeerden zich, zoals verwacht, sterker met hun beroep dan bedrijfsartsen (onderzoek 1 en 3). Ervaring in de andere discipline (onderzoek 1) ging samen met een minder sterke identificatie met het eigen beroep. Dit kan te maken hebben met een effect van deze ervaring op de beroepsidentificatie of (bij huisartsen) met een selectie van mensen die kiezen voor ervaring als bedrijfsarts.

Haio's (onderzoek 2) bleken zich net als huisartsen sterker met hun beroep te identificeren dan bedrijfsartsen in opleiding. Baio's scoorden negatief op beroepsidentificatie (score onder de 3) (zij hebben het niet zo naar hun zin). Dit heeft mogelijk te maken met de algehele onvrede in de beroepsgroep en het vrij negatieve imago.

Na afloop van de cursus voor haio's en baio's (onderzoek 2) en na de regionale projecten (onderzoek 3) waren er geen veranderingen in beroepsidentificatie. Het is de vraag of dit te verwachten zou zijn van dergelijke interventies.

Verantwoordelijkheid

Huisartsen in onderzoek 1 en onderzoek 3 meenden dat zij meer verantwoordelijkheden hebben dan bedrijfsartsen met betrekking tot bijvoorbeeld diagnose en verwijzing van mensen met arbeidsrelevante aandoeningen. Dit is zoals verwacht.

Het gevoel van meer verantwoordelijkheden hing samen met de hogere relatieve positie (onderzoek 1). Ervaring in de andere discipline (onderzoek 1) hing hier niet mee samen. Het kan zijn dat huisartsen als beroepsgroep een sterke autonomie en vrijheid voelen.

De haio's en baio's in onderzoek 2 (interviews) waren het min of meer eens over de verdeling van verantwoordelijkheden onderling. Het kunnen echter sociaal wenselijke antwoorden zijn.

De artsen in onderzoek 3 scoorden na de projecten niet anders op verantwoordelijkheidsverdeling dan ervoor.

Afhankelijkheid

Bedrijfsartsen vonden zichzelf volgens verwachting meer afhankelijk van de informatie van huisartsen dan huisartsen van de informatie van bedrijfsartsen (onderzoek 1). Ervaring in de andere discipline hing hier niet significant mee samen (onderzoek 1).

In onderzoek 3 was er geen verschil in afhankelijkheid tussen de disciplines. Dit kan een verandering in de tijd zijn.

Haio's bleken minder afhankelijk van de informatie van bedrijfsartsen dan baio's van informatie van huisartsen (onderzoek 2).

Na de cursus voor haio's en baio's (onderzoek 2) en na de regionale projecten (onderzoek 3) waren er geen veranderingen in de score op afhankelijkheid.

Vertrouwen

De scores op knowledge-based trust (KBT) waren bij beide groepen artsen significant hoger dan voor identification-based trust (IBT) (onderzoek 1 en 3). Zij hebben dus meer vertrouwen in de capaciteiten van de ander dan in de communicatie. Dit is volgens de hypothese en wordt verklaard doordat volgens de theorie KBT vooraf gaat aan IBT.

Bedrijfsartsen hadden een hogere score op KBT dan huisartsen, maar een lagere IBT (onderzoek 1 en 3). Dit is niet volgens de hypothese. Huisartsen maken mogelijk geen onderscheid tussen de twee soorten vertrouwen, bedrijfsartsen wel.

Wie ervaring had in de andere discipline, bleek minder vertrouwen te hebben (zowel KBT als IBT), dit is tegengesteld aan de verwachting (onderzoek 1). Wie heeft rondgekeken in de 'keuken van de ander' weet wellicht ook wat daar 'fout' gaat.

Bedrijfsartsen die zich gelijk aan huisartsen voelden, hadden meer KBT; huisartsen die zich in een lagere positie aan bedrijfsartsen voelden, hadden ook meer KBT. Tussen relatieve positie en IBT was geen verband in onderzoek 1. Mogelijk is dit het geval omdat bij relatieve positie vooral gevraagd is naar cognitieve aspecten. In onderzoek 3 bleek een lagere relatieve positie samen te gaan met meer vertrouwen.

Baio's in onderzoek 2 hadden meer vertrouwen in de kwaliteit van de informatie van huisartsen dan haio's hadden in de kwaliteit van de informatie van bedrijfsartsen. Dit is vergelijkbaar met de resultaten van onderzoek 1 en 3 wat betreft KBT.

Vlak na de cursus voor haio's en baio's steeg het vertrouwen bij de haio's significant, maar daarna daalde het weer (onderzoek 2). Blijkbaar leidt de cursus tot een (kortstondig) effect op vertrouwen.

Bij de huisartsen in onderzoek 3 bleek de IBT significant hoger na de projecten. Dit is wellicht een effect van de aandacht die er door de projecten is voor de samenwerking.

In de interviews in onderzoek 2 is nader uitgevraagd in hoeverre men de ander vertrouwt en op welke punten. De huisartsen zeiden dat zij meer vertrouwen in bedrijfsartsen hadden gekregen. Vertrouwen hing volgens hen samen met wat men denkt dat de bedrijfsarts met de gegevens gaat doen, en in hoeverre zij merken dat het belang van de patiënt voorop staat. Zij hadden een positiever beeld gekregen van bedrijfs-

artsen, maar dit zou nog verder verbeterd kunnen worden. Negatieve ervaringen met bedrijfsartsen werkten volgens hen demotiverend. De bedrijfsartsen zeiden dat zij de huisartsen voor de cursus al vertrouwden, bij hen kon een positieve verandering door de cursus daarom niet worden verwacht.

Contacten

Bedrijfsartsen hadden significant vaker contact met een huisarts dan andersom, ruim tweemaal zo vaak (onderzoek 1 en 3). Bedrijfsartsen zeiden jaarlijks naar schatting ruim 20 keer met een huisarts overleg te hebben over een patiënt, huisartsen bijna 10 keer per jaar. Bedrijfsartsen zeiden significant vaker het advies aan een patiënt te geven om contact met de huisarts op te nemen dan andersom. Bedrijfsartsen ruim tweemaal zo vaak (56 maal) als een huisarts (ruim 23 maal, dit is gemiddeld nog geen tweemaal per maand).

Baio's in onderzoek 2 hadden in het laatste kwartaal gemiddeld 4.1 maal een contact met een huisarts, haio's 0.6 maal met een bedrijfsarts. Baio's gaven gemiddeld 0.8 maal een briefje mee voor de huisarts, haio's gemiddeld 0.2 maal voor een bedrijfsarts. Deze verschillen zijn significant. Baio's gaven gemiddeld 19.1 maal het advies tot contact met een huisarts, haio's gemiddeld 3.0 maal. Dit verschil is niet significant.

Baio's en haio's bleken na de cursus niet significant meer contacten met de andere te hebben. Dat gold voor alle soorten contact.

In onderzoek 3 waren er na de projecten geen significante verschillen in aantallen contact met de ander vergeleken met voor de projecten. Het vermoeden is, dat zichtbare veranderingen op gedragsniveau meer tijd nodig hebben.

Motieven van haio's in onderzoek 2 om met een bedrijfsarts te overleggen, waren: 1. Verwijzing omdat de huisarts bij de klacht factoren in het werk vermoedde; 2. Pleiten voor de patiënt bij vermeende onheuse behandeling door de bedrijfsarts. Motieven van de baio's om te overleggen met een huisarts, waren: 1. Geven van informatie aan de huisarts of vragen om informatie aan de huisarts; 2. Verzoek om verwijzing door de huisarts of overleg over verwijzing (wie verwijst); 3. Overleg over aanpak (bij mogelijk verschil van inzicht). De volgende opbrengsten noemden de haio's van overleg met een bedrijfsarts: 1. Het effect van pleiten door de huisarts bij de bedrijfsarts; 2. Meer begrip door meer informatie (wederzijds); 3. Aanpassingen op de werkplek of aangepast werk. En de baio's noemden de volgende opbrengsten van overleg met een huisarts: 1. Afgestemd beleid; 2. Heldere taakverdeling; 3. Informatie van de huisarts om het eigen beleid te onderbouwen.

Wie meer contacten met de andere discipline had, had significant meer IBT (onderzoek 1 en onderzoek 3, toetsing per meetmoment). Dit was te verwachten gezien de affectieve kant van IBT.

Bedrijfsartsen in onderzoek 1 hadden bij meer contacten juist significant minder KBT. Wie meer kennis heeft van de andere discipline (in dit geval door meer contacten), weet wellicht ook meer wat er niet goed gaat. In onderzoek 3 was er geen verband tussen contactfrequentie en KBT.

Contactfrequentie droeg niet bij aan de variantie van IBT wanneer in onderzoek 3 met 'repeated measures' werd getoetst. Het kan zijn dat het nog te vroeg is om dit effect te zien.

Initiatief

Bedrijfsartsen namen significant vaker dan huisartsen het initiatief tot contact, ook huisartsen bevestigden dit (onderzoek 1 en 3). Dit is te verklaren doordat zij meer behoefte hebben aan de gegevens van de huisarts dan andersom.

Na de projecten (onderzoek 3) zeiden huisartsen significant vaker het initiatief te nemen tot contact met een bedrijfsarts dan ervoor. Dit zou een positief effect kunnen zijn van de projecten.

Belemmeringen bij het contact

Huisartsen (onderzoek 1 en 3) bleken vaker interne (beheersbare) knelpunten in de bereikbaarheid te ervaren dan bedrijfsartsen. Dit is conform de hypothese.

Bedrijfsartsen bleken vaker twee van de drie externe (onbeheersbare knelpunten) te ervaren dan huisartsen. Wellicht ervaren bedrijfsartsen de belemmeringen sterker, omdat zij meer behoefte hebben aan overleg.

Artsen die ervaring in de andere discipline hadden (in onderzoek 1), ervoeren beide soorten knelpunten (intern en extern) significant minder vaak naarmate het vertrouwen (KBT) groter is. Voor IBT was er alleen een dergelijk verband met externe knelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline. Blijkbaar is een combinatie van ervaring in de andere discipline en KBT nodig om minder belemmeringen te ervaren. IBT is wat dat betreft een sterkere factor, die werkt onafhankelijk van de ervaring in de andere discipline.

Het ervaren van interne bereikbaarheidsknelpunten werd significant verklaard door discipline en IBT (onderzoek 1). Het ervaren van externe knelpunten eveneens door IBT, maar dit effect was veel minder groot. Blijkbaar zijn er meerdere factoren die tegelijk meespelen bij het ervaren van belemmeringen.

In onderzoek 3 bleken IBT en KBT significant bij te dragen aan de variantie van het ervaren van externe knelpunten en in een transversale toetsing bleek IBT ook bij te

dragen aan de variantie van het ervaren van interne knelpunten. Bij meer vertrouwen ervaart men dus minder knelpunten.

Waardering van de contacten

Bij meer contacten ervoer men deze ook positiever (onderzoek 1 en 3). Dit steunt de 'contacthypothese'.

De waardering van de samenwerking werd vooral verklaard door de beide soorten vertrouwen, discipline en contactfrequentie en niet door de overige ingevoerde sociaal-psychologische variabelen (relatieve positie, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid) (onderzoek 1). Dit steunt de insteek van dit proefschrift om de sociaal-psychologische variabelen bij samenwerking nader te onderzoeken.

Haio's en baio's (onderzoek 2) verschilden niet in hun waardering van de contacten. Er waren echter heel weinig contacten, met name bij haio's. Verandering in waardering van de contacten na de cursus en na de projecten (onderzoek 2 en 3) werden niet gevonden.

Discussie (deel van hoofdstuk 6)

Het eerste deel van dit hoofdstuk geeft mogelijke verklaringen voor de resultaten (zie hierboven). Het tweede deel bespreekt de beperkingen en de implicaties van de onderzoeken.

Beperkingen van het onderzoek

Besproken worden de problemen met betrekking tot de non-response, de selectieve response, de validiteit van de schalen, de problematiek van de verhouding attitude-gedrag, de 'common-method variance', de mogelijk selectieve resultaten van onderzoek 2, en de keuze voor een verkennend, narratief literatuuronderzoek.

Theoretische en praktische implicaties

Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen en bedrijfsartsen inderdaad twee aparte groepen zijn, die blijkbaar onvoldoende voelen dat ze beiden arts zijn. Ze voelen niet dat ze deel uitmaken van één groep artsen, die gezamenlijk werkt aan de oplossing van een probleem. De inzichten uit de Social Identity Theory kunnen daarom worden toegepast op de samenwerkingsproblematiek. Dit is belangrijk omdat op basis daarvan praktische adviezen te geven zijn. Relatieve positie en vertrouwen blijken belangrijke aspecten. Hoe het verband tussen vertrouwen en relatieve positie is, is echter niet helder geworden.

Om gerichtere interventies op te zetten (bijvoorbeeld om speciaal aandacht te besteden aan het opbouwen van vertrouwen) zou onderwijskundige expertise kunnen worden ingezet.

Praktische suggesties om de samenwerking te verbeteren zijn:

- Maak statusverschillen bespreekbaar tijdens bijeenkomsten en in publicaties.
- Maak wederzijdse afhankelijkheid bewust, bijvoorbeeld door casusbesprekingen en door een bedrijfsgeneeskundig consulent in hagro's (huisartsen(waarneem)groepen).
- Maak de verantwoordelijkheidsverdeling helder en bespreek deze in casusbesprekingen en in telefonisch overleg.
- Stimuleer veel contacten tussen de beroepsgroepen (formeel en informeel) om vertrouwen op te bouwen.
- Hef praktische belemmeringen op, vergroot de bereikbaarheid.
- Geef een cursus over bedrijfsgezondheidszorg voor huisarts-opleiders.

De resultaten zijn ook toepasbaar op andere samenwerkingsrelaties.

Hoewel er enige aanwijzingen zijn dat het vertrouwen groter is geworden na een cursus en na regionale projecten (onderzoek 2 en 3) is het aantal contacten niet toegenomen. Het is zeer de vraag of er door meer samenwerking te zijner tijd effecten op patiëntniveau (verzuim en WAO) zichtbaar kunnen zijn. Enerzijds gaat het veranderen van attitudes en van gedrag, zowel van artsen als van patiënten, langzaam. Anderzijds zijn verzuim en WAO-instroom complexe multifactoriële verschijnselen.

Beter samenwerken is voor de patiënten zonder meer positief omdat zij gecoördineerd (en dus niet elkaar tegensprekend) advies krijgen. Aantonen van de positieve gevolgen van samenwerken (bijvoorbeeld door een grotere ervaren kwaliteit van het eigen werk) kan voor de professionals die nog niet samenwerken, wel een stimulans zijn om dat ook te gaan doen. Dat het vertrouwen iets is toegenomen (onderzoek 2 en 3), kan worden geduid als een hoopvolle ontwikkeling.

Bijlagen



Bijlage la

Vragenlijst samenwerking huisarts-bedrijfsarts, augustus 1999

Lijst voor huisartsen

A.P. Nauta, bedrijfsarts, A&O-psycholoog, coördinator blok 2 huisartsopleiding Erasmus Universiteit en J. von Grumbkow, A&O-psycholoog, hoogleraar Arbeid en Organisatie Open Universiteit Nederland.

Algemene vragen

1 Wat is uw leeftijd:

..... jaar

2 Wat is uw geslacht:

Man Vrouw

3 Hoeveel jaar bent u arts?

..... jaar

4 Hoeveel jaar bent u werkzaam als huisarts (inclusief opleiding) ?

..... jaar

5 Hoeveel uur per week werkt u als huisarts?

..... uur per week

6 In welk soort dienstverband werkt u:

- In dienstverband
- Solopraktijk
- Duopraktijk of HOED
- Anders nl

Vragen over de samenwerking met bedrijfsartsen

Onder overleg wordt hieronder verstaan: een contact over een patiënt dat mondeling, schriftelijk, telefonisch, of via fax verloopt tussen u en een bedrijfsarts. Informatieverstrekking hoort hier ook onder.

7 Met hoeveel bedrijfsartsen heeft u het afgelopen kwartaal c.q. het afgelopen jaar overleg gehad over een patiënt? *Maak een schatting van het aantal.*

Het afgelopen kwartaal naar schatting met bedrijfsartsen

Het afgelopen jaar naar schatting met bedrijfsartsen

8 Wie nam hiervoor het initiatief?

Uzelf vaker dan de bedrijfsarts

Uzelf even vaak als de bedrijfsarts

De bedrijfsarts vaker dan U

9 Hoe vindt u over het geheel genomen het informatiegehalte van het overleg met bedrijfsartsen?

Zeer goed

Goed

Niet goed en niet slecht

Vrij slecht

Slecht

10 Hoe vindt u over het geheel genomen de sfeer bij mondeling of telefonisch overleg met bedrijfsartsen?

Zeer goed

Goed

Niet goed en niet slecht

Vrij slecht

Slecht

11 Hoe vaak verandert er iets in uw beleid rond de patiënt als gevolg van het overleg dat u met een bedrijfsarts heeft gehad?

Altijd

Vaak

Soms wel en soms niet

Zelden

Nooit

12 Hoe vaak heeft u het afgelopen kwartaal c.q. het afgelopen jaar aan een patiënt het advies gegeven om contact op te nemen met de bedrijfsarts?

Het afgelopen kwartaal naar schatting maal

Het afgelopen jaar naar schatting maal

Hierna wordt de term arbeidsgerelateerde aandoening gebruikt. Hieronder wordt verstaan: een aandoening die (mede) door factoren op het werk wordt veroorzaakt ofwel invloed heeft op de uitvoering van het werk.

13 Hoe vaak ging het overleg tussen u en een bedrijfsarts over de volgende activiteiten?

Graag bij elk onderwerp één van de vier antwoordalternatieven aankruisen

Diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Verwijzing naar fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Het geven van een werkhervattingsadvies

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Griepvaccinatie van werknemers

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Voorlichting aan een patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Andere activiteiten, nl:
 (deze eventuele andere activiteiten graag ook toevoegen onderaan vraag 14, 15 en 16)

Opmerkingen:

Vragen over verantwoordelijkheden

14 Hoe liggen volgens u de verantwoordelijkheden bij de volgende activiteiten? *Graag bij elke activiteit één hokje aankruisen*

	Huisarts méér verantwoordelijk dan bedrijfsarts	Huisarts evenveel verantwoordelijk als bedrijfsarts	Bedrijfsarts méér verantwoordelijk dan huisarts	De verantwoordelijkheden zijn onduidelijk
Voor diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor de verwijzing naar een fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor het geven van een werkhervattingsadvies?				
Voor griepvaccinatie van werknemers?				
Voor voorlichting aan een patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)?				
Voor andere activiteiten, nl (toevoegen, zie vraag 13)				

Opmerkingen:

15 In welke mate bent u afhankelijk van de informatie die een bedrijfsarts u geeft voor de volgende activiteiten? *Graag bij elke vraag één van de vier antwoordalternatieven aankruisen*

Activiteit huisarts	In welke mate bent u afhankelijk van de informatie die een bedrijfsarts u geeft?
Voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor de behandeling van een patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening ?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor de verwijzing naar een fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor het geven van een werkhervattingsadvies?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor griepvaccinatie van werknemers?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor voorlichting aan een patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor andere activiteiten, (hier toevoegen, zie vraag 13)	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet

Opmerkingen:

Vragen over de kwaliteit van de informatie

De volgende vragen gaan over de kwaliteit van de informatie die u krijgt van de bedrijfsarts. *Graag bij elke vraag één van de vier antwoordalternatieven aankruisen*

16 In welke mate heeft u vertrouwen in de kwaliteit van de informatie die u krijgt van de bedrijfsarts in het kader van de volgende activiteiten?

Activiteit	In welke mate heeft u vertrouwen in de kwaliteit van de informatie?
Bij de diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij de behandeling van een patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij de verwijzing naar een fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij het geven van een werkhervattingsadvies?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij griepvaccinatie van werknemers?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij voorlichting aan de patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij andere activiteiten (zie uw eigen toevoeging bij vraag 13)	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet

Opmerkingen:

17 Gaarne aankruisen in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent:

Alles bij elkaar genomen heb ik veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen somatische diagnoses stellen.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen psychische diagnoses stellen.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Bedrijfsartsen zijn open naar de huisartsen toe.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Bedrijfsartsen houden duidelijk rekening met de verschillende kanten van de zaak.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Bedrijfsartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens

Opmerkingen:

Overige vragen

18 Wat vindt u van de de richtlijn voor intercollegiaal gegevensverkeer in de Code Samenwerking bij Arbeidsverzuim (KNMG 1998)? *Steeds één van de vijf antwoordalternatieven aankruisen. Eventuele opmerkingen kunt u aan de zijkant bijschrijven.*

Ik vind de richtlijn:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Duidelijk | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Onduidelijk |
| <input type="checkbox"/> Consistent | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Inconsistent |
| <input type="checkbox"/> Acceptabel | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Niet acceptabel |
| <input type="checkbox"/> Zorgvuldig | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Niet zorgvuldig |
| <input type="checkbox"/> Uitvoerbaar | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Niet uitvoerbaar |

19 Welke knelpunten ervaart u in de bereikbaarheid van een bedrijfsarts? *Graag bij alle categorieën één antwoordalternatief aankruisen.*

Naam bedrijfsarts niet bekend

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Telefoonnummer niet te vinden

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Bedrijfsarts niet aanwezig

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Bedrijfsarts belt niet terug

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Bedrijfsarts belt terug maar ik ben niet aanwezig

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

20 Kent u een of meer bedrijfsartsen in uw familie- vrienden- of kennissenkring?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nee |

21 Heeft u zelf ooit gewerkt als bedrijfsarts?

- Ja
 Nee

Stellingen

Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken door een kruisje te zetten op het antwoordalternatief dat het meeste met uw mening overeenkomt:

22 Ik heb het erg naar mijn zin als huisarts.

- Geheel mee eens Neutraal Geheel mee oneens

23 Ik vind huisarts het mooiste beroep dat er is.

- Geheel mee eens Neutraal Geheel mee oneens

24 Ik ben er bijzonder trots op dat ik huisarts ben.

- Geheel mee eens Neutraal Geheel mee oneens

25 Huisartsen hebben een hoge positie in de medische wereld.

- Geheel mee eens Neutraal Geheel mee oneens

26 Ik denk er niet over om mijn baan als huisarts ooit op te geven.

- Geheel mee eens Neutraal Geheel mee oneens

27 Om goed te kunnen functioneren als huisarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts kennis op meer gebieden nodig.

- Geheel mee eens
 Een beetje mee eens
 Niet eens en niet oneens
 Een beetje oneens
 Geheel oneens

28 Om goed te kunnen functioneren als huisarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts vaardigheden op meer gebieden nodig.

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

29 Om goed te kunnen functioneren als huisarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts een langere ervaring nodig.

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

HEEL HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING AAN DIT ONDERZOEK!!!

Bijlage Ib

Vragenlijst samenwerking huisarts-bedrijfsarts, augustus 1999

Lijst voor bedrijfsartsen

A.P. Nauta, bedrijfsarts, A&O-psycholoog, coördinator blok 2 huisartsopleiding Erasmus Universiteit en J. von Grumbkow, A&O-psycholoog, hoogleraar Arbeid en Organisatie Open Universiteit Nederland.

Algemene vragen

1 Wat is uw leeftijd:

..... jaar

2 Wat is uw geslacht:

Man Vrouw

3 Hoeveel jaar bent u arts?

..... jaar

4 Hoeveel jaar bent u werkzaam als bedrijfsarts (inclusief opleiding)?

..... jaar

5 Hoeveel uur per week werkt u als bedrijfsarts?

....uur per week

6 In welk soort dienstverband werkt u:

In dienstverband bij een arbodienst

In dienstverband bij een interne dienst

Eigen bedrijf/free lance

Anders nl

Vragen over de samenwerking met huisartsen

Onder overleg wordt hieronder verstaan: een contact over een patiënt dat mondeling, schriftelijk, telefonisch, of via fax verloopt tussen u en een huisarts. Informatieverstrekking hoort hier ook onder.

7 Met hoeveel huisartsen heeft u het afgelopen kwartaal c.q. het afgelopen jaar overleg gehad over een patiënt? Maak een schatting van het aantal.

Het afgelopen kwartaal naar schatting met..... huisartsen

Het afgelopen jaar naar schatting met..... huisartsen

8 Wie nam hiervoor het initiatief?

- Uzelf vaker dan de huisarts
- Uzelf even vaak als de huisarts
- De huisarts vaker dan U

9 Hoe vindt u over het geheel genomen het informatiegehalte van het overleg met huisartsen?

- Zeer goed
- Goed
- Niet goed en niet slecht
- Vrij slecht
- Slecht

10 Hoe vindt u over het geheel genomen de sfeer bij mondeling of telefonisch overleg met huisartsen?

- Zeer goed
- Goed
- Niet goed en niet slecht
- Vrij slecht
- Slecht

11 Hoe vaak verandert er iets in uw beleid rond de patiënt als gevolg van het overleg dat u met een huisarts heeft gehad?

- Altijd
- Vaak
- Soms wel en soms niet
- Zelden
- Nooit

12 Hoe vaak heeft u het afgelopen kwartaal c.q. het afgelopen jaar aan een patiënt het advies gegeven om contact op te nemen met de huisarts?

Het afgelopen kwartaal naar schatting maal

Het afgelopen jaar naar schatting maal

Hierna wordt de term arbeidsgerelateerde aandoening gebruikt. Hieronder wordt verstaan: een aandoening die (mede) door factoren op het werk wordt veroorzaakt ofwel invloed heeft op de uitvoering van het werk.

13 Hoe vaak ging het overleg tussen u en een huisarts over de volgende activiteiten?

Graag bij elk onderwerp één van de vier antwoordalternatieven aankruisen

Diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Verwijzing naar fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Geven van een werkhervattingsadvies

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Griepvaccinatie van werknemers

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Voorlichting aan een patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)

altijd/vaak wel eens zelden nooit

Andere activiteiten, nl:
 (deze eventuele andere activiteiten graag ook toevoegen onderaan vraag 14, 15 en 16)

Opmerkingen:

Vragen over verantwoordelijkheden

14 Hoe liggen volgens u de verantwoordelijkheden bij de volgende activiteiten? *Graag bij elke activiteit één hokje aankruisen*

	Bedrijfsarts méér verantwoordelijk dan huisarts	Bedrijfsarts evenveel verantwoordelijk als huisarts	Huisarts méér verantwoordelijk dan bedrijfsarts	De verantwoordelijkheden zijn onduidelijk
Voor diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor de verwijzing naar een fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?				
Voor het geven van een werkhervattingsadvies?				
Voor griepvaccinatie van werknemers?				
Voor voorlichting aan een patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)?				
Voor andere activiteiten, nl (toevoegen, zie vraag 13)				

Opmerkingen:

15 In welke mate bent u afhankelijk van de informatie die een huisarts u geeft voor de volgende activiteiten? *Graag bij elke vraag één van de vier antwoordalternatieven aankruisen*

Activiteit bedrijfsarts	In welke mate bent u afhankelijk van de informatie die een huisarts u geeft?
Voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor de behandeling van een patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening ?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor de verwijzing naar een fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor het geven van een werkhervattingsadvies?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor griepvaccinatie van werknemers?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor voorlichting aan een patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Voor andere activiteiten, nl (hier toevoegen, zie vraag 13)	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet

Opmerkingen:

Vragen over de kwaliteit van de informatie

De volgende vragen gaan over de kwaliteit van de informatie die u krijgt van de huisarts. *Graag bij elke vraag één van de vier antwoordalternatieven aankruisen*

16 In welke mate heeft u vertrouwen in de kwaliteit van de informatie die u krijgt van de huisarts in het kader van de volgende activiteiten?

Activiteit	In welke mate heeft u vertrouwen in de kwaliteit van de informatie v.d. huisarts?
Bij de diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidgebonden aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij de verwijzing naar een fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidgebonden aandoening?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij het geven van een werkhervattingsadvies?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij griepvaccinatie van werknemers?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij voorlichting aan de patiënt over gezonde leefwijze (roken, alcohol, beweging)?	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet
Bij andere activiteiten, (zie uw eigen toevoeging bij vraag 13)	<input type="checkbox"/> in sterke mate <input type="checkbox"/> in niet zo sterke mate <input type="checkbox"/> in geringe mate <input type="checkbox"/> in het geheel niet

Opmerkingen:

17 Gaarne aankruisen in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent:

Alles bij elkaar genomen heb ik veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van huisartsen.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Ik heb vertrouwen in de wijze waarop huisartsen somatische diagnoses stellen.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Ik heb vertrouwen in de wijze waarop huisartsen psychische diagnoses stellen.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Huisartsen zijn open naar de bedrijfsartsen toe.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Huisartsen houden duidelijk rekening met de verschillende kanten van de zaak.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens
Huisartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten.	<input type="checkbox"/> Geheel mee eens <input type="checkbox"/> Enigszins mee eens <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Enigszins mee oneens <input type="checkbox"/> Geheel mee oneens

Opmerkingen:

Overige vragen

18 Wat vindt u van de richtlijn voor intercollegiaal gegevensverkeer in de Code Samenwerking bij Arbeidsverzuim (KNMG 1998)? *Steeds een van de vijf antwoordalternatieven aankruisen. Eventuele opmerkingen kunt u aan de zijkant bijschrijven.*

Ik vind de richtlijn:

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Duidelijk | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Onduidelijk | |
| <input type="checkbox"/> Consistent | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Inconsistent | |
| <input type="checkbox"/> Acceptabel | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Niet acceptabel | |
| <input type="checkbox"/> Zorgvuldig | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Niet zorgvuldig | |
| <input type="checkbox"/> Uitvoerbaar | <input type="checkbox"/> neutraal | <input type="checkbox"/> Niet uitvoerbaar | |

19 Welke knelpunten ervaart u in de bereikbaarheid van een huisarts? *Graag bij alle categorieën één antwoordalternatief aankruisen.*

Naam huisarts niet bekend

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Telefoonnummer niet te vinden

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Huisarts niet aanwezig

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Huisarts belt niet terug

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Huisarts belt terug maar ik ben niet aanwezig

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> altijd/vaak | <input type="checkbox"/> wel eens | <input type="checkbox"/> zelden | <input type="checkbox"/> nooit |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

20 Kent u een of meer huisartsen in uw familie- vrienden- of kennissenkring?

- | |
|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nee |

21 Heeft u zelf ooit gewerkt als huisarts?

Ja

Nee

Stellingen

Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken door een kruisje te zetten op het antwoordalternatief dat het meeste met uw mening overeenkomt:

22 Ik heb het erg naar mijn zin als bedrijfsarts.

Geheel mee eens

Neutraal

Geheel mee oneens

23 Ik vind bedrijfsarts het mooiste beroep dat er is.

Geheel mee eens

Neutraal

Geheel mee oneens

24 Ik ben er bijzonder trots op dat ik bedrijfsarts ben.

Geheel mee eens

Neutraal

Geheel mee oneens

25 Bedrijfsartsen hebben een hoge positie in de medische wereld.

Geheel mee eens

Neutraal

Geheel mee oneens

26 Ik denk er niet over om mijn baan als bedrijfsarts ooit op te geven.

Geheel mee eens

Neutraal

Geheel mee oneens

27 Om goed te kunnen functioneren als bedrijfsarts heb je in vergelijking met de huisarts kennis op meer gebieden nodig.

Geheel mee eens

Een beetje mee eens

Niet eens en niet oneens

Een beetje oneens

Geheel oneens

28 Om goed te kunnen functioneren als bedrijfsarts heb je in vergelijking met de huisarts vaardigheden op meer gebieden nodig.

Geheel mee eens

Een beetje mee eens

Niet eens en niet oneens

Een beetje oneens

Geheel oneens

29 Om goed te kunnen functioneren als bedrijfsarts heb je in vergelijking met de huisarts een langere ervaring nodig.

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

HEEL HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING AAN DIT ONDERZOEK!!!

Bijlage Ic

Overzicht van de variabelen van onderzoek 1 voor de gehele groep (huisartsen en bedrijfsartsen) met meetniveau, gemiddelden en spreiding; voor nominale en dichotome variabelen.

Variabele	Meetniveau	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd	Interval/ratio	44.4		28	77	6.6	54
Aantal uren per week	Interval/ratio	43.3		0	168	15.5	543
Aantal jaren arts	Interval/ratio	17.4		2	53	6.6	545
Aantal jaren eigen discipline	Interval/ratio	14.4		0	40	7.1	544
Aantal contacten met de andere discipline laatste jaar	Interval/ratio	13.7	10	0	100	15.0	518
Aantal adviezen tot contact met de andere discipline laatste jaar	Interval/ratio	36.0	20	0	500	49.7	491
Informatiegehalte contact	(quasi)interval	3.3		1	5	0.85	536
Sfeer contact	(quasi)interval	3.6		1	5	0.65	538
Verantwoordelijkheid	(quasi)interval	3.7		1	5	1.20	494
Afhankelijkheid	(quasi)interval	3.4		1	5	1.10	539
Vertrouwen werk ander (KBT)	(quasi)interval	3.7		1	5	0.80	538
Vertrouwen persoon ander (IBT)	(quasi)interval	3.0		1	5	0.90	537
Vertrouwen ((KBT + IBT) / 2)	(quasi)interval	3.3		1	4	0.75	536
Knelpunten beheersbaar (intern)	(quasi)interval	2,7		1	4	1.09	519
Knelpunten onbeheersbaar (extern)	(quasi)interval	2,9		1	5	0.55	500
Beroepsidentificatie	(quasi)interval	3,8		1	5	0.70	535
Relatieve positie	(quasi)interval	4,1		1	5	1.00	533

Variabele	Meetniveau	Waarden	N
Discipline	nominaal/dummy	huisarts: 338 bedrijfsarts: 209	547
Initiatief tot contact	nominaal	zelf: 229 (41.9%) beide even vaak: 74 (13.8%) ander: 233 (41.6%)	536
Zelf gewerkt in de discipline van de ander	dichotoom/ dummy	ja: 124 (22.9%) nee: 417 (77.1%)	541

Overzicht van de variabelen van onderzoek 1 voor huisartsen met meetniveau, gemiddelden en spreiding; voor nominale en dichotome variabelen.

Variabele	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd in jaren	46.7		29	77	6.3	336
Aantal uren per week	48.3	50	5	168	17.3	334
Aantal jaren arts	18.8		3	53	6.4	337
Aantal jaren eigen discipline	16.4		2	40	6.9	337
Contacten ander laatste jaar	9.9	5	0	100	13.3	320
Advies contact laatste jaar	23.2	15	0	200	25.5	304
Informatiegehalte contact	3.2		1	5	0.9	329
Sfeer contact	3.6		1	5	0.7	330
Knelpunten beheersbaar (intern)	3.4		1	4	0.7	312
Knelpunten onbeheersbaar (extern)	2.8		1	4	0.6	293
Relatieve positie	4.3		1	5	0.9	330
Beroepsidentificatie	4.0		1	5	0.7	330
Verantwoordelijkheid	4.2		1	5	0.9	306
Afhankelijkheid	3.0		1	5	1.0	331
Vertrouwen werk ander (KBT)	3.5		1	5	0.8	331
Vertrouwen persoon ander (IBT)	3.1		1	5	0.9	331
Vertrouwen ((KBT + IBT) / 2)	3.3		1	5	0.8	330

Variabele	Waarden	N
Initiatief tot contact	zelf: 36 (11.0%) beide even vaak : 63 (19.2%) ander: 229 (69.8%)	328
Zelf gewerkt in de discipline van de ander	ja: 66 (19.9%) nee: 266 (80.1%)	332

Overzicht van de variabelen van onderzoek 1 voor bedrijfsartsen met meetniveau, gemiddelden en spreiding; voor nominale en dichotome variabelen.

Variabele	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd in jaren	42.5		28	63	6.6	209
Aantal uren per week	36.0	38	0	63	7.6	209
Aantal jaren arts	15.2		2	36	6.3	208
Aantal jaren eigen discipline	11.0		0	30	6.0	207
Contacten ander laatste jaar	20	15	1	80	15.7	198
Advies contact laatste jaar	56.7	40	0	500	68.9	187
Informatiegehalte contact	3.6		1	5	0.7	207
Sfeer contact	3.7		1	5	0.6	208
Knelpunten beheersbaar (intern)	1.7		1	4	0.6	207
Knelpunten onbeheersbaar (extern)	3.0		1	4	0.5	207
Relatieve positie	3.8		1	5	1.1	203
Beroepsidentificatie	3.6		1	5	0.8	204
Verantwoordelijkheid	2.8		1	5	1.2	188
Afhankelijkheid	4.0		2	5	1.0	208
Vertrouwen werk ander (KBT)	4.0		1	5	0.8	204
Vertrouwen persoon ander (IBT)	2.8		1	5	0.9	206
Vertrouwen ((KBT + IBT) / 2)	3.4		2	5	0.7	206

Variabele	Waarden	N
Initiatief tot contact	zelf: 193 (9.3%) beide even vaak: 11 (5.3%) ander: 4 (1.9%)	208
Zelf gewerkt in de discipline van de ander	ja: 58 (27.7%) nee: 151 (72.3%)	209

Bijlage Id

Correlatietabel onderzoek 1

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1 Discipline (B = 1, H = 2)	-	.23**	-.00	.36**	.25**	.34**	-.09*	-.46**	-.42**	-.25**	-.19**	-.22**	.77**	-.21**	.25**	.20**	.58**	-.42**	-.27**	.16**	
2 Leeftijd	-		.26**	.28**	.86**	.76**	.08	-.13**	-.23**	-.08	.06	-.02	.18**	-.10*	.03	-.11*	.14**	-.07	-.02	.15**	
3 Geslacht (V = 1, M = 2)	-			.47**	.26**	.24**	.05	.10*	.01	-.00	.12**	.06	.00	.06	.01	-.08	.01	-.02	-.02	.10*	
4 Aantal uren per week (in vier klassen)	-				.28**	.30**	-.09*	-.05	-.11*	-.13**	.03	-.07	.26**	-.09	.09*	-.05	.23**	-.18**	-.07	.15**	
5 Aantal jaren arts (in zeven-jaars- klassen)	-					.81**	.12**	-.11*	-.23**	-.10**	.02	-.06	.22**	-.12**	.02	-.03	.15**	-.07	-.06	.09*	
6 Aantal jaren eigen discipline	-						.01	-.14**	-.23**	-.12**	.01	-.07	.28**	-.15**	.12**	.03	.20**	-.12**	-.09*	.13**	
7 Gewerkt in andere discipline (nee = 1, ja = 2)	-							.16**	.12**	-.01	-.04	-.03	.11*	.04	-.11*	-.14*	-.05	.03	-.07	-.08	
8 Contactfrequentie afgelopen jaar	-								.53**	.23**	.16**	.23**	-.39**	.15**	-.15**	-.11*	-.26**	.24**	.03	.03	
9 Frequentie adviezen contact ander afgelopen jaar	-									.11*	.03	.09	-.34**	.16**	-.09*	-.02	-.25**	.22**	-.09	-.02	
10 Informatiegehalte contact	-										.49**	.90**	-.29**	-.03	-.11*	-.01	-.15**	.17**	.42**	.34**	
11 Sfeer contact	-											.82**	-.13**	-.02	-.08	-.00	-.15**	.16**	.38**	.41**	
12 Waardering contact (informatiege- halte + sfeer)	-												-.26**	-.02	-.11*	-.00	-.17**	.19**	.47**	.43**	
13 Interne knelpunten	-													-.02	.20**	.18**	.43**	-.32**	-.25**	.07	
14 Externe knelpunten	-														.01	-.03	-.13**	.06	-.10*	-.25**	
15 Relatieve positie	-															.15**	.21**	-.15**	-.17**	.01	
16 Beroepsidentificatie	-																.15**	-.12**	-.08*	-.01	
17 Verantwoordelijkheid	-																	-.45**	-.21**	.03	
18 Afhankelijkheid	-																		.26**	.03	
19 KBT	-																				.43**
20 IBT	-																				

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Bijlage IIa

Vragenlijst voor baio's bij aanvang van de module Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding

Inleiding:

Deze vragenlijst bevat vragen over je ervaring in het samenwerken met bedrijfsartsen en je attitude ten aanzien van bedrijfsartsen.

Een deel van deze vragenlijst met enkele nieuwe vragen zal een aantal malen opnieuw aan je worden voorgelegd en wel na dag 4 van de module, drie maanden later en zes maanden later. De resultaten zullen worden gebruikt om de module bij te stellen. Daarnaast zullen de gegevens wellicht worden gebruikt in publicaties over dit onderwerp waar mw A.P. Nauta (bedrijfsarts, werkzaam als coördinator van blok 2 en van deze cursusmodule) mee bezig is.

Wanneer ergens diverse antwoordalternatieven staan, wil je er dan altijd één aankruisen? Opmerkingen (graag) kun je overal bijschrijven, ook op de linkerpagina.

1 Wat is je leeftijd?

..... jaar

2 Ben je

man vrouw

3 Hoeveel jaar ben je nu arts?

..... jaar

4 Heb je als co-assistent een stage bedrijfsgezondheidszorg gedaan?

ja
 nee

5 Heb je ooit gewerkt als bedrijfsarts

ja
 nee

6 Ken je in je vrienden-, kennissen- of familiekring een of meer bedrijfsartsen?

ja
 nee

7 Hoeveel patiënten (schatting) heb je in het eerste blok van je opleiding gezien van wie de klachten volgens jou iets met het werk te maken hadden? (*Dit kan zijn doordat het werk de klacht of de aandoening (mede) veroorzaakte of doordat de klacht of de aandoening invloed had op de arbeidsgeschiktheid.*)

Laatste drie maanden: (ongeveer)(aantal patiënten)

Gehele eerste blok (inclusief laatste drie maanden): (ongeveer)(aantal patiënten)

8 Weet je nog om welk soort aandoeningen het ging (tractus)?

.....
.....
.....
.....
.....

9a Met *hoeveel bedrijfsartsen* heb je in de laatste drie maanden, respectievelijk het gehele eerste blok van je opleiding *telefonisch of schriftelijk contact* gehad?

Laatste drie maanden: met bedrijfsartsen

Gehele eerste blok: met bedrijfsartsen

9b Hoe vaak heb je in de laatste drie maanden, respectievelijk het gehele eerste blok van je opleiding aan *een patiënt een briefje meegegeven voor de bedrijfsarts?*

Laatste drie maanden: maal

Gehele eerste blok: maal

9c Hoe vaak heb je in de laatste drie maanden, respectievelijk het gehele eerste blok van je opleiding aan *een patiënt het advies gegeven om contact op te nemen met de bedrijfsarts?*

Laatste drie maanden: maal

Gehele eerste blok: maal

10 Hoe verliepen de contacten met bedrijfsartsen in het algemeen wat betreft *sfeer*?

- heel goed
- goed
- niet goed en niet slecht
- slecht
- zeer slecht
- niet van toepassing, had geen contact

11 Hoe verliepen de contacten met bedrijfsartsen in het algemeen wat betreft *informatiegehalte* voor jou?

- heel goed
- goed
- niet goed en niet slecht
- slecht
- zeer slecht
- niet van toepassing, had geen contact

12 In hoeverre was je voor je beleid als huisarts afhankelijk van de gegevens van de bedrijfsarts?

- zeer afhankelijk
- afhankelijk
- een beetje afhankelijk
- niet afhankelijk

13 In hoeverre heb je vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen?

- groot vertrouwen
- niet zo groot vertrouwen
- weinig vertrouwen
- geen vertrouwen

14 In hoeverre is je beleid als huisarts beïnvloed door overleg met een bedrijfsarts over een patiënt?

- altijd
- vaak
- soms wel en soms niet
- zelden
- nooit

15 Ken je de KNMG richtlijn voor intercollegiaal gegevensverkeer in de 'Code samenwerking bij arbeidsverzuim' die in november 1998 is gepubliceerd?

- ik ken de inhoud
- ik weet dat hij bestaat maar ken de inhoud niet of nauwelijks
- onbekend

16 In hoeverre heb je die richtlijn over gegevensverkeer in de praktijk toegepast?

- altijd
- soms wel en soms niet
- nooit
- niet van toepassing, had nooit contact
- niet van toepassing, ken de richtlijn niet

17 Heb je naar aanleiding van patiënten met je opleider gepraat over het opnemen van contact met een bedrijfsarts?

- altijd
- soms wel en soms niet
- nooit
- niet van toepassing, had nooit contact
- niet van toepassing, ken de richtlijn niet

Wat vind je van de volgende stellingen (graag per stelling één alternatief aankruisen):

18 *Ik vind huisarts het mooiste beroep dat er is.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

19 *Huisartsen hebben een hoge positie in de medisch wereld.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

20 *De bedrijfsarts is een specialist op het gebied van arbeid en gezondheid.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

21 *Om goed te functioneren als huisarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts kennis op meer gebieden nodig.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

22 *Om goed te functioneren als huisarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts vaardigheden op meer gebieden nodig.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

23 Welke kennis mis je op dit moment zelf voor je dagelijkse praktijk op het gebied van bedrijfsgezondheidszorg?

.....

.....

24 Heb je nog suggesties of opmerkingen op dit gebied?

.....

.....

.....

.....

.....

Veel dank voor je medewerking!!!

Bijlage IIb

Vragenlijst voor baio's bij aanvang van de module Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding

Inleiding

Deze vragenlijst bevat vragen over je ervaring in het samenwerken met huisartsen en je attitude ten aanzien van huisartsen. Een deel van deze vragenlijst met enkele nieuwe vragen zal een aantal malen opnieuw aan je worden voorgelegd en wel na dag 4 van de module, drie maanden later en zes maanden later. De resultaten zullen worden gebruikt om de module bij te stellen. Daarnaast zullen de gegevens wellicht worden gebruikt in publicaties over dit onderwerp waar mw A.P. Nauta (bedrijfsarts, werkzaam als coördinator van blok 2 en van deze cursusmodule) mee bezig is.

Wanneer ergens diverse antwoordalternatieven staan, wil je er dan altijd één aankruisen? Opmerkingen (graag) kun je overal bijschrijven, ook op de linkerpagina.

1 Wat is je leeftijd?

.....jaar

2 Ben je

man vrouw

3 Hoeveel jaar ben je nu arts?

.....jaar

4 Heb je als co-assistent een stage huisartsgeneeskunde gedaan?

ja
 nee

5 Heb je ooit gewerkt als huisarts?

ja
 nee

6 Ken je in je vrienden-, kennissen- of familiekring een of meer huisartsen?

ja
 nee

7 en 8 (alleen voor haio's)

9a Met *hoeveel huisartsen* heb je in de laatste drie maanden, respectievelijk het gehele eerste blok van je opleiding *telefonisch of schriftelijk contact* gehad?

Laatste drie maanden: met huisartsen

Gehele eerste blok: met huisartsen

9b Hoe vaak heb je in de laatste drie maanden, respectievelijk het gehele eerste blok van je opleiding aan *een patiënt een briefje meegegeven voor de huisarts?*

Laatste drie maanden: maal

Gehele eerste blok: maal

9c Hoe vaak heb je in de laatste drie maanden, respectievelijk het gehele eerste blok van je opleiding aan *een patiënt het advies gegeven om contact op te nemen met de huisarts?*

Laatste drie maanden: maal

Gehele eerste blok: maal

10 Hoe verliepen de contacten met huisartsen in het algemeen wat betreft *sfeer?*

- heel goed
- goed
- niet goed en niet slecht
- slecht
- zeer slecht
- niet van toepassing, had geen contact

11 Hoe verliepen de contacten met huisartsen in het algemeen wat betreft *informatiegehalte* voor jou?

- heel goed
- goed
- niet goed en niet slecht
- slecht
- zeer slecht
- niet van toepassing, had geen contact

- 12 In hoeverre was je voor je beleid als bedrijfsarts afhankelijk van de gegevens van de huisarts?
- zeer afhankelijk
 - afhankelijk
 - een beetje afhankelijk
 - niet afhankelijk
- 13 In hoeverre heb je vertrouwen in de kwaliteit van het werk van huisartsen?
- groot vertrouwen
 - niet zo groot vertrouwen
 - weinig vertrouwen
 - geen vertrouwen
- 14 In hoeverre is je beleid als bedrijfsarts beïnvloed door overleg met een huisarts over een patiënt?
- altijd
 - vaak
 - soms wel en soms niet
 - zelden
 - nooit
- 15 Ken je de KNMG richtlijn voor intercollegiaal gegevensverkeer in de 'Code samenwerking bij arbeidsverzuim' die in november 1998 is gepubliceerd?
- ik ken de inhoud
 - ik weet dat hij bestaat maar ken de inhoud niet of nauwelijks
 - onbekend
- 16 In hoeverre heb je die richtlijn over gegevensverkeer in de praktijk toegepast?
- altijd
 - soms wel en soms niet
 - nooit
 - niet van toepassing, had nooit contact
 - niet van toepassing, ken de richtlijn niet

17 Heb je naar aanleiding van patiënten met je opleider gepraat over het opnemen van contact met een huisarts?

- altijd
- soms
- nooit
- niet van toepassing, had nooit contact

Wat vind je van de volgende stellingen (graag per stelling één alternatief aankruisen):

18 *Ik vind bedrijfsarts het mooiste beroep dat er is.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

19 *Bedrijfsartsen hebben een hoge positie in de medisch wereld.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

20 *De huisarts is een specialist in generalistische geneeskunde.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

21 *Om goed te functioneren als bedrijfsarts heb je in vergelijking met de huisarts kennis op meer gebieden nodig.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

22 *Om goed te functioneren als bedrijfsarts heb je in vergelijking met de huisarts vaardigheden op meer gebieden nodig.*

- Geheel mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet eens en niet oneens
- Een beetje oneens
- Geheel oneens

23 Welke kennis mis je op dit moment zelf voor je dagelijkse praktijk op het gebied van huisartsgeneeskunde?

.....
.....

24 Heb je nog suggesties of opmerkingen op dit gebied?

.....
.....
.....
.....
.....

Veel dank voor je medewerking!!!

Bijlage IIc

INTERVIEW als onderdeel van de evaluatie van de module 'Samenwerken bij sociaal medische begeleiding' in de beroepsopleiding van huisartsen en bedrijfsartsen

Introductie

Dit interview vindt plaats in het kader van de effectevaluatie van de module 'Samenwerken bij sociaal medische begeleiding' in de beroepsopleiding van huisartsen en bedrijfsartsen. De evaluatie vindt plaats in opdracht van de stuurgroep, die dit onderwijs begeleidt. De rapportage zal bestaan uit de resultaten van een vragenlijst, die op dag 0, dag 4 en ongeveer 3 en 6 maanden na de cursus is afgenomen bij de eerste twee groepen haio's en baio's die in 2000 de cursus volgden in Rotterdam.

2 huisartsen en 2 bedrijfsartsen die de cursus hebben gevolgd, worden geïnterviewd. Gekozen is voor artsen die in de regio ZW Nederland wonen en die gemakkelijk bereikbaar waren. Van beide beroepsgroepen is zowel een man als een vrouw gekozen.

De interviews zullen tevens worden gebruikt als cases in mijn proefschrift, dat gaat over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen en dat naar verwachting in de loop van 2003 zal zijn afgerond.

Globale vragen die met het interview beantwoord zouden moeten worden:

Voor de evaluatie van de cursus: herinnert men zich nog elementen van de cursus, welke elementen zijn dat en wat doet men er in de huidige praktijk mee?

Voor het proefschrift: nadere uitdieping van de factoren verantwoordelijkheid, afhankelijkheid en vertrouwen met voorbeelden uit de eigen praktijk.

Het interview wordt op de band opgenomen.

Je gegevens die worden gebruikt, zullen niet herleidbaar zijn op de persoon. De tekst waarin van jouw uitspraken gebruik wordt gemaakt, stuur ik je voor publicatie toe. Dit geldt zowel voor het evaluatieverslag als voor het proefschrift.

Heel hartelijk dank voor je medewerking!

30 juni 2002

Noks Nauta

Timorstraat 31, 2612 EH Delft

T: 015 2125034, Noks_nauta@hotmail.com

Interviewvragen

- 1 Welke onderwerpen of onderdelen kun je je nu nog herinneren van de cursus?
Sla je de klapper nog wel eens na? Zo ja, voor welk onderdelen?
- 2 Wat heb je van de cursus geleerd? Wat was toen nieuw voor je?
- 3 Wat vond je van bedrijfsartsen/ huisartsen voordat je de cursus ging volgen?
- 4 En wat vond je van bedrijfsartsen/ huisartsen nadat je de cursus hebt gevolgd?
Is je oordeel over hen veranderd?
- 5 Hoe verliep je eerste contact met een bedrijfsarts/ huisarts na de cursus (concreet)?
- 6 Kun je je nog herinneren op welk moment of naar aanleiding waarvan je eventueel van oordeel/ mening over de andere groep bent veranderd?
- 7 Wat vond je van de opdracht in de eigen praktijk om contact met de ander op te nemen? Wat heb je ervan geleerd?
- 8 Wat vond je van de uitwisselingsdag? Wat heb je daarvan geleerd?
- 9 Als je nu in je eigen dagelijkse werk kijkt: wat is er dan dat je nu toepast uit die cursus? Zo concreet mogelijk met voorbeelden.
- 10 Vind je jezelf afhankelijk van de gegevens van de ander? Graag voorbeelden wanneer wel en niet. Is dit veranderd door de cursus?
- 11 Hoe is het nu met het vertrouwen dat je in bedrijfsartsen/ huisartsen hebt?
Graag voorbeelden. Is dit veranderd door de cursus?
- 12 Wie is er meer verantwoordelijk voor de volgende taken: (zie bijlage). Vragen naar voorbeelden.
- 13 Hoe gaat het concreet met de contacten met de ander? Initiatief, frequentie, wat wordt er besproken, wat levert het op?
- 14 Hoe is nu achteraf je oordeel over de cursus die je in de beroepsopleiding hebt gedaan?

15 Wat zou er volgens jou verbeterd kunnen aan de cursus?

16 En hoe zou volgens jou in het algemeen de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen kunnen verbeteren? Noem factoren die daaraan kunnen bijdragen. Noem concrete voorbeelden van zowel mislukkingen als successen.

Bijlage bij vraag 12

- a. Diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening
- b. Behandeling van een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening
- c. Specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening
- d. Specialistische verwijzing voor therapie van een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening
- e. Verwijzing naar fysiotherapeut of andere paramedicus bij een (mogelijk) arbeidsrelevante aandoening

Bijlage IId

Overzicht van de met vragenlijst gemeten variabelen van onderzoek 2 met meetniveau, gemiddelden, (mediaan) en spreiding; voor interval -, nominale en dichotome variabelen met waarden, haio's en baio's samen.

Variabele	Meetniveau	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd	Interval/ratio	33.0		27	44	4,3	53
Aantal jaren arts	Interval/ratio	5.5		2	16	3.4	54
Aantal contacten met de andere discipline laatste kwartaal	Interval/ratio	2.0	1	0	10	2.7	51
Aantal contacten met de andere discipline laatste jaar	Interval/ratio	5.7	2	0	40	8.9	49
Advies contact laatste kwartaal	Interval/ratio	9.8	3	0	200	29.7	45
Advies contact laatste jaar	Interval/ratio	36.3	10	0	800	116.1	47
Briefje mee voor ander laatste kwartaal	Interval/ratio	0.4	0	0	3	0.9	52
Briefje mee voor ander laatste jaar	Interval/ratio	1.2	0	0	11	2.6	52
Informatiegehalte contact	(quasi)interval	3.2		2	5	0.7	40
Sfeer contact	(quasi)interval	3.5		1	4	0.7	41
Afhankelijkheid	(quasi)interval	1.7		1	3	0.6	52
Vertrouwen werk ander	(quasi)interval	3.0		1	4	0.6	54
Beroepsidentificatie	(quasi)interval	3.0		1	5	1.0	53
Relatieve positie	(quasi)interval	4.0		1	5	1.2	53

Variabele	Meetniveau	Waarden	N
Discipline	nominaal/dummy	Huisarts in opleiding: 34 Bedrijfsarts in opleiding: 20	54
Gewerkt in de discipline van de ander	dichotoom/dummy	ja: 6 (11.1%) nee: 48 (88.9%)	54

Overzicht van de met vragenlijst gemeten variabelen van onderzoek 2 met meetniveau, gemiddelden, (mediaan) en spreiding; voor interval -, nominale en dichotome variabelen met waarden, haio's.

Variabele	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd in jaren	31.4		27	44	4.0	33
Aantal jaren arts	4.7		3	16	3.0	34
Contacten ander laatste kwartaal	0.6	0.0	0	3	0.8	31
Advies contact laatste kwartaal	3.0	2.0	0	10	3.2	26
Briefje mee laatste kwartaal (1-5)	0.2	0.0	0	3	0.6	32
Informatiegehalte contact (1-5)	3.2	3.0	1	4	0.6	20
Sfeer contact (1-5)	3.3	4.0	1	4	0.8	21
Waardering contact (sfeer + informatiegehalte/2) (1-5)	3.3	3.0	2	4	0.6	19
Afhankelijkheid (1-4)	1.5		1	3	0.6	32
Vertrouwen kwal. werk ander (1-4)	2.9		1	4	0.7	34
Relatieve positie (1-5)	4.5		1	5	0.9	33
Beroepsidentificatie(1-5)	3.4		1	5	0.7	33

Variabele	Waarden	N
Zelf gewerkt andere discipline	ja: 5 (14.7 %) nee: 29 (85.3%)	34
Co-schap in vak ander gedaan	ja: 20 (58.8 %) nee: 14 (41.2%)	34

Overzicht van de met vragenlijst gemeten variabelen van onderzoek 2 met meetniveau, gemiddelden, (mediaan) en spreiding; voor interval -, nominale en dichotome variabelen met waarden, baio's

Variabele	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd in jaren	34.9		30	42	4.0	20
Aantal jaren arts	6.7		2	16	3.5	20
Contacten ander laatste kwartaal	4,2	3.0	0	10	3.2	20
Advies contact laatste kwartaal	19.1	5.0	1	200	44.6	19
Briefje mee laatste kwartaal (1-5)	0.8	0.0	0	3	1.1	20
Informatiegehalte contact (1-5)	3.3	3.0	1	5	0.7	20
Sfeer contact (1-5)	3.6	4.0	1	4	0.6	20
Waardering contact (sfeer + informatiegehalte/2) (1-5)	3.5	3.5	3	5	0.6	20
Afhankelijkheid (1-4)	2.0		1	3	0.6	20
Vertrouwen kwal. werk ander (1-4)	3.2		1	4	0.6	20
Relatieve positie (1-5)	3.0		1	5	0.9	20
Beroepsidentificatie(1-5)	2.5		1	5	1.3	20

Variabele	Waarden	N
Zelf gewerkt in andere discipline	ja: 1 (5 %) nee: 19 (95%)	20
Co-schap ander vak gedaan	ja: 20 (100 %)	20

Bijlage Iie

Correlatietabel onderzoek 2 eerste meting

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 Discipline (B = 1, H = 2)	-	.39**	-.24	.29	-.15	-.27*	.45**	.65**	.27	.34*	.08	.18	.16	.60**	-.45**	.40**	.26
2 Leeftijd		-	-.55**	.81**	.17	.03	.15	.19	.29	.13	.03	.13	.20	-.27*	-.24	-.02	-.10
3 Geslacht (V = 1, M = 2)			-	-.49**	-.04	.02	-.19	-.16	-.14	-.01	-.11	-.15	-.23	.16	.12	.09	.20
4 Aantal jaren arts				-	.08	.09	.03	-.06	.43**	.12	-.01	-.03	.10	-.19	-.16	-.14	.28
5 Gewerkt in andere discipline (nee = 1, ja = 2)					-	.17	.08	-.18	-.11	-.04	.00	.24	.16	.19	-.05	-.19	.01
6 Vrienden en/of familie andere discipline (nee = 1, ja = 2)						-	.34**	.13	-.21	.35*	.00	.05	.03	-.16	-.14	-.05	.20
7 Co-schap ander vak gedaan (nee = 1, ja = 2)							-	.34*	.16	.25	-.05	.11	.04	-.34*	-.25	-.12	.24
8 Contactfrequentie afgelopen kwartaal								-	.10	.46**	.07	.24	.18	-.32*	-.43**	.40**	.10
9 Frequentie adviezen contact onder afgelopen kwartaal									-	.04	.17	.10	.16	-.15	-.05	.08	.02
10 Frequentie briefje mee afgelopen kwartaal										-	.29	.03	-.17	.15	-.25	.06	-.09
11 Informatiegehalte contact											-	.42**	.83**	-.21	.04	.16	.25
12 Sfeer contact												-	.86**	-.16	-.37*	.27	.30
13 Waardering contact (informatiegehalte + sfeer)													-	-.21	-.27	.25	.30
14 Relatieve positie														-	.28*	-.43**	-.46**
15 Beroepsidentificatie															-	-.18	-.07
16 Afhankelijkheid																-	.23
17 Vertrouwen																	-

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Bijlage IIIa

Deel van de vragenlijst aan huisartsen onderzoek 3



VRAGENLIJST VOOR DE HUISARTS

1e meting bij de 'LHV/NVAB-proefregio's'

Deze vragenlijst is bedoeld om een beeld te krijgen van de huidige samenwerking tussen u en bedrijfsartsen bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers; de stand van zaken dus bij het begin van het project in uw regio waar op verzoek van de LHV en NVAB een samenwerkingsproject is opgezet (vandaar de term: 1e meting bij de 'LHV/NVAB-proefregio's').

Opbouw van de vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit verschillende onderdelen. Eerst worden er vragen gesteld over algemene achtergrondgegevens en uw werksituatie. Daarna volgen vragen over uw contacten met bedrijfsartsen en uw ervaringen daarmee. Vervolgens worden er vragen gesteld naar uw oordeel over uw samenwerking met bedrijfsartsen. Tot slot volgen nog een paar vragen naar uw verwachtingen van het project dat in uw regio wordt uitgevoerd om die samenwerking te bevorderen.

Vertrouwelijkheid

Via bijgevoegde antwoordenvolp wordt de vragenlijst rechtstreeks naar TNO Arbeid gestuurd. De vragenlijsten komen buiten het onderzoeksteam aldaar niemand onder ogen, en zullen na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Op de vragenlijst hoeft u uw naam en adres niet te vermelden. Op de vragenlijst staat daarentegen wel een respondentnummer waaronder u door ons voor de vervolgmeting over circa twee jaar weer benaderd zult worden. Op deze wijze is het voor ons namelijk mogelijk om correcter aan te kunnen geven in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van veranderingen. De lijst van adressen en respondentnummers wordt door ons uiteraard strikt vertrouwelijk en gescheiden van de vragenlijsten bewaard, en zal eveneens na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Hoe de vragenlijst in te vullen?

- De meeste vragen zijn van een aantal antwoordmogelijkheden voorzien. U kunt dan steeds het blokje aankruisen voor het antwoord dat voor u van toepassing is.
- Bij sommige vragen wordt een korte toelichting van u gevraagd.
- Soms kunt u vragen overslaan. Dan staat er achter het door u aangekruiste antwoord een pijl -> met 'DOORGAAN MET VRAAG...!'.
Eventuele aanvullende opmerkingen kunt u bij de vragen zelf aangeven of gebruik maken van de ruimte die hiervoor achterin de vragenlijst is gereserveerd.

Tijdsduur

Het invullen van de vragenlijst zal naar schatting zo'n 25 à 30 minuten duren. Hopelijk is dat, ondanks uw schaarse tijd, geen al te groot bezwaar om aan het onderzoek mee te werken.

Problemen met invullen?

Als u vragen heeft bij het invullen, dan kunt u vanzelfsprekend altijd even contact met ons opnemen (telefoon: 023 - 554 9393 en vragen naar Renée Van Amstel of ondergetekende).

Wij danken u alvast voor uw medewerking en hopen deze vragenlijst weer zo spoedig mogelijk retour te ontvangen via de bijgevoegde antwoordenvolp (een postzegel plakken is niet nodig).

Met vriendelijke groet,
Han Anema
(projectleider)

2a. In welk jaar heeft u zich gevestigd in uw huidige praktijk?	- in: (jaartal)
2b. Op welke basis/juridische status?	<input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd <input type="checkbox"/> associatie/(kosten)maatschap/samenwerkingsverband <input type="checkbox"/> dienstverband <input type="checkbox"/> HIDHA (huisarts in dienst van een huisarts)
2c. Hoe zoudt u de praktijk omschrijven waarin u werkzaam bent?	<input type="checkbox"/> solopraktijk <input type="checkbox"/> duopraktijk <input type="checkbox"/> groepspraktijk <input type="checkbox"/> gezondheidscentrum
2d. En het gebied waarin de praktijk is gesitueerd?	<input type="checkbox"/> platteland (dwz. dorpskern met minder dan 5.000 inwoners) <input type="checkbox"/> verstedelijkt platteland of forensengemeente (5.000-30.000 inwoners) <input type="checkbox"/> kleine of middelgrote stad (30.000-100.000 inwoners) <input type="checkbox"/> grote stad (dwz. meer dan 100.000 inwoners)
2e. Hoe groot is uw praktijk? (Indien u met meerderen een praktijk heeft, dan gaat het om uw praktijkdeel)	- ongeveer patiënten bevat mijn praktijk(deel)
2f. Hoe zoudt u uw (eigen) praktijkpopulatie typeren? (meer antwoorden zijn mogelijk)	<input type="checkbox"/> bevat relatief veel 65-plussers <input type="checkbox"/> bevat relatief veel werkenden <input type="checkbox"/> bevat relatief veel jongeren (jonger dan 40 jaar) <input type="checkbox"/> bevat veel allochtonen <input type="checkbox"/> bevat veel kinderrijke gezinnen <input type="checkbox"/> bevat veel WAO-ers/werklozen <input type="checkbox"/> vormt een gemiddelde afspiegeling van de Nederlandse bevolking <input type="checkbox"/> is anders samengesteld, nl.
2g. Wanneer we een week opvatten als 100% opgebouwd uit 10 dagdelen van elk 10%: Voor welk percentage bent u dan in uw praktijk werkzaam?	als 1 dagdeel staat voor 10%, dan ben ik in mijn praktijk werkzaam voor: %
2h. Hoeveel uur besteedt u gemiddeld per week puur aan spreekuur, telefonische consulten en visites?	- gemiddeld ongeveer..... uur per week

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.

In deze vragenlijst verstaan wij onder bedrijfsartsen, artsen die verbonden zijn aan een arbodienst.

(Artsen bij een Uitvoeringsinstelling zoals het GAK, Cadans, het USZO, GUO of SFB, of artsen die verbonden zijn aan een verzekeringsmaatschappij, vallen hier dus niet onder!)

<p>7a. Hoe vaak heeft u de afgelopen maand contact gehad met een bedrijfsarts over een patiënt? <i>(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)</i></p>	<p>Contact met een bedrijfsarts had ik de afgelopen maand (ongeveer): keer, waarbij het</p> <p><input type="checkbox"/> keer een schriftelijk contact betrof <input type="checkbox"/> keer een mondeling/telefonisch contact betrof</p>
<p>7b. En het afgelopen half jaar?</p>	<p>Het afgelopen half jaar had ik met een bedrijfsarts contact (ongeveer): keer, waarbij het</p> <p><input type="checkbox"/> keer een schriftelijk contact betrof <input type="checkbox"/> keer een mondeling/telefonisch contact betrof</p>

<p>8. Wie neemt meestal het initiatief voor contact?</p> <p><input type="checkbox"/> het gaat <i>nooit</i> van mij uit; altijd van de bedrijfsarts ---> DOORGAAN MET VRAAG 13 (op pag. 4)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>zelden</i> van mij uit; vaak van de bedrijfsarts</p> <p><input type="checkbox"/> <i>vaak</i> van mij uit; zelden van de bedrijfsarts</p> <p><input type="checkbox"/> <i>altijd</i> van mij uit; nooit van de bedrijfsarts</p>

<p>15. Wat is uw algemene oordeel over de contacten die u heeft met bedrijfsartsen over uw patiënten?</p>	<p><input type="checkbox"/> die verlopen in het algemeen goed <input type="checkbox"/> verlopen redelijk <input type="checkbox"/> verlopen matig <input type="checkbox"/> verlopen slecht</p>
<p>15a. En wanneer u hierbij <i>de contacten van het afgelopen jaar</i> in ogenschouw neemt: Hoe luidt dan uw oordeel over de sfeer tijdens deze contacten?</p>	<p><input type="checkbox"/> het afgelopen jaar was de sfeer zeer goed <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> niet goed, maar ook niet slecht <input type="checkbox"/> vrij slecht</p>
<p>15b. En het informatiegehalte?</p>	<p><input type="checkbox"/> het afgelopen jaar was het informatiegehalte zeer goed <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> niet goed, maar ook niet slecht <input type="checkbox"/> vrij slecht</p>

18. Om een betere samenwerking te krijgen, zullen uiteraard de knelpunten moeten worden weggenomen die er thans in de praktijk blijken te zijn. **Onderstaand gaan we in op de bereikbaarheid van bedrijfsartsen.**
Zoudt u bij de situaties die we onderstaand schetsen steeds willen aangeven hoe vaak u daar in de praktijk tegenaan loopt, en of u dat als een knelpunt ervaart in de samenwerking?

	<i>hoe vaak loopt u hiertegen aan als u contact wilt opnemen met een bedrijfsarts?</i>				<i>ervaart u het als een knelpunt?</i>	
	nooit	soms	vaak	altijd	ja	nee
a. de naam van de bedrijfsarts is niet bekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. het telefoonnummer van de bedrijfsarts is niet te vinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik bel, maar de bedrijfsarts is niet aanwezig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ondanks mijn verzoek, belt de bedrijfsarts mij niet terug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. de bedrijfsarts belt mij terug, maar ik ben op dat moment niet aanwezig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

20. 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 mee oneens
a. ik heb veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van bedrijfsartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen <i>somatische</i> diagnoses stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik heb vertrouwen in de wijze waarop bedrijfsartsen <i>psychische</i> diagnoses stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. bedrijfsartsen zijn open naar de huisartsen toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. bedrijfsartsen houden altijd rekening met verschillende kanten van de zaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. bedrijfsartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. bedrijfsartsen geven aan hun patiënten duidelijk aan waarom zij contact met de huisarts willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. door de Code 'Samenwerking bij arbeidsverzuim' heb ik er meer vertrouwen in dat een bedrijfsarts goed omgaat met privacygevoelige informatie over een patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. En wat is uw mening over de kwaliteit van de informatie die u krijgt van een bedrijfsarts? Wanneer u zich voor deze vraag uw laatste drie patiënten met een arbeidsgerelateerde aandoening voor de geest haalt: In hoeverre had u tijdens uw activiteiten met betrekking tot deze gevallen vertrouwen in de kwaliteit van de informatie die u van de bedrijfsarts kreeg (al dan niet actief opgevraagd)?				
<i>bij de laatste drie gevallen was dat vertrouwen er bij mij:</i>				
Wat is uw vertrouwen in de kwaliteit van de informatie van de bedrijfsarts:	in sterke mate	in niet zo sterke mate	in geringe mate	in het geheel niet
a. bij de diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. bij de behandeling van een patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. bij specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. 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)?				
<i>de verantwoordelijkheden liggen volgens mij hierbij als volgt:</i>				
Wie is volgens u verantwoordelijk:	HA méér dan BA	HA evenveel als BA	BA méér dan HA	die zijn hierbij onduidelijk
a. voor de diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. En in welke mate bent u voor deze activiteiten afhankelijk van de informatie die een bedrijfsarts u geeft? Wanneer u zich voor deze vraag uw laatste drie patiënten met een arbeidsgerelateerde aandoening voor de geest haalt: In hoeverre was u tijdens uw activiteiten met betrekking tot deze gevallen afhankelijk van de informatie van de bedrijfsarts (al dan niet actief opgevraagd)?				
<i>bij de laatste drie gevallen was ik daarvan afhankelijk:</i>				
Hoe afhankelijk bent u van de informatie van de bedrijfsarts:	in sterke mate	in niet zo sterke mate	in geringe mate	in het geheel niet
a. voor de diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. voor de behandeling van een patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Tot slot van deze serie vragen willen we graag nog van u weten in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken.
(Graag bij ieder uitspraak aangeven welk antwoord het meeste met uw mening overeenkomt)

	geheel mee eens	een beetje mee eens	neutraal	een beetje mee oneens	geheel mee oneens
a. ik heb het erg naar mijn zin als huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik vind huisarts het mooiste beroep dat er is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik ben er bijzonder trots op dat ik huisarts ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. huisartsen hebben een hoge positie in de medische wereld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ik denk er niet over om mijn baan als huisarts ooit op te geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. om goed te kunnen functioneren als huisarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts kennis op meer gebieden nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. om goed te kunnen functioneren als huisarts heb je in vergelijking met de bedrijfsarts vaardigheden op meer gebieden nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ik vind dat huisartsen een hoger salaris mogen krijgen dan bedrijfsartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage IIIb

Deel van de vragenlijst aan bedrijfsartsen onderzoek 3



VRAGENLIJST VOOR DE BEDRIJFSARTS

1e meting bij de 'NVAB/LHV-proefregio's'

Deze vragenlijst is bedoeld om een beeld te krijgen van de huidige samenwerking tussen u en huisartsen bij de sociaal-medische begeleiding van (zieke) werknemers; de stand van zaken dus bij het begin van het project in uw regio waar op verzoek van de NVAB en LHV een samenwerkingsproject is opgezet (vandaar de term: 1e meting bij de 'NVAB/LHV-proefregio's').

Opbouw van de vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit verschillende onderdelen. Eerst worden er vragen gesteld over algemene achtergrondgegevens en uw werksituatie. Daarna volgen vragen over uw contacten met huisartsen en uw ervaringen daarmee. Vervolgens worden er vragen gesteld naar uw oordeel over uw samenwerking met huisartsen. Tot slot volgen nog een paar vragen naar uw verwachtingen van het project dat in de regio waarin u werkzaam bent wordt uitgevoerd om die samenwerking te bevorderen.

Vertrouwelijkheid

Via bijgevoegde antwoordenvelop wordt de vragenlijst rechtstreeks naar TNO Arbeid gestuurd. De vragenlijsten komen buiten het onderzoeksteam aldaar niemand onder ogen, en zullen na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Op de vragenlijst hoeft u uw naam en adres niet te vermelden. Op de vragenlijst staat daarentegen wel een respondentnummer waaronder u door ons voor de vervolgmeting over circa twee jaar weer benaderd zult worden. Op deze wijze is het voor ons namelijk mogelijk om correcter aan te kunnen geven in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van veranderingen. De lijst van adressen en respondentnummers wordt door ons uiteraard strikt vertrouwelijk en gescheiden van de vragenlijsten bewaard, en zal eveneens na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Hoe de vragenlijst in te vullen?

- De meeste vragen zijn van een aantal antwoordmogelijkheden voorzien. U kunt dan steeds het blokje aankruisen voor het antwoord dat voor u van toepassing is.
- Bij sommige vragen wordt een korte toelichting van u gevraagd.
- Soms kunt u vragen overslaan. Dan staat er achter het door u aangekruiste antwoord een pijl -> met 'DOORGAAN MET VRAAG...!'.
Eventuele aanvullende opmerkingen kunt u bij de vragen zelf aangeven of gebruik maken van de ruimte die hiervoor achterin de vragenlijst is gereserveerd.

Tijdsduur

Het invullen van de vragenlijst zal naar schatting zo'n 25 à 30 minuten duren. Hopelijk is dat, ondanks uw schaarse tijd, geen al te groot bezwaar om aan het onderzoek mee te werken.

Problemen met invullen?

Als u vragen heeft bij het invullen, dan kunt u vanzelfsprekend altijd even contact met ons opnemen (telefoon: 023 - 554 9393 en vragen naar Renée Van Amstel of ondergetekende).

Wij danken u alvast voor uw medewerking en hopen deze vragenlijst weer zo spoedig mogelijk retour te ontvangen via de bijgevoegde antwoordenvolp (een postzegel plakken is niet nodig).

Met vriendelijke groet,
Han Anema
(projectleider)

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.

<p>9a. Hoe vaak heeft u <i>de afgelopen maand</i> contact gehad met een huisarts over een werknemer/patiënt (al of niet via een briefje dat u of de huisarts aan de patiënt had meegegeven)?</p> <p><i>(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)</i></p>	<p>Contact met een huisarts had ik de afgelopen maand (ongeveer): keer, waarbij het</p> <p><input type="checkbox"/> keer een schriftelijk contact betrof <input type="checkbox"/> keer een mondeling/telefonisch contact betrof <input type="checkbox"/> keer een contact betrof dat verliep via een <input type="checkbox"/> briefje dat aan de patiënt was meegegeven</p>
<p>9b. En <i>het afgelopen half jaar</i>?</p>	<p>Het afgelopen half jaar had ik met een huisarts contact (ongeveer): keer, waarbij het</p> <p><input type="checkbox"/> keer een schriftelijk contact betrof <input type="checkbox"/> keer een mondeling/telefonisch contact betrof <input type="checkbox"/> keer een contact betrof dat verliep via een <input type="checkbox"/> briefje dat aan de patiënt was meegegeven</p>

<p>10. Wie neemt meestal het initiatief voor onderling contact?</p> <p><input type="checkbox"/> het gaat <i>nooit</i> van mij uit; altijd van de huisarts ---> DOORGAAN MET VRAAG 15 (op pag. 5)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>zelden</i> van mij uit; vaak van de huisarts</p> <p><input type="checkbox"/> <i>vaak</i> van mij uit; zelden van de huisarts</p> <p><input type="checkbox"/> <i>altijd</i> van mij uit; nooit van de huisarts</p>
--

<p>17. Wat is uw algemene oordeel over de contacten die u heeft met huisartsen?</p>	<p><input type="checkbox"/> die verlopen in het algemeen goed <input type="checkbox"/> verlopen redelijk <input type="checkbox"/> verlopen matig <input type="checkbox"/> verlopen slecht</p>
<p>17a. En wanneer u hierbij <i>de contacten van het afgelopen jaar</i> in ogenschouw neemt: Hoe luidt dan uw oordeel over de sfeer tijdens deze contacten?</p>	<p><input type="checkbox"/> het afgelopen jaar was de sfeer zeer goed <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> niet goed, maar ook niet slecht <input type="checkbox"/> vrij slecht</p>
<p>17b. En het informatiegehalte?</p>	<p><input type="checkbox"/> het afgelopen jaar was het informatiegehalte zeer goed <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> niet goed, maar ook niet slecht <input type="checkbox"/> vrij slecht</p>

20. Om een betere samenwerking te krijgen, zullen uiteraard de knelpunten moeten worden weggelaten die er thans in de praktijk blijken te zijn. **Onderstaand gaan we in op de bereikbaarheid van huisartsen.**
Zoudt u bij de situaties die we onderstaand schetsen steeds willen aangeven hoe vaak u daar in de praktijk tegenaan loopt, en of u dat als een knelpunt ervaart in de samenwerking?

	<i>hoe vaak loopt u hiertegen aan als u contact wilt opnemen met een huisarts?</i>				<i>ervaart u het als een knelpunt?</i>	
	nooit	soms	vaak	altijd	ja	nee
a. de naam van de huisarts is niet bekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik bel, maar de huisarts wil niet gestoord worden onder het spreekuur en ik word niet doorverbonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik bel, maar de huisarts is niet aanwezig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ondanks mijn verzoek, belt de huisarts mij niet terug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. de huisarts belt mij terug, maar ik ben op dat moment niet aanwezig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

22. 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 mee oneens
a. ik heb veel vertrouwen in de kwaliteit van het werk van huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik heb vertrouwen in de wijze waarop huisartsen <i>somatische</i> diagnoses stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik heb vertrouwen in de wijze waarop huisartsen <i>psychische</i> diagnoses stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. huisartsen zijn open naar de bedrijfsartsen toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. huisartsen houden altijd rekening met verschillende kanten van de zaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. huisartsen maken altijd duidelijk wat zij van mij verwachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. huisartsen geven aan hun patiënten duidelijk aan waarom zij contact met de bedrijfsarts willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. door de Code 'Samenwerking bij arbeidsverzuim' hebben huisartsen er meer vertrouwen in dat een bedrijfsarts goed omgaat met privacygevoelige informatie over een patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. En wat is uw mening over de kwaliteit van de informatie die u krijgt van een huisarts? Wanneer u zich voor deze vraag uw laatste drie patiënten met een arbeidsgerelateerde aandoening voor de geest haalt: In hoeverre had u tijdens uw activiteiten met betrekking tot deze gevallen vertrouwen in de kwaliteit van de informatie die u van de huisarts kreeg (al dan niet actief opgevraagd)?				
<i>bij de laatste drie gevallen was dat vertrouwen er bij mij:</i>				
Wat is uw vertrouwen in de kwaliteit van de informatie van de huisarts:	in sterke mate	in niet zo sterke mate	in geringe mate	in het geheel niet
a. bij de diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. bij de behandeling van een patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. bij specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. 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)?				
<i>de verantwoordelijkheden liggen volgens mij hierbij als volgt:</i>				
Wie is volgens u verantwoordelijk:	HA méér dan BA	HA evenveel als BA	BA méér dan HA	die zijn hierbij onduidelijk
a. voor de diagnostische activiteiten bij een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. voor de behandeling van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. En in welke mate bent u voor deze activiteiten afhankelijk van de informatie die een huisarts u geeft? Wanneer u zich voor deze vraag uw laatste drie patiënten met een arbeidsgerelateerde aandoening voor de geest haalt: In hoeverre was u tijdens uw activiteiten met betrekking tot deze gevallen afhankelijk van de informatie van de huisarts (al dan niet actief opgevraagd)?				
<i>bij de laatste drie gevallen was ik daarvan afhankelijk:</i>				
Hoe afhankelijk bent u van de informatie van de huisarts:	in sterke mate	in niet zo sterke mate	in geringe mate	in het geheel niet
a. voor de diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. voor de behandeling van een patiënt met een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. voor specialistische verwijzing voor diagnostiek van een (mogelijk) arbeidsgerelateerde aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Tot slot van deze serie vragen willen we graag nog van u weten in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken.
(Graag bij ieder uitspraak aangeven welk antwoord het meeste met uw mening overeenkomt)

	geheel mee eens	een beetje mee eens	neutraal	een beetje mee oneens	geheel mee oneens
a. ik heb het erg naar mijn zin als bedrijfsarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ik vind bedrijfsarts het mooiste beroep dat er is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ik ben er bijzonder trots op dat ik bedrijfsarts ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. bedrijfsartsen hebben een hoge positie in de medische wereld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ik denk er niet over om mijn baan als bedrijfsarts ooit op te geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. om goed te kunnen functioneren als bedrijfsarts heb je in vergelijking met de huisarts kennis op meer gebieden nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. om goed te kunnen functioneren als bedrijfsarts heb je in vergelijking met de huisarts vaardigheden op meer gebieden nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ik vind dat bedrijfsartsen een hoger salaris mogen krijgen dan huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage IIIc

Overzicht van de variabelen van onderzoek 3 (beginmeting) voor huisartsen (N = 575)

Variabele	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd in jaren	45.7	46	28	63	7.1	574
Aantal uren per week	34.0	36	3.6	68	8.2	565
Contacten ander laatste half jaar	6.1	4	0	60	6.8	558
- waarvan schriftelijk	2.9	1	0	60	5.4	537
- waarvan mondeling/ elektronisch	3.2	2	0	30	3.6	538
Informatiegehalte contact	2.4		1	4	0.7	550
Sfeer contact	2.2		1	4	0.6	558
Knelpunten beheersbaar (intern)	2.8		1	4	0.8	530
Knelpunten onbeheersbaar (extern)	2.0		1	4	0.5	485
Relatieve positie	4.2		1	5	0.9	564
Beroepsidentificatie	4.2		1.5	5	0.7	560
Verantwoordelijkheid	3.7		1	5	1.0	522
Afhankelijkheid	2.4		1	4	0.8	546
Vertrouwen werk ander (KBT)	3.0		1	4	0.7	506
Vertrouwen persoon ander (IBT)	3.2		1	5	0.7	529

Variabele	Waarden	N
Geslacht	man: 414 (72%) vrouw: 161 (28%)	575
Initiatief tot contact	zelf: 109 (18.9%) beide even vaak: 26 (4.6%) ander: 432 (76.2%)	567

Overzicht van de variabelen van onderzoek 3 (beginmeting) voor bedrijfsartsen (N = 398)

Variabele	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	SD	N
Leeftijd in jaren	44.2	44	27	65	7.3	398
Aantal uren per week	34.9		8	40	14.9	397
Contacten ander laatste half jaar	16.5	10	0	120	15.3	388
- Waarvan schriftelijk	4.3	2	0	45	6.7	380
- Waarvan mondeling/ elektronisch	9.6	6	0	116	11.4	380
- Waarvan briefje meegegeven	2.6	1	0	50	5.5	382
Informatiegehalte contact	2.3		1	4	0.7	394
Sfeer contact	2.1		1	4	0.7	397
Knelpunten beheersbaar (intern)	1.9		1	4	0.5	390
Knelpunten onbeheersbaar (extern)	2.1		1	3	0.4	387
Relatieve positie	3.5		1	5	1.1	395
Beroepsidentificatie	3.8		1	5	0.9	392
Verantwoordelijkheid	2.3		1	5	1.1	368
Afhankelijkheid	2.6		1	4	0.8	394
Vertrouwen werk ander (KBT)	3.9		1.3	5	0.7	397
Vertrouwen persoon ander (IBT)	2.8		1	5	0.8	395

Variabele	Waarden	N
Geslacht	man: 275 (69%) vrouw: 123 (31%)	398
Initiatief tot contact	zelf: 375 (9.4%) beide even vaak: 4 (1%) ander: 19 (4.8%)	398

Bijlage III d

Correlatietabel onderzoek 3 beginmeting. Pearson's correlatiecoëfficiënten

Variabele	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Discipline (H = 1, B = 2)	-	.33**	.04	.45**	.41**	.43**	-.45**	-.34**	-.22**	-.54**	.07	.37**	-.22**	.04	-.55**	.10**
2 Leertijd		-	-.30**	.18*	.12**	.22**	-.15**	-.03	-.04	-.16**	.06	.18**	.03	.03	-.17**	.07*
3 Geslacht (M = 1, V = 2)			-	-.02	-.01	-.04	-.02	-.09**	.01	-.00	.06	-.04	-.07*	-.07*	-.03	-.03
4 Contactfrequentie laatste half jaar totaal				-	.57**	.72**	-.15**	-.12**	-.05	-.29**	.08*	.23**	.03	-.10**	-.26**	.15**
5 Contactfrequentie schriftelijk					-	.20**	-.10	-.14**	-.05	-.25**	.04	.12**	-.10**	-.07*	-.22**	.09**
6 Contactfrequentie mondeling/telefonisch						-	-.21**	-.10**	-.06	-.25**	.11**	.22**	.07*	.20**	-.26**	.12**
7 Contactfrequentie met briefje							-	.18**	.10**	.27**	-.11**	-.39**	-.30**	-.19**	.35**	.07*
8 Relatieve positie								-	.19**	.21**	-.06	-.17**	.07*	-.05	.23**	.01
9 Beroepsidentificatie									-	.08*	-.02	-.05	.05	.03	.17**	-.02
10 Verantwoordelijkheid										-	-.10**	-.21**	.12**	-.02	.27**	-.08*
11 Afhankelijkheid											-	.15**	.08*	.06	-.05	.05
12 KBT												-	.33**	.30**	-.26**	-.04
13 IBT													-	.42**	-.02	-.19**
14 Waardering van de samenwerking														-	-.16**	-.17**
15 Interne knelpunten															-	.16**
16 Externe knelpunten																-

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Bijlage IV

De cursus 'Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding'

Inleiding

Bij het ontwikkelen van een cursus in de beroepsopleiding van zowel huisartsen als bedrijfsartsen, is gebruik gemaakt van inzichten, die zijn verkregen door voorafgaand literatuurstudie en een vragenlijstonderzoek. Beide worden in dit proefschrift beschreven.

De cursus is ontwikkeld in gezamenlijk overleg tussen de huisartsopleiding van de Erasmus Universiteit te Rotterdam (thans Erasmus MC), De Netherlands School of Occupational Health (NSOH, thans NSPOH) en het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en gefinancierd door ZONMW. Hieronder enige informatie over de cursus. Het gaat om de basismodule 'Samenwerken bij Sociaal Medische Begeleiding'

Uitgangspunten

Bij de ontwikkeling van de basismodule is uitgegaan van de reeds beschreven *knelpunten* bij het samenwerken, namelijk (Van Amstel & Buijs, 1997; Buijs, 1985; Hento & Prins, 1999; Nauta & Von Grumbkow, 2001; Nauta & Von Grumbkow, 2002)

- Praktische knelpunten: naam en telefoonnummer van de ander onbekend of onvindbaar, slechte bereikbaarheid en tijdgebrek;
- Structurele knelpunten: te veel accent op tweede lijn, te veel verrichtingen, te weinig aandacht voor preventie, te weinig evaluatie van behandelmethoden, arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg;
- Juridische knelpunten: handtekening voor toestemming nodig;
- Sociaal psychologische knelpunten: verschillen in identiteit, relatieve positie, afhankelijkheid, vertrouwen en verantwoordelijkheidsverdeling.

Op basis hiervan zijn de volgende *aandachtspunten voor de onderwijsmodule* geformuleerd:

- Het verstrekken van informatie over de taken en verantwoordelijkheden van huisarts en bedrijfsarts;
- Het uitwisselen van kennis op de beide vakgebieden;
- Het correct toepassen van de regels voor informatie-uitwisseling;
- Het ontwikkelen van vertrouwen in elkaars werk en in de communicatie;

- Het doorspreken van praktische en juridische knelpunten bij samenwerking, en het genereren van oplossingen;
- Het leren onderkennen en definiëren van het gemeenschappelijke probleem, namelijk het gezondheidsprobleem van de werknemer/patiënt, en het daarover met elkaar van gedachten wisselen en afstemmen om tot een gezamenlijk beleid te komen (door middel van casuïstiek).

Doelstellingen

Voor de basismodule werden doelstellingen geformuleerd op het gebied van kennis en vaardigheden. Hoewel ook een attitudeverandering noodzakelijk werd geacht, is deze niet als een direct leerdoel van de module geformuleerd.

De doelen zijn als volgt gedefinieerd:

1. Het verwerven van kennis over de andere discipline (het wettelijk kader waarbinnen de discipline opereert, praktijkorganisatie, werksituatie);
2. Het verwerven van kennis over modaliteiten van en spelregels voor samenwerking;
3. Het leggen van een basis voor de vereiste vaardigheden en attitude om effectief samen te werken.

De leerdoelen zijn afzonderlijk geformuleerd voor huisartsen in opleiding (haio's) en bedrijfsartsen in opleiding (baio's). De reden hiervan ligt in de verschillende uitgangsposities voor de beide disciplines. De attitude en de vaardigheid om samen te werken met de andere discipline zijn op zichzelf niet beroepsspecifiek. De randvoorwaarden voor die samenwerking, zoals bijvoorbeeld bekendheid met elkaars takenpakket en werkwijze, bekendheid met de aard van de problematiek die 'de ander' vaak ziet, laten zich voor een groot deel als kennisdoelen formuleren die voor beide disciplines verschillen. De vaardigheden zijn door middel van een praktijkopdracht aan de orde gesteld.

Programma

Het programma van de basismodule omvat twee opeenvolgende cursusdagen, een uitwisselingsdag met werkbezoeken, een praktijkopdracht en een slotdag (terugkomdag) drie tot vier maanden na aanvang. De totale studiebelasting bedraagt $5 \times 6 = 30$ uur. Om praktische redenen zijn gelijke aantallen haio's en baio's moeilijk te realiseren. Het programma is daarom berekend op een cursusgroep van 12 haio's uit het 3^e jaar en 4 tot 6 baio's (bij voorkeur uit het 3^e of 4^e jaar).

Er is gekozen voor een interactieve cursus met zo weinig mogelijk “frontaal” onderwijs. Er is speciale casuïstiek ontwikkeld, oplopend van ‘eenvoudige’ tot relatief complexe situaties rond het thema samenwerking.

Op de eerste dag hebben de haio’s en de baio’s afzonderlijke programma’s. De haio’s hebben die dag een bedrijfsarts, en de baio’s een huisarts als begeleider / docent. De reden voor deze gescheiden start is gelegen in de eerdere constatering dat de kennislacunes omtrent de andere discipline vooral bij de haio’s aanzienlijk kunnen zijn (Weel et al., 1999). Een gezamenlijke start is dan niet erg doelmatig.

Op de eerste dag wordt ingegaan op de informatie die men vooraf uitgereikt had gekregen in de vorm van een onderwijsmap (met programma, leerdoelen, literatuur en casuïstiek). Eerst vindt een korte kennistoets plaats, gebaseerd op de inhoud van de onderwijsmap. Vervolgens worden de ervaringen van de cursisten met betrekking tot samenwerken uitgebreid besproken. Aan het eind van de dag noteert men op een groot vel papier de belemmeringen voor het contact met de ander zoals men die ziet vanuit de eigen professie, in de vorm van een aantal stellingen. Deze stellingen zijn het uitgangspunt voor de tweede cursusdag.

De tweede dag zitten de haio’s en de baio’s in dezelfde onderwijsruimte, en zijn beide docenten aanwezig. De cursisten geven eerst een toelichting op de geformuleerde stellingen. Aan de hand van eenvoudige casuïstiek praten ze vervolgens in kleine gemengde groepjes (2 of 3 haio’s en 1 baio) over de overeenkomsten en verschillen in benadering van het probleem van de patiënt - werknemer.

’s Middags wordt een eigen casus aan de andere discipline voorgelegd. Aan het eind van de middag maken haio’s en baio’s afspraken over de werkbezoeken op de uitwisselingsdag.

Voor de *uitwisselingsdag* stellen de cursisten zelf leerdoelen op. Na afloop maken ze een verslag. Elke haio bezoekt een Arbo-dienst en loopt een dag mee met een baio bij dienst spreekuur, bedrijfsbezoeken, sociaal-medisch teamoverleg etc. Omgekeerd geldt hetzelfde: elke baio is een dag de gast van een haio en loopt mee met het spreekuur, de visites aan huis en eventuele andere activiteiten.

Voor de *praktijkopdracht*, die elke cursist individueel moet uitvoeren, oefent men in de eigen praktijk heel concreet het overleg met de andere discipline. Tevoren geeft de cursist aan welke argumenten er zijn voor overleg; hij of zij formuleert gerichte vragen voor dat overleg; vraagt gerichte toestemming aan de patiënt; voert het overleg feitelijk uit en evalueert naderhand wat het overleg voor alle actoren heeft opgeleverd. Ook hiervan moet men een verslag maken waarin een drietal overlegsituaties wordt beschreven.

De *terugkomdag* vindt ongeveer 4 maanden na aanvang van de module plaats. Op deze dag presenteert men de praktijkopdrachten aan de medecursisten. Verder worden de werkbezoeken doorgesproken met als doel daaruit algemene conclusies te

trekken. 's Middags wordt een video van een werknemer met een stressprobleem vertoond. In de nabespreking daarvan staan de voordelen van samenwerking bij meer complexe problemen centraal. Er vindt een plenaire afsluitende discussie plaats. De cursisten evalueren de gehele basismodule daarnaast schriftelijk met behulp van een speciaal formulier.

Evaluatie

De twee eerste malen dat de cursus is gehouden, is deze uitgebreid geëvalueerd door middel van observatie, vragenlijsten, interviews en het bestuderen van verslagen van de cursisten.¹ Uit een eerste evaluatie bleek dat haio's op de laatste dag en drie maanden na de cursus meer kennis hadden van de KNMG richtlijn gegevensverkeer en deze ook significant vaker toepasten. Baio's toonden ook op de laatste dag meer kennis van de richtlijn (Nauta, 2002). In hoeverre er na de cursus ook op langere termijn veranderingen aantoonbaar zouden zijn bij de cursisten, is onderwerp van een casestudy, waarover in dit proefschrift wordt gerapporteerd.

Onderzoek naar de effecten van onderwijs is een gecompliceerde zaak (Murray, 2002). In elk geval dienen kwantitatieve en kwalitatieve methoden gecombineerd te worden (Murray, 2002). In de casestudy die in dit proefschrift wordt beschreven, is dit het geval.

¹ Hierover zijn de volgende artikelen gepubliceerd:

- Nauta, A. P., Weel, A. N., Starmans, R. & Wemekamp, H. (2001). Leren samenwerken in de beroepsopleiding. Eerste ervaringen met een gezamenlijke onderwijsmodule huis- en bedrijfsartsen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 212-216.
- Weel, A. N. H & Nauta, A. P. (2002). Hoe leren huisartsen en bedrijfsartsen samenwerken bij sociaal-medische begeleiding? *Special De Huisarts/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde maart 2002*, 24-27
- Nauta, A. P., Faddegon, H. C. & Peeters, J. W. (2002). Huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding leren samenwerken in de praktijk. [Arbocuratieve samenwerking] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10, 116-118.

Bijlage V

Overzicht regionale projecten

Activiteiten in de regionale projecten 2001-2002 om het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen te verbeteren. In totaal zijn er in 14 regio's projecten uitgevoerd. Tien regio's zijn in het onderzoek meegenomen. Deze worden in de tabel vermeld.

Regio	Activiteiten										
	Protocol	Gemeenschappelijke nascholing	Samenwerkingskaart	Website	Workshop	Bedrijfsarts-consulent	Dag in elkaars praktijk	Visitekaartjes	Verwijsbrief	Nieuwsbrief	Anders
1		x	x					x		x	
2		x									Video
3		x				x	x		x		
4		x		x							
5		x			x		x		x		
6		x	x			x					
7	x	x							x		Protocol lage ruggijn; financiële vergoeding
8	x			x		x					Verwijsformulieren
9		x									
10	x			x				x	x	x	Verwijsformulieren

Bijlage VIa Tabellen

Tabel 1

t-toets voor relatieve positie, huisartsen en bedrijfsartsen afzonderlijk, testwaarde = 3

Onderzoek 1 en 3

Discipline	Onderzoek	t	df	Significantie (tweezijdig)	Gemiddelde verschil
Huisartsen	Onderzoek 1	25.6	329	.00**	0.78
	Onderzoek 3	32.7	563	.00**	1.22
Bedrijfsartsen	Onderzoek 1	10.1	202	.00**	1.29
	Onderzoek 3	7.8	394	.00**	0.46

** $p < .01$

Tabel 2

Verskil in relatieve positie tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline

Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variatiebron	df	MS	F	p
Leeftijd	1	0.00	0.00	.99
Geslacht	1	0.10	0.11	.75
Ervaring andere discipline	1	4.59	4.80	.03*
Discipline	1	34.88	36.44	.00**
Interactie	1	4.39	4.59	.03*
Error	522			

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 3

Verskil in beroepsidentificatie tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline

Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variatiebron	df	MS	F	p
Leeftijd	1	0.59	1.12	.29
Geslacht	1	0.03	0.05	.82

Ervaring andere discipline	1	3.03	5.78	.02*
Discipline	1	9.82	18.72	.00**
Interactie	1	0.09	0.17	.68
Error	524	0.52		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 4

Vershil in verantwoordelijkheidsverdeling tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline

Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variantebron	df	MS	F	p
Leeftijd	1	0.22	0.22	.64
Geslacht	1	0.00	0.01	.94
Ervaring andere discipline	1	0.02	0.02	.88
Discipline	1	197.28	195.91	.00**
Interactie	1	2.00	2.00	.16
Error	482	1.00		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 5

Vershil in afhankelijkheid (van de informatie van de ander) tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline

Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variantebron	df	MS	F	p
Leeftijd	1	0.03	0.03	.86
Geslacht	1	0.49	0.51	.48
Ervaring andere discipline	1	0.03	0.03	.85
Discipline	1	98.44	101.82	.00**
Interactie	1	3.54	3.66	.06
Error	526	0.97		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 6

Verskil tussen huisartsen en bedrijfsartsen in KBT en IBT; rol van ervaring in de andere discipline en van relatieve positie
 Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, ervaring in de andere discipline en relatieve positie; co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	KBT	1	0.57	0.92	.34
	IBT	1	3.42	4.14	.04*
Geslacht	KBT	1	0.10	0.17	.68
	IBT	1	2.70	3.26	.07
Discipline	KBT	1	4.04	6.52	.01**
	IBT	1	4.10	4.95	.03*
Ervaring andere discipline	KBT	1	2.34	3.77	.05*
	IBT	1	4.98	6.02	.01*
Relatieve positie	KBT	2	1.65	2.67	.07
	IBT	2	0.13	0.15	.86
Interactie discipline en ervaring andere discipline	KBT	1	0.66	1.07	.30
	IBT	1	0.03	0.03	.86
Interactie discipline en relatieve positie	KBT	2	3.24	5.23	.01**
	IBT	2	0.31	0.37	.69
Interactie ervaring andere discipline en relatieve positie	KBT	2	1.06	1.71	.18
	IBT	2	0.97	1.18	.31
Interactie discipline, ervaring andere discipline en relatieve positie	KBT	2	0.59	0.95	.39
	IBT	2	1.09	1.32	.27
Error	KBT	507	0.62		
	IBT	507	0.83		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 7

Contactfrequentie en vertrouwen (KBT en KBT)

Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën, discipline en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	KBT	1	0.04	0.06	.81
	IBT	1	2.48	2.98	.09
Geslacht	KBT	1	0.10	0.15	.70
		1	1.03	1.23	.27
Discipline	KBT	1	17.62	26.99	.00**
		1	11.51	13.82	.00**
Ervaring andere discipline	KBT	1	0.90	1.37	.24
		1	1.63	1.95	.16
Contactfrequentie	KBT	6	1.35	2.06	.06
		6	2.76	3.32	.00**
Interactie discipline en contactfrequentie	KBT	5	0.76	1.16	.33
		5	0.38	0.45	.81
Interactie contactfrequentie en ervaring andere discipline	KBT	5	0.64	0.98	.43
		5	0.91	1.09	.37
Interactie discipline en ervaring andere discipline	KBT	1	1.20	1.84	.18
		1	0.67	0.81	.37
Interactie discipline, contactfrequentie en ervaring andere discipline	KBT	5	0.66	1.01	.41
		5	1.67	2.00	.08
Error	KBT	477	0.65		
		477	0.83		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 8

Contactfrequentie en waardering van de samenwerking (informatiegehalte + sfeer)

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, ervaring in de andere discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën; co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variantiebron	df	MS	F	p
Leeftijd	1	0.97	0.61	.43
Geslacht	1	0.64	0.40	.53
Discipline	1	11.74	7.43	.01**
Ervaring andere discipline	1	0.13	0.08	.78
Contactfrequentie	6	3.78	2.39	.03*
Interactie contactfrequentie en discipline	5	3.05	1.93	.09
Interactie contactfrequentie en ervaring andere discipline	5	2.56	1.62	.15
Interactie discipline en ervaring andere discipline	1	0.45	0.28	.59
Interactie contactfrequentie, discipline en ervaring andere discipline	5	2.44	1.54	.18
Error	473	1.58		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 9

Verskil tussen huisartsen en bedrijfsartsen in het ervaren van de vijf knelpunten in het contact

Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	Knelpunt 1	1	0.02	0.03	.86
	Knelpunt 2	1	0.12	0.19	.66
	Knelpunt 3	1	0.34	0.76	.39
	Knelpunt 4	1	0.15	0.21	.64
	Knelpunt 5	1	0.01	0.02	.90
Geslacht	Knelpunt 1	1	0.19	0.34	.56
	Knelpunt 2	1	0.01	0.02	.89
	Knelpunt 3	1	0.41	0.93	.34

	Knelpunt 4	1	1.40	2.01	.16
	Knelpunt 5	1	0.03	0.08	.78
Discipline	Knelpunt 1	1	114.93	208.93	.00**
	Knelpunt 2	1	124.31	199.84	.00**
	Knelpunt 3	1	1.67	3.75	.05*
	Knelpunt 4	1	6.95	9.94	.00**
	Knelpunt 5	1	0.12	0.34	.56
Ervaring andere discipline	Knelpunt 1	1	0.64	1.17	.28
	Knelpunt 2	1	0.23	0.37	.54
	Knelpunt 3	1	0.01	0.03	.87
	Knelpunt 4	1	0.07	0.10	.75
	Knelpunt 5	1	0.01	0.03	.86
Contactfrequentie	Knelpunt 1	6	0.46	0.84	.54
	Knelpunt 2	6	0.30	0.48	.82
	Knelpunt 3	6	0.18	0.41	.87
	Knelpunt 4	6	0.27	0.39	.89
	Knelpunt 5	6	0.42	1.15	.33
Interactie contactfrequentie en discipline	Knelpunt 1	5	0.34	0.62	.69
	Knelpunt 2	5	0.23	0.37	.87
	Knelpunt 3	5	0.33	0.74	.60
	Knelpunt 4	5	0.22	0.31	.90
	Knelpunt 5	5	0.20	0.55	.74
Interactie contactfrequentie en ervaring andere discipline	Knelpunt 1	5	0.72	1.30	.26
	Knelpunt 2	5	0.17	0.28	.92
	Knelpunt 3	5	0.36	0.81	.55
	Knelpunt 4	5	0.47	0.67	.65
	Knelpunt 5	5	0.11	0.29	.92
Interactie discipline en ervaring andere discipline	Knelpunt 1	1	2.14	3.88	.05*
	Knelpunt 2	1	2.16	3.47	.06
	Knelpunt 3	1	0.00	0.00	.98
	Knelpunt 4	1	0.14	0.20	.65
	Knelpunt 5	1	0.21	0.33	.56

Interactie contactfrequentie, discipline en ervaring andere discipline	Knelpunt 1	5	0.08	0.14	.98
	Knelpunt 2	5	0.61	0.97	.43
	Knelpunt 3	5	0.53	1.20	.31
	Knelpunt 4	5	0.24	0.34	.89
	Knelpunt 5	5	0.18	0.50	.78
Error	Knelpunt 1	443	0.55		
	Knelpunt 2	443	0.62		
	Knelpunt 3	443	0.45		
	Knelpunt 4	443	0.70		
	Knelpunt 5	443	0.36		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 10

KBT en het ervaren van in – en externe bereikbaarheidsknelpunten

Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, KBT en ervaring in de andere discipline; co-variante: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variatiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	Interne knelpunten	1	0.40	0.22	.64
	Externe knelpunten	1	3.75	1.48	.23
Geslacht	Interne knelpunten	1	0.22	0.12	.74
	Externe knelpunten	1	2.45	0.96	.33
Discipline	Interne knelpunten	1	567.69	303.41	.00**
	Externe knelpunten	1	39.82	15.66	.00**
Ervaring ander	Interne knelpunten	1	0.15	0.08	.78
	Externe knelpunten	1	0.48	0.19	.67
KBT	Interne knelpunten	2	4.93	2.64	.07
	Externe knelpunten	2	12.61	4.96	.01**
Interactie discipline en KBT	Interne knelpunten	2	0.27	0.14	.87
	Externe knelpunten	2	1.22	0.48	.62
Interactie ervaring andere discipline en discipline	Interne knelpunten	1	17.03	9.10	.00**
	Externe knelpunten	1	0.66	0.26	.61
Interactie KBT en ervaring andere discipline	Interne knelpunten	2	4.48	2.39	.09
	Externe knelpunten	2	3.86	1.52	.22

Interactie discipline, ervaring andere discipline en KBT	Interne knelpunten	2	0.90	0.48	.62
	Externe knelpunten	2	2.29	0.90	.41
Error	Interne knelpunten	479	1.87		
	Externe knelpunten	479	2.54		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 11

KBT en het ervaren van interne en externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen mét ervaring in de andere discipline
 Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en KBT; co-varianten: leeftijd en geslacht
 Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	Interne knelpunten	1	0.75	0.38	.54
	Externe knelpunten	1	0.28	0.11	.74
Geslacht	Interne knelpunten	1	4.19	2.15	.15
	Externe knelpunten	1	0.04	0.02	.90
Discipline	Interne knelpunten	1	142.76	73.20	.00**
	Externe knelpunten	1	18.57	7.40	.01**
KBT	Interne knelpunten	2	8.35	4.28	.02*
	Externe knelpunten	2	.851	3.39	.04*
Interactie discipline en KBT	Interne knelpunten	2	0.37	0.19	.83
	Externe knelpunten	2	2.14	0.05	.43
Error	Interne knelpunten	109	1.95		
	Externe knelpunten	109	2.51		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 12

KBT en het ervaren van interne en externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline
 Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en KBT; co-varianten: leeftijd en geslacht
 Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	Interne knelpunten	1	0.07	0.04	.85
	Externe knelpunten	1	6.01	2.36	.13
Geslacht	Interne knelpunten	1	0.30	0.16	.69
	Externe knelpunten	1	2.76	1.08	.30
Discipline	Interne knelpunten	1	522.45	283.01	.00**
	Externe knelpunten	1	18.77	7.34	.01**
KBT	Interne knelpunten	2	0.01	0.01	.00
	Externe knelpunten	2	5.05	1.98	.14
Interactie discipline en KBT	Interne knelpunten	2	1.37	0.74	.48
	Externe knelpunten	2	0.63	0.25	.78
Error	Interne knelpunten	368	1.85		
	Externe knelpunten	368	2.56		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 13

IBT en het ervaren van in – en externe bereikbaarheidsknelpunten

Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, IBT en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht

Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	Interne knelpunten	1	0.10	0.06	.81
	Externe knelpunten	1	0.74	0.29	.59
Geslacht	Interne knelpunten	1	0.08	0.04	.83
	Externe knelpunten	1	2.56	1.02	.31
Discipline	Interne knelpunten	1	888.26	486.68	.00**
	Externe knelpunten	1	21.75	8.68	.00**
Ervaring ander	Interne knelpunten	1	2.38	1.30	.26

IBT	Externe knelpunten	1	0.26	0.10	.75
	Interne knelpunten	2	11.50	6.29	.00**
Interactie discipline en IBT	Externe knelpunten	2	24.83	9.91	.00**
	Interne knelpunten	2	4.96	2.72	.10
Interactie ervaring andere discipline en discipline	Externe knelpunten	2	0.00	0.00	.98
	Interne knelpunten	1	1.65	0.90	.41
Interactie IBT en ervaring andere discipline	Externe knelpunten	1	0.20	0.08	.92
	Interne knelpunten	2	7.52	4.12	.02*
	Externe knelpunten	2	2.91	1.16	.31
Interactie discipline, ervaring andere discipline en KBT	Interne knelpunten	2	1.42	0.78	.46
	Externe knelpunten	2	1.01	0.40	.67
Error	Interne knelpunten	479	1.83		
	Externe knelpunten	479	2.51		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 14

IBT en het ervaren van interne en externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen mét ervaring in de andere discipline
Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en IBT; co-varianten: leeftijd en geslacht
Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	Interne knelpunten	1	0.17	0.09	.76
	Externe knelpunten	1	2.58	1.04	.31
Geslacht	Interne knelpunten	1	1.96	1.06	.31
	Externe knelpunten	1	0.59	0.24	.63
Discipline	Interne knelpunten	1	244.95	131.91	.00**
	Externe knelpunten	1	6.20	2.50	.12
IBT	Interne knelpunten	2	10.99	5.92	.00**
	Externe knelpunten	2	13.03	5.25	.00**
Interactie discipline en IBT	Interne knelpunten	2	0.82	0.44	.64
	Externe knelpunten	2	0.06	0.03	.98
Error	Interne knelpunten	109	1.86		
	Externe knelpunten	109	2.48		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 15

KBT en het ervaren van interne en externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline
 Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en KBT; co-varianten: leeftijd en geslacht
 Onderzoek 1

Variantiebron	Afhankelijke variabele	df	MS	F	p
Leeftijd	Interne knelpunten	1	0.02	0.01	.92
	Externe knelpunten	1	3.33	1.33	.25
Geslacht	Interne knelpunten	1	0.17	0.10	.76
	Externe knelpunten	1	1.95	0.78	.38
Discipline	Interne knelpunten	1	977.77	536.43	.00**
	Externe knelpunten	1	17.39	6.92	.01**
KBT	Interne knelpunten	2	1.60	0.88	.42
	Externe knelpunten	2	14.77	5.88	.00**
Interactie discipline en KBT	Interne knelpunten	2	3.52	1.93	.15
	Externe knelpunten	2	2.33	0.93	.40
Error	Interne knelpunten	368	1.82		
	Externe knelpunten	368	2.51		

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 16

Huisartsen en bedrijfsartsen en de frequentie van hun contact
 Resultaten univariate variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht
 Onderzoek 1

	Huisartsen				Bedrijfsartsen				Verskil huisarts - bedrijfsarts
	Gemiddelde frequentie	SD	Medi-aan	N	Frequentie	SD	Medi-aan	N	
Aantal contacten met andere discipline in laatste jaar	9.9	13.3	5	314	15.7	15.7	15	198	$F(1, 511) = 58.74^{**}$
Aantal maal advies tot contact met andere discipline in laatste jaar	23.2	25.5	15	297	68.9	68.9	40	187	$F(1, 483) = 43.55^{**}$

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 17

Hai'o's en bai'o's en het verloop van de relatieve positie

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname

Onderzoek 2

Variatiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	2	4.42	1.23	.29
Discipline	1	218.77	61.02	.00**
Interactie	2	2.06	0.57	.57
Error	116	3.58		

** $p < .01$

Tabel 18

Hai'o's en bai'o's en het verloop van de beroepsidentificatie

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname

Onderzoek 2

Variatiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	2	0.85	1.09	.34
Discipline	1	13.29	17.06	.00**
Interactie	1	0.39	0.50	.61
Error	114	0.78		

** $p < .01$

Tabel 19

Hai'o's en bai'o's en het verloop van de afhankelijkheid van de informatie van de ander

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname

Onderzoek 2

Variatiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	2	0.40	1.24	.29
Discipline	1	3.13	9.82	.00**
Interactie	1	0.34	1.07	.35
Error	114	0.32		

** $p < .01$

Tabel 20

Haio's en baio's en het verloop van het vertrouwen in de ander

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname

Onderzoek 2

Variantiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	2	1.69	4.12	.02*
Discipline	1	0.97	2.37	.13
Interactie	1	0.23	0.55	.58
Error	117	0.41		

* $p < .05$

Tabel 21

Haio's en baio's en het aantal contacten met de andere discipline in het laatste kwartaal, meting voor de cursus

Onderzoek 2

	Haio's				Baio's				Verschil huisarts - bedrijfsarts
	Gem. frequentie	SD	Mediaan	N	Frequentie	SD	Mediaan	N	
Aantal contacten met andere discipline in laatste kwartaal	0.6	0.8	0	31	4.1	3.2	3	20	$F(1, 50) = 34.8^{**}$
Aantal maal briefje meegegeven voor ander in laatste kwartaal	0.2	0.6	0	32	0.8	1.1	0	20	$F(1, 51) = 6.8^*$
Aantal maal advies tot contact met andere discipline in laatste kwartaal	3.0	3.2	2	26	19.0	44.6	5	19	$F(1, 44) = 3.3$

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabel 22

Haio's en baio's en het verloop van de contactfrequentie

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname (niet gemeten aan eind module)

Onderzoek 2

Variantiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	1	0.00	0.00	.98
Discipline	1	179.68	37.94	.00**
Interactie	1	0.41	0.09	.77
Error	71	4.74		

** $p < .01$

Tabel 23

Hai'o's en bai'o's en het verloop van het aantal briefjes dat men meegeeft

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname (niet gemeten aan eind module)

Onderzoek 2

Variantiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	1	0.32	0.59	.44
Discipline	1	3.98	7.44	.01
Interactie	1	0.15	0.28	.60
Error	71	0.54		

** $p < .01$

Tabel 24

Hai'o's en bai'o's en het verloop van het aantal verwijzingen naar de ander

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname (niet gemeten aan eind module)

Onderzoek 2

Variantiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	1	0.00	0.00	.99
Discipline	1	3202.52	4.70	.03*
Interactie	1	37.51	0.06	.81
Error	65	676.84		

* $p < .05$

Tabel 25

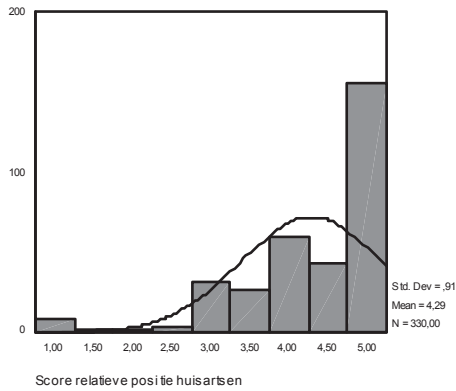
Hai'o's en bai'o's en het verloop van de waardering van de contacten

Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline en tijdstip van afname (niet gemeten aan eind module)

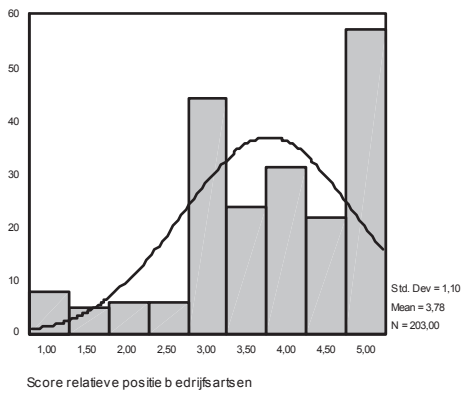
Onderzoek 2

Variantiebron	df	MS	F	p
Tijdstip	1	0.15	0.46	.50
Discipline	1	0.37	1.13	.29
Interactie	1	0.00	0.01	.92
Error	49	0.33		

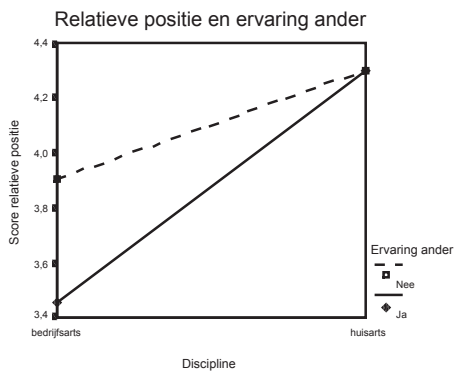
Bijlage VIb Figuren



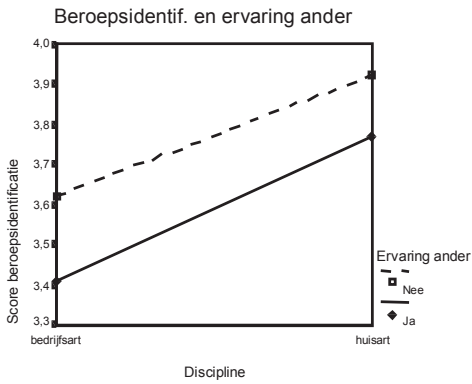
Figuur 1. Verdeling scores op relatieve positie. Huisartsen. Onderzoek 1.



Figuur 2. Verdeling scores op relatieve positie. Bedrijfsartsen. Onderzoek 1.

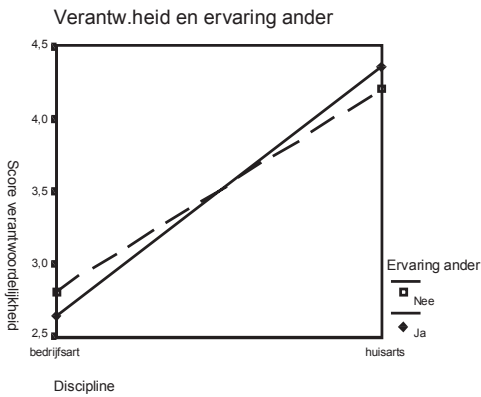


Figuur 3. Verschil in relatieve positie tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline. Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



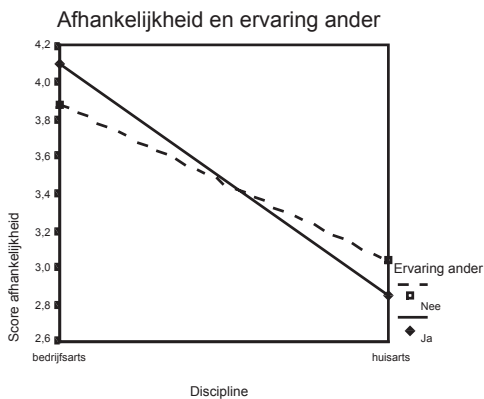
Figuur 4. Verschil in beroepsidentificatie tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline. Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht.

Onderzoek 1.



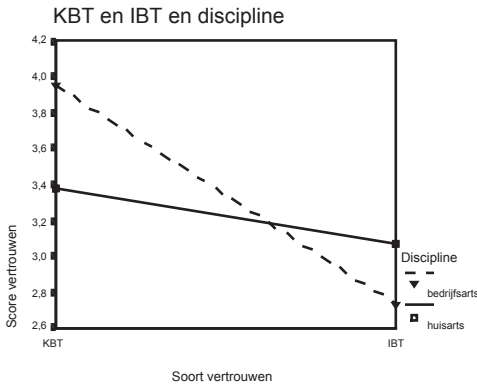
Figuur 5. Verschil in verantwoordelijkheidstoewijzing tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline. Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht.

Onderzoek 1.

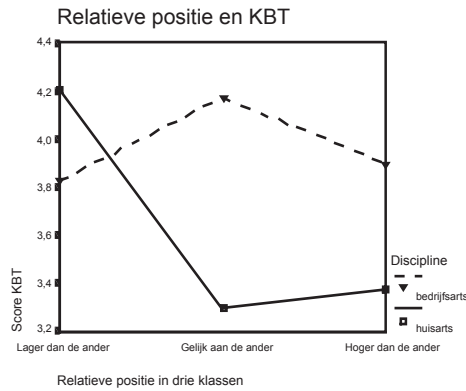


Figuur 6. Verschil in afhankelijkheid (van de informatie van de ander) tussen de disciplines en de rol van ervaring in de andere discipline. Resultaten variantieanalyse, co-varianten: leeftijd en geslacht.

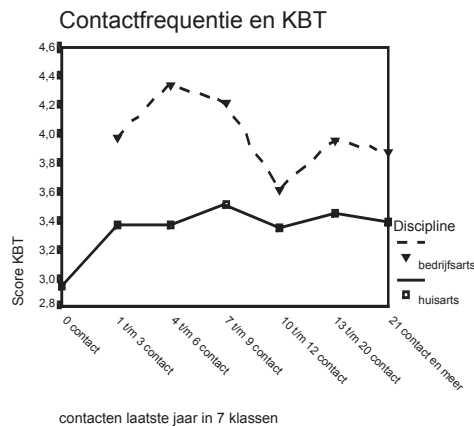
Onderzoek 1.



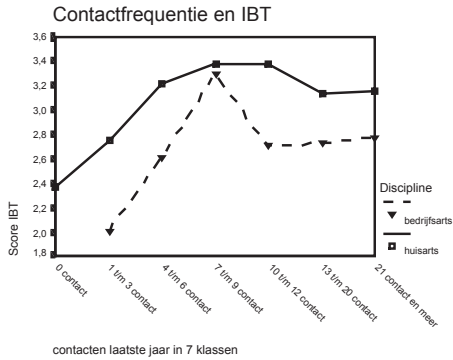
Figuur 7. Verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen in KBT en IBT. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, ervaring in de andere discipline en relatieve positie; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



Figuur 8. Verschil tussen huisartsen en bedrijfsartsen in KBT en IBT; rol van relatieve positie. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, ervaring in de andere discipline en relatieve positie; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.

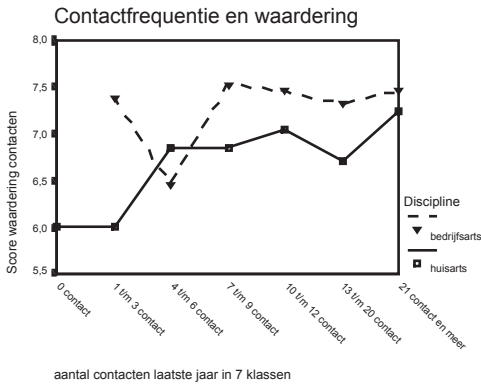


Figuur 9. Contactfrequentie en KBT. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën, discipline en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



Figuur 10. Contactfrequentie en IBT. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën, discipline en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht.

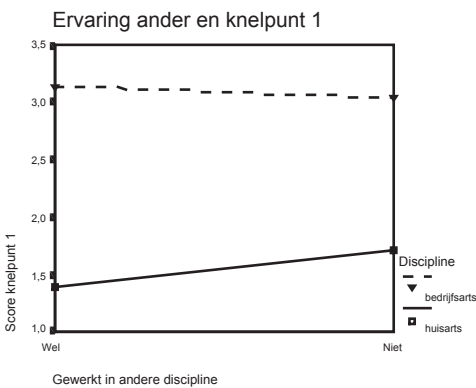
Onderzoek 1.



Figuur 11. Contactfrequentie en waardering van de samenwerking (informatiegehalte + sfeer)

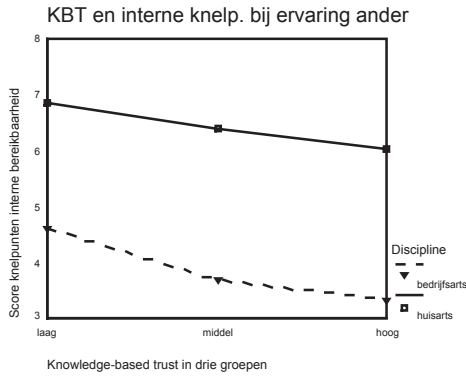
Resultaten univariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, ervaring in de andere discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën; co-varianten: leeftijd en geslacht.

Onderzoek 1.

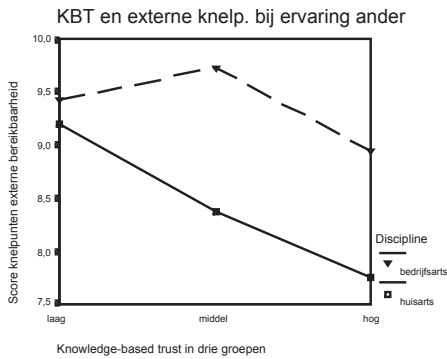


Figuur 12. Ervaring in de andere discipline en bereikbaarheidsknelpunt 1. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht.

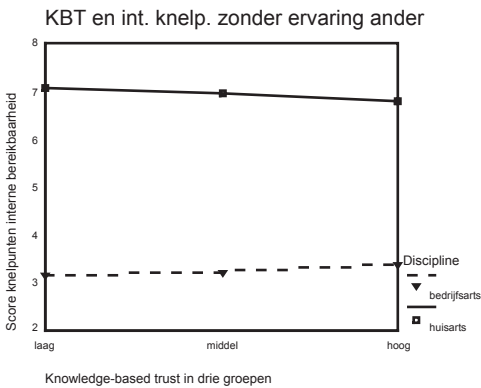
Onderzoek 1.



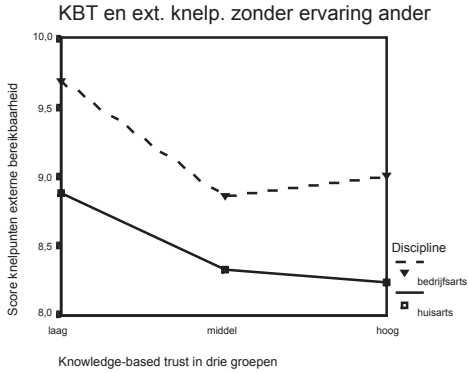
Figuur 13. KBT en het ervaren van interne bereikbaarheidsknelpunten bij artsen met ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



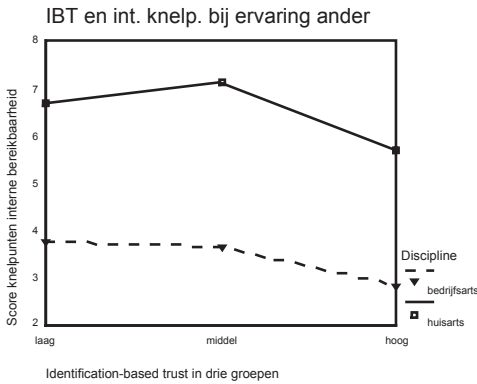
Figuur 14. KBT en het ervaren van externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen met ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



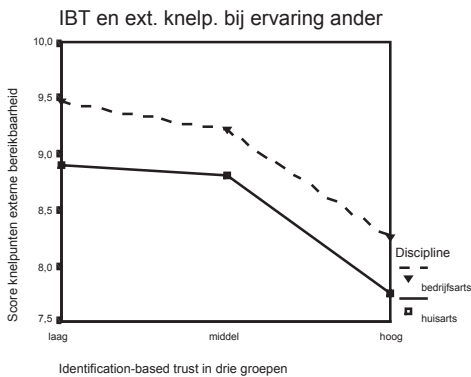
Figuur 15. KBT en het ervaren van interne bereikbaarheidsknelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



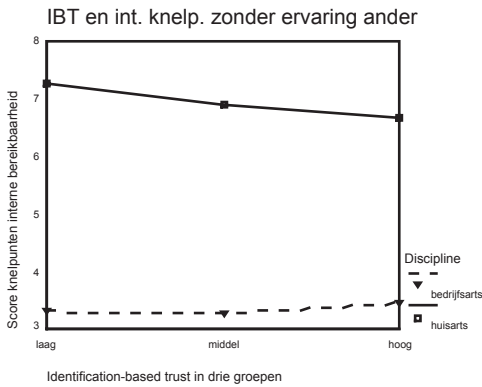
Figuur 16. KBT en het ervaren van externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



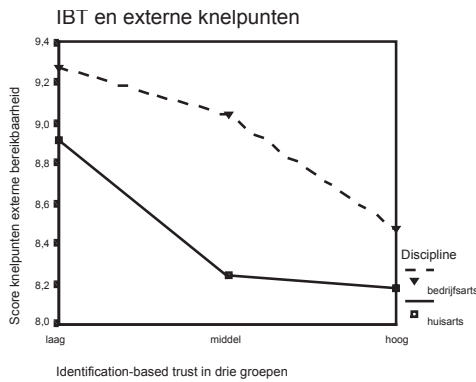
Figuur 17. IBT en het ervaren van interne bereikbaarheidsknelpunten bij artsen met ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



Figuur 18. IBT en het ervaren van externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen met ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



Figuur 19. IBT en het ervaren van interne bereikbaarheidsknelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.



Figuur 20. IBT en het ervaren van externe bereikbaarheidsknelpunten bij artsen zonder ervaring in de andere discipline. Resultaten multivariate variantieanalyse, onafhankelijke variabelen: discipline, contactfrequentie afgelopen jaar in zeven categorieën en ervaring in de andere discipline; co-varianten: leeftijd en geslacht. Onderzoek 1.

Dankwoord



Promoveren is afzien, dat weet iedereen. Dat het echt zo is, weet ik nu ook. Mijn leidinggevende ruim 20 jaar geleden, Wouter van Eek, raadde het me toen ook ten stelligste af. Ik had toen namelijk twee kleine kinderen. Hij had zelf zijn proefschrift geschreven in die periode van zijn leven en wilde mij op basis van zijn ervaring ervoor behoeden dat ik te weinig van mijn kinderen zou zien. Ik heb zijn advies gelukkig opgevolgd. Min of meer in plaats daarvan ben ik psychologie gaan studeren aan de Open Universiteit. Dat bleek een uitstekende beslissing! Rond mijn afstuderen in 1999 begon studiebegeleider Jan Sloot ook over promoveren. Ik vroeg mij toen af waarom ik dat zou doen. Vlak na het afstuderen als psycholoog ben ik mij (vanwege mijn baan bij de huisartsopleiding) gaan verdiepen in het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Het sloot goed aan op mijn afstudeeronderzoek over het samenwerken van bedrijfsartsen en psychologen. Vele artikelen, lezingen, onderwijs hierover later, kwam toch het idee om er een proefschrift van te maken. Zo'n boekje zou een mooie weerslag vormen van al het materiaal dat ik al had verzameld, zowel in empirisch onderzoek als in literatuuronderzoek. Jasper von Grumbkow, die mij al enkele jaren begeleidde, had al vaker hierop aangedrongen. En zo maakte ik in december 2001 een eerste inhoudsopgave. De hoofdstukken groeiden stap voor stap. Het schrijven in de vrije tijd viel toch tegen, ook al waren mijn kinderen (een in 2001 en een in 2002) inmiddels de deur uit. En nu ligt het boekje er eindelijk dan toch.

Jasper von Grumbkow, jij hebt een zeer belangrijke rol gespeeld. Jij hebt vanaf het begin gezien dat mijn onderzoek tot een promotie zou kunnen leiden, ook toen ik dat zelf nog helemaal niet had bedacht. Je hebt mijn schrijfsels altijd consciëntieus becommentarieerd. En mijn eigenwijze tegenwerpingen serieus genomen. Ik ben zeer bevoorrecht met zo'n gedreven promotor!

Ik heb het onderzoek naar het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen wel in eigen tijd gedaan, maar de start daarvan ligt tijdens mijn werk bij de huisartsopleiding in Rotterdam. Ik bedank Richard Starmans, Frits Bareman en Hans Faddegon met wie ik destijds het MT van de huisartsopleiding in Rotterdam vormde en Siep Thomas, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Zij gaven mij toestemming om de vragenlijsten (onderzoek 1 van dit proefschrift) in 1999 mee te sturen met een mailing. Dymphni Kops en de andere secretaresses bij de huisartsopleiding waren zo vriendelijk om de vragenlijsten te helpen maken en de mailing gereed te maken. Tevens kreeg ik toestemming om vragenlijstjes uit te delen aan de cursisten van de cursus 'Leren samenwerken' (onderzoek 2).

Ik heb veel steun gekregen van al mijn vrienden en vriendinnen. Zij hoorden mijn verhalen aan en gaven mij de steun die ik nodig had om door te gaan. Mijn leidinggevende en mijn collega's op het Kenniscentrum AKB hebben mij steeds mentaal gesteund in het traject en daar ben ik ze erg dankbaar voor. Het is heel fijn dat er ook een

materiële bijdrage van het Kenniscentrum kon komen. In mijn werk bij het AKB maak ik veel gebruik van inzichten die ik heb verworven bij dit onderzoek. Bij voorbeeld bij het opzetten van trainingen, nascholing en onderzoek. Arbocuratieve samenwerking is namelijk een van de speerpunten van het kenniscentrum.

Ik dank ook de leden van de beoordelingscommissie voor hun kritische en opbouwende commentaar, waardoor het proefschrift aan kwaliteit heeft gewonnen.

Enkele mensen hebben een bijzondere rol gespeeld.

- Blanca Smit, jij bent als vriendin heel vaak mijn steun, je hoort mijn verhalen aan, begrijpt die, geeft steun en helpt nogal eens om mijn zelfvertrouwen weer op te poetsen. Bovendien kende je de Open Universiteit van binnenuit. Je hebt me steeds volledig gesteund in mijn promotietraject. Niet voor niets wil ik je graag dichtbij hebben als paranimf op mijn promotiedag.
- Hans Faddegon, wij waren drieënhalf jaar lang naaste collega's bij de huisartsopleiding. We delen ook de liefde voor muziek. We schreven samen een boek voor huisartsen over bedrijfsgezondheidszorg. Zo deden we als het ware voor hoe de samenwerking van een huisarts en een bedrijfsarts kan verlopen. Die samenwerking heb ik zo plezierig en zinvol gevonden, dat ik ook jou heel graag als paranimf heb gevraagd.
- Elske Faber, mijn kamergenote bij AKB: ik kon me geen betere voorstellen! Wat een genot om met jou samen te werken! Ik hoop over een paar jaar op jouw promotie aanwezig te zijn, waar het om een verwant onderwerp zal gaan.
- Peter Overzier, jij hebt me onder andere geholpen om de teksten van de interviews als tweede beoordelaar te bekijken. We waren het vaak snel eens, maar het was een belangrijke steun in die fase van het proefschrift.
- Dan het thuisfront. Mijn kinderen Hilda en Jelle gingen al die jaren dat ik bezig was en zij nog thuis woonden, gewoon hun gang, hoe druk ik het ook had. Al was het eten niet op tijd klaar omdat ik weer eens midden in een analyse zat, of er was geen vers brood omdat er een artikel af moest, jullie klaagden niet en kookten gewoon zelf of deden boodschappen. Ik ben trots op jullie!

Alle deelnemers aan de diverse onderzoeken bedank ik hierbij en zeker ook de vier geïnterviewden. Zonder hun bijdragen zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest. Ik hoop tenslotte vooral dat het onderzoek dat ik deed bij kan dragen tot betere samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen en daarmee zinvol is voor hun patiënten-werknemers!

Lijst van eigen publicaties en presentaties in relatie tot het thema van dit proefschrift



Artikelen (chronologisch)

- Nauta, A. P., Starmans, R., & Faddegon, H. C. (1999). Bedrijfsarts en huisarts: meer oog voor elkaar. Knelpunten oplossen tijdens gezamenlijke cursusdag. *Medisch Contact*, 54, 884-886.
- Nauta, A. P. (2000). Zou de bedrijfsarts de huisarts wat vaker kunnen informeren? [Lezersforum] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 8, 2.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2000). Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen: kennis van en waardering voor de richtlijn intercollegiaal gegevensverkeer. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 8, 300-304.
- Nauta, A. P. (2000). Tot elkaar veroordeeld. Literatuurstudie naar samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen. *Medisch Contact*, 55, 1154-1156.
- Nauta, A. P., & Faddegon, H. C. (2000). Samenwerking huisarts en bedrijfsarts bij een patiënte met rugklachten. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 17, 290-293.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2001). Samenwerking en vertrouwen tussen huisartsen en bedrijfsartsen. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 18, 97-101.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2001). Cooperation of general practitioners and occupational physicians: identity, trust and responsibility. In T. Taillieu (Ed.). *Collaborative Strategies and Multi-organizational partnerships*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2001). Factors predicting trust between GPs and OPs. *Int Journal of Integrated Care [Online]*, 1 (4). <http://www.ijic.org/index2.html>.
- Nauta, A. P., Weel, A. N., Starmans, R., & Wemekamp, H. (2001). Leren samenwerken in de beroepsopleiding. Eerste ervaringen met een gezamenlijke onderwijsmodule huis- en bedrijfsartsen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9, 212-216.
- Nauta, A. P. (2002). Enkele praktische suggesties ter verbetering van de samenwerking van bedrijfsartsen met huisartsen. [Arbocuratieve samenwerking] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10, 56.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2002). Contacten tussen huisarts en bedrijfsarts: initiatief, frequentie, waardering en effect. *Special De Huisarts/ Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, maart 2002, 30-33.
- Hulshof, C. T. J., Nauta, A. P., van der Klink, J. J. L., Faber, E., Broersen, J. P. J., Miedema, H. S., Jacobs, J. W., Fortuin, R., & Bierma-Zeinstra, S. M. A. (2002). Verbetering van samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen door afstemming richtlijnen over psychische klachten en lage rugklachten: PARAG. *Special De Huisarts/ Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, maart 2002, 34-36.
- Weel, A. N. H., & Nauta, A. P. (2002). Hoe leren huisartsen en bedrijfsartsen samenwerken bij sociaal-medische begeleiding? *Special De Huisarts/ Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* maart 2002, 24-27.
- Nauta, A. P., Faddegon, H. C., & Peeters, J. W. (2002). Huisartsen en bedrijfsartsen in opleiding leren samenwerken in de praktijk. [Arbocuratieve samenwerking] *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10, 116-118.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2002). Cooperation of General practitioners and occupational health physicians: Trust as a key factor. In D. Purdue & M. Stewart (Eds.) (2002), *Understanding collaboration* (pp. 115-121). Bristol: University of the West of England.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2002). Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen: de invloed van positie, verantwoordelijkheid, afhankelijkheid en vertrouwen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80, 107-113.
- Nauta, N., & Faber, E. (2002). Arbocuratieve samenwerking: actuele onderzoeksvragen. [Spectrum] *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80, 156-157.
- Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2002). Effecten van een co-assistentenschap bedrijfsgezondheidszorg. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 21, 279-285.
- Nauta, A. P. (2003). Samenwerking als proces bekeken. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 81, 159-162.

Boek

Nauta, A. P., & Faddegon, H. C. (2001). *Huisarts en bedrijfsgezondheidszorg*. Practicumreeks voor de Huisarts, Maarssen: Elsevier/Bunge. ISBN 90 352 2372 1.

Congrespapers en -posters

Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2000, mei). *Samenwerking huisartsen en bedrijfsartsen: sociaal-psychologische factoren*. Nederlands Public Health Congres. Abstract in: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 78(2) congresbijlage pag 15.

Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2000, juli). *Cooperation of general practitioners and occupational physicians: identity, trust and responsibility*. Paper gepresenteerd op de 7th conference on multi-organizational partnership and co-operative strategies in Leuven, juli 2000.

Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2001, juli). *Cooperation of General practitioners and occupational health physicians: Trust as a key factor*. Paper gepresenteerd op de 8th International Workshop on Strategic Alliances and Collaborative Partnerships. Bristol 11-14 juli 2001.

Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2001, oktober). *Factors which predict trust between general practitioners and occupational physicians*. Paper gepresenteerd op de ENOP (European Network of Organizational Psychologists) conference, Stockholm.

Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2002, april). *Cooperation of general practitioners and occupational health physicians: social psychological factors*. Paper gepresenteerd bij ICOH scientific committee on occupational health services research and evaluation, Aarhus.

Nauta, A. P., & von Grumbkow, J. (2002, mei). *Samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen: onderzoek naar de rol van vertrouwen en de toepassing daarvan in onderwijs*. Poster gepresenteerd op het Nederlands Public Health Congres. Abstract in Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 80(3), congresbijlage, 31.

Faber, E., Nauta, A. P., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Miedema, H. S. & Hulshof, C. T. J. (2002, mei). *Samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen bij lage rugklachten*. Poster gepresenteerd op het Nederlands Public Health Congres. Abstract in Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 80(3), congresbijlage, 26-27.

Nauta, A.P., von Grumbkow, J., & Weel, A. N. H. (2002, september). *Effects of a course to enhance cooperation for GP- and OP trainees*. Poster gepresenteerd op de International conference on communication in health care, University of Warwick, UK.

Nauta, A. P. (2003, januari). *Samenwerken als proces bekeken*. Presentatie op het Congres Verzuim en WAO, wie is verantwoordelijk? Dr G. J. van Hoytemastichting, Enschede.

Anema, J. R., Amstel, R. A. van, Venema, A., Verbeek, J. H., Nauta, A. P., Schellevis, F. G., Beek, A. J. van der, & Putten, D. J. van. (2003, april). *Samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen in 10 regio's: effecten op het proces van samenwerken, gedragsverandering van artsen en tevredenheid bij hun patiënten*. Presentatie Nederlands Public Health Congres. Abstract in Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 81, congresbijlage, 9.

Onderwijsmateriaal

Nauta, A. P., Starmans, R. J., Weel, A., & Wemekamp, H. (2000). *Samenwerking huisarts en bedrijfsarts bij sociaal medische begeleiding*. Onderwijsmodule voor de huisarts- en de bedrijfsartsopleiding. Try out maart 2000. Definitieve versie, september 2000.

Rapporten

Nauta A. P. (2002). *Effectevaluatie basismodule 'Leren samenwerken bij sociaal-medische begeleiding'*. Rapportage in opdracht van de stuurgroep Samenwerken bij Sociaal-Medische Begeleiding, 30 augustus 2002.

Anema, J. R., van Amstel, R. J., Venema, A., Verbeek, J. H., Nauta, A. P., Schellevis, F. G., van der Beek, A. J., & van Putten, D. J. (2003). *Samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen in 10 regio's: effecten op het proces van samenwerken, gedragsverandering van artsen en tevredenheid bij hun patiënten*. TNO Arbeid, Kenniscentrum AKB en Coronelinstituut. Eindrapport.

Curriculum Vitae



Curriculum Vitae A.P. (Noks) Nauta

Noks Nauta werd in 1947 in Amsterdam geboren. Zij deed in 1966 haar eindexamen Gymnasium β aan het Spinoza Lyceum aldaar. Zij begon in datzelfde jaar aan de Gemeente Universiteit Amsterdam met de studie Tandheelkunde, maar besloot in 1969 over te stappen naar geneeskunde. In 1972 behaalde zij het doctoraal examen en in 1975 het artsexamen. Haar belangstelling ging toen al uit naar de sociale geneeskunde en zij werkte van 1975 tot 1978 als schoolarts bij de schoolartsdienst 'Kring Veenendaal'.

Daarna kwam zij in dienst bij de Rijks Geneeskundige Dienst te Den Haag, en was van 1978 tot 1981 gedetacheerd als bedrijfsarts op het ministerie van Landbouw en Visserij. In 1981 behaalde zij de SGRC-registratie als bedrijfsarts.

Vanaf 1981 tot en met 1994 werkte zij bij dezelfde dienst (die later Bedrijfsgezondheidsdienst RBB heette), nu als bedrijfsarts/ stafarts 'beroepsinfectieziekten'. In die periode deed zij onder andere beleidsvoorbereidend onderzoek en hield zij zich bezig met voorlichting aan werknemers en deskundigheidsbevordering van professionals.

In 1988 startte zij met de studie Psychologie aan de Open Universiteit Nederland.

Van 1995 tot 1997 was zij opleider bij de bedrijfsartsopleiding van TNO PG te Leiden.

Van 1997 tot 2001 werkte zij als coördinator externe leerwerkplekken bij de huisartsopleiding van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

In 1999 behaalde zij haar doctoraal examen Arbeids- en Organisationspsychologie aan de Open Universiteit Nederland, haar afstudeerscriptie had als titel: 'Bedrijfsartsen over Psychologen'.

Daarna is zij zich gaan richten op de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen. Zowel in onderzoek als in onderwijs.

Sinds april 2001 is zij part time wetenschappelijk medewerker bij Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat, dat is gevestigd in het ErasmusMC te Rotterdam. Daar is zij vooral belast met projecten op het gebied van arbocuratieve samenwerking en deskundigheidsbevordering aan professionals in de arbozorg.

Gedurende het jaar 2003 was zij één dag per week als docent verbonden aan de Kenniskring Arbeid & Gezondheid van de Hogeschool Rotterdam, waarbij multidisciplinaire samenwerking haar aandachtsgebied was.

Zij werkt thans ook freelance als bedrijfsarts-adviseur/ docent via Mediforce BV te Driebergen.

Noks Nauta heeft twee kinderen: Hilda Kok (1981) en Jelle Kok (1984).

