

Postprint Version	1.0
Journal website	http://vb23.bsl.nl/frontend/index.asp?custom_product_id=0929-600X&product_id={6AC18F43-868D-42E6-96C2-AE553086DC3B}
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Hoe communiceren bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met chronisch zieken en gehandicapten?

A. VAN DEN BRINK-MUINEN

ABSTRACT

Goede communicatievaardigheden zijn essentieel voor het goed uitoefenen van de taken door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. In dit artikel wordt onderzocht hoe mensen met een (lichamelijke) chronische ziekte of handicap (15-65 jaar) oordelen over de communicatie met de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. In mei 2007 zijn gestructureerde telefonische interviews gehouden (respons 81%) met leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL: 89 over de communicatie met bedrijfsartsen, 81 over verzekeringsartsen. De mensen met een chronische ziekte of handicap die zijn ondervraagd, zijn over het algemeen positief over de communicatie met de bedrijfsarts en met de verzekeringsarts, zij het over de laatstgenoemde iets minder. Zij stellen meer vertrouwen in de bedrijfsarts en zij oordelen positiever over diens bejegening. De verzekeringsarts voldoet in de ogen van de chronisch zieken en gehandicapten minder vaak aan hun verwachtingen over communicatie dan de bedrijfsarts. Hoe hoger het percentage arbeidsongeschiktheid van chronisch zieken en gehandicapten is, des te positiever ze oordelen over de communicatie met de verzekeringsarts.

Communicatie vormt, samen met klinische vaardigheden, de kern van de geneeskunde. De uitwisseling van informatie, een respectvolle bejegening, vertrouwen en openheid zijn ook in de ogen van patiënten essentiële onderdelen van een goede arts-patiëntrelatie. Zo wordt voldaan aan de cognitieve behoefte van patiënten om te weten en te begrijpen; en de emotionele behoefte om zich gekend en begrepen te voelen. Een goede communicatie met artsen en het – zo mogelijk – voortbouwen op eerdere consulten is voor mensen met een chronische ziekte of handicap nog belangrijker dan voor anderen. Mensen met een (lichamelijke) chronische ziekte of handicap moeten vaak hun leven lang vertrouwen op artsen om hun gezondheid en kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden. Voor velen is

deelname aan de samenleving in de vorm van betaald werk daarbij belangrijk. Als zij na een ziekteperiode weer aan de slag willen of als zij problemen ondervinden bij het uitoefenen van hun werk, zullen zij veelal te maken krijgen met de bedrijfsarts. Voor aanpassingen van hun werk of werkplek en werkhervatting kan de bedrijfsarts, samen met de werknemer en de werkgever, zorgen. Uit onderzoek blijkt dat een kwart van de werkende chronisch zieken en gehandicapten (tussen 15 en 65 jaar) in 2005 meldde dat ze het afgelopen jaar één of meer werkaanpassingen hadden gekregen. Die aanpassingen lagen vooral op het vlak van werktijden en werkinhoud.

Voorts rapporteerde in 2005 een derde van de mensen met een chronische ziekte of handicap de afgelopen tijd problemen te hebben ondervonden met het krijgen of uitvoeren van betaald werk. Het is duidelijk dat een goede communicatie met de bedrijfsarts van groot belang is om de problemen boven tafel te krijgen en een vertrouwensrelatie op te bouwen met de werknemer, zodat er maatregelen kunnen worden genomen om iemand aan het werk te helpen of te houden.

De chronisch zieken en gehandicapten die niet meer of niet meer volledig kunnen werken, worden gekeurd of krijgen een herkeuring door de verzekeringsarts. Door de strengere keuringseisen die UWV met ingang van oktober 2004 hanteert bij (her)beoordelingen is de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen fors teruggelopen.

In 2000 had een derde van de chronisch zieken een arbeidsongeschiktheidsuitkering, in 2005 was dat afgenomen tot een kwart. Een (her)beoordeling kan grote gevolgen hebben in financieel en emotioneel opzicht. Voor een juiste beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid is goede communicatie tussen de verzekeringsartsen en de chronisch zieken en gehandicapten daarom een vereiste.

Communicatie wordt, zo blijkt uit het bovenstaande, in brede zin gedefinieerd in dit artikel.

Dit betekent dat aspecten die van invloed (kunnen) zijn op de communicatie ook hierbij worden betrokken. Voorbeelden zijn de continuïteit van zorg, meebeslissen over hulp of het re-integratietraject, het vertrouwen in de arts en de verwachtingen ten aanzien van de communicatie met de arts.

Deze studie is relevant, omdat onderzoek naar oordelen van patiënten over de communicatie met bedrijfsartsen en verzekeringsartsen tot nu toe (in Nederland) niet is gedaan.

Onderzocht is:

1. hoe mensen met een (lichamelijke) chronische ziekte of handicap oordelen over de communicatie met de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen;
2. of en, zo ja, welke verschillen er zijn in de oordelen over de communicatie tussen subgroepen chronisch zieken en gehandicapten, onderscheiden naar het aantal uren werk, een eerste keuring of herkeuring, de mate van arbeids(on)geschiktheid en kenmerken van de chronische ziekte of handicap.

METHODE

In mei 2007 zijn 526 telefonische interviews gehouden (respons 81%) met leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL. Dit panel bestaat uit niet-geïstitutionaliseerde mensen met een lichamelijke chronische ziekte en uit mensen met een matige tot ernstige lichamelijke beperking, in de leeftijd van 15 jaar en ouder. Zij doen maximaal vier jaar mee aan het panel. De chronisch zieken zijn geworven via huisartspraktijken, de inclusiecriteria waren: aanwezigheid van een door een arts gediagnosticeerde somatische aandoening (lijst met chronische aandoeningen volgens de NRV 1995), en er is sprake van een in principe irreversibele ziekte. Jaarlijks wordt een kwart van de chronisch zieken vervangen. De gehandicapten zijn geworven via een

screeningsvraag in twee bevolkingsonderzoeken: Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) van het SCP en het Woningbehoefteonderzoek (WBO) van het ministerie van VROM. Zij worden één keer in de vier jaar vervangen. In het NPCG zijn alleen mensen met een matige of ernstige lichamelijke handicap opgenomen. Alle panelleden jonger dan 65 jaar die in 2006 contact hadden gehad met een bedrijfsarts en/of verzekeringsarts zijn gebeld om vragen over één of beide artsen te beantwoorden. In totaal hebben 89 panelleden vragen beantwoord over communicatie met de bedrijfsarts en 81 over communicatie met de verzekeringsarts.

De vragen hebben betrekking op de volgende aspecten:

- Geven van informatie (4 items: begrijpelijke uitleg; duidelijke informatie; voldoende informatie; arts vertelt wat patiënt wil weten);
- Continuïteit van zorg (2 items: bekend met ziektegeschiedenis; voortbouwen op eerder consult);
- Meebeslissen over hulp die artsen geven (1 item; niet voor verzekeringsarts);
- Bejegening (9 items, o.a. medeleven en interesse tonen, luisteren, serieus nemen: zie figuur 1);
- Vertrouwen stellen in de arts; voldoen aan verwachtingen over ... (bedrijfsarts 5 items: uitleg en informatie; bejegening; voldoende tijd nemen; gegeven hulp; vervolgetraject in arbeidssituatie; verzekeringsarts 4 items: uitleg en informatie; bejegening; voldoende tijd nemen; beoordeling van arbeidsongeschiktheid).

De antwoordcategorieën van de items zijn (bijv.: Heeft u vertrouwen in uw arts?): 1 = nee, 2 = eigenlijk niet, 3 = eigenlijk wel, 4 = ja. Ook hebben de respondenten een algemeen oordeel over de communicatie gegeven voor elk type arts (rapportcijfer 1–10). Verder is voor elke arts gevraagd hoe goed deze de patiënt kent in diens ogen (schaal 1–5: 1 = helemaal niet, 5 = heel goed).

Vervolgens zijn er schalen geconstrueerd voor de volgende communicatieaspecten: informatie geven, bejegening, en voldoen aan verwachtingen.

De betrouwbaarheid van deze drie schalen is hoog ($\alpha \geq 0,90$). Voor de oordelen over de bedrijfsartsen zijn verschillen onderzocht tussen subgroepen panelleden wat betreft het aantal uren dat chronisch zieken en gehandicapten werken (<32 uur per week: $n = 31$; ≥ 32 uur per week: $n = 21$; missing: $n = 37$). Voor de patiëntoordelen over de communicatie met verzekeringsartsen zijn verschillen tussen subgroepen onderzocht voor de soort keuring (eerste keuring: $n = 7$; herkeuring: $n = 74$) en de mate van arbeids(on)geschiktheid van de panelleden die een herkeuring hadden gehad (0–30% arbeidsongeschikt: $n = 16$; 30–80%: $n = 11$; 80–100%: $n = 44$; missing: $n = 10$).

Verder zijn de verschillen in oordelen onderzocht tussen subgroepen naar de soort chronische ziekte; comorbiditeit (aanwezigheid van meer dan één chronische ziekte); ziekte duur; soort beperking; ernst van de beperking (zie Appendix).

Voor de toetsing van de verschillen tussen de artsen onderling is het computerprogramma PEPI gebruikt. Verschillen in gemiddelden voor de communicatieaspecten tussen subgroepen per type arts zijn getoetst via T-test, Spearman's correlatiecoëfficiënt en Oneway Anova.

RESULTATEN

Kenmerken van de respondenten

Een derde van de ondervraagde chronisch zieken en gehandicapten die bij de bedrijfsarts is geweest is man; van degenen die bij de verzekeringsarts zijn geweest ruim één op de vijf (zie Appendix). Qua leeftijd en opleiding zijn de verschillen klein. Van de respondenten die contact hebben gehad met de bedrijfsarts, hadden er meer astma of COPD, diabetes mellitus

en chronische spijsverteringsziekten, en minder mensen met hart- en vaatziekten in vergelijking met de respondenten die door de verzekeringsarts zijn gekeurd. Een vijfde van de gebelde chronisch zieken en gehandicapten heeft meer dan één chronische ziekte (comorbiditeit), en gemiddeld een kwart is langer dan 10 jaar ziek. Degenen die bij de verzekeringsarts zijn geweest, hebben relatief vaker een matige of ernstige beperking dan degenen die contact hebben gehad met de bedrijfsarts.

De beperkingen zijn in beide gevallen bijna altijd motorisch van aard.

Oordelen over de communicatie met de bedrijfsartsen

Over de communicatie met de bedrijfsarts oordelen chronisch zieken en gehandicapten positief (alle scores gem. >3 op een schaal van 1–4), met een voldoende rapportcijfer (gem. 7,0) als algemeen oordeel (tabel 1). De bedrijfsarts geeft ruim voldoende informatie en laat de chronisch zieken en gehandicapten gemiddeld in drie van de vier gevallen meebeslissen over de hulp die zij krijgen. Gemiddeld 80–90% van de respondenten zegt dat de bedrijfsarts hen goed bejegt: de arts is respectvol en vriendelijk, luistert goed, toont medeleven en neemt hen serieus (figuur 1). Ruim de helft van hen vindt dat de bedrijfsarts aandacht heeft voor emotionele problemen die te maken hebben met hun gezondheid. Volgens zes van de tien respondenten toont de arts bezorgdheid en stelt belang in hun persoonlijke situatie.

De bedrijfsartsen hebben met name meer aandacht dan de verzekeringsartsen voor emotionele problemen en tonen vaker medeleven en bezorgdheid volgens hen. Ook vinden ze vaker dat de bedrijfsarts hen met respect behandelt, aandachtig luistert en hen serieus neemt.

De chronisch zieken en gehandicapten vertrouwen de bedrijfsarts gemiddeld vrij goed, hij of zij voldoet meestal aan hun verwachtingen omtrent communicatie. De bedrijfsarts is redelijk bekend met hun ziektegeschiedenis, maar kent de chronisch zieken en gehandicapten in hun ogen niet echt goed en bouwt niet altijd voort op een eerder consult (tabel 1).

Het aantal uren dat iemand betaald werk verricht, blijkt geen invloed te hebben op de oordelen over communicatie. De soort chronische ziekte laat geen verschillen zien in de beoordeling van de communicatie. Ook zijn er geen verschillen tussen de onderzochte subgroepen gevonden voor comorbiditeit, ziekteduur, soort en ernst van de beperking.

Oordelen over de communicatie met de verzekeringsartsen

Over de meeste communicatieaspecten van de verzekeringsarts zijn de mensen met een chronische ziekte of handicap redelijk positief (tabel 1).

Dit komt ook tot uiting in hun algemene oordeel (rapportcijfer 6,4). Het vertrouwen in de verzekeringsarts en diens bejegening worden het minst positief beoordeeld (gem. <3). Ook vindt iets meer dan de helft van de respondenten dat de verzekeringsarts geen bezorgdheid toont en geen aandacht heeft voor hun emotionele problemen die zijn gerelateerd aan hun ziekte. En ongeveer 40% vindt dat de arts geen medeleven toont of geen aandacht heeft voor hun persoonlijke situatie.

Zij geven aan dat naar hun idee de verzekeringsarts hen niet tot nauwelijks kent. De chronisch zieken en gehandicapten zijn redelijk tevreden over de informatie die zij krijgen en de bekendheid van de verzekeringsarts met hun ziektegeschiedenis. Ook voldoet de verzekeringsarts redelijk aan hun verwachtingen ten aanzien van de communicatieaspecten.

Verschillen tussen subgroepen zijn er voor de soort keuring: degenen die een herkeuring hebben gehad zijn positiever dan degenen die voor de eerste keer gekeurd zijn over het geven van informatie (3,2 versus 2,0, $p \leq 0,01$). Echter: de laatste groep is erg klein, waardoor aan dit verschil niet te veel waarde moet worden gehecht.

Ook de mate waarin iemand arbeids(on)geschikt is verklaard, is van invloed op het oordeel: hoe hoger het percentage waarin men arbeidsongeschikt werd bevonden, hoe positiever de beoordelingen over de communicatieaspecten zijn. Dit geldt voor de informatieuitwisseling ($\rho 0,25$, $p \leq 0,05$); goede informatie over ziektegeschiedenis ($\rho 0,29$, $p \leq 0,01$);

bejegening ($\rho = 0,30$, $p \leq 0,01$); vertrouwen in de verzekeringsarts ($\rho = 0,30$, $p \leq 0,01$); voldoen aan verwachtingen ($\rho = 0,42$, $p \leq 0,001$); en het rapportcijfer ($\rho = 0,32$, $p \leq 0,01$).

[TABEL 1]
[FIGUUR 1]

Verschillen tussen artsen in oordelen over de communicatie

Over de communicatie met de bedrijfsarts zijn de mensen met een chronische ziekte of handicap gemiddeld wat positiever dan over de verzekeringsarts (tabel 1). Dit geldt voor het geven van informatie door de arts aan de patiënt en voor de informatie die de arts heeft over diens ziektegeschiedenis.

De bedrijfsarts laat de chronisch zieken en gehandicapten in de meeste gevallen meebeslissen over de hulp of aanpassingen die iemand nodig heeft of het re-integratietraject dat iemand krijgt. Deze arts wordt wat betreft de bejegening iets hoger beoordeeld dan de verzekeringsarts.

De chronisch zieken en gehandicapten hebben meer vertrouwen in de bedrijfsarts dan in de verzekeringsarts, maar beide soorten artsen voldoen ongeveer even vaak aan de verwachtingen van de respondenten.

De bovengenoemde verschillen tussen de beide soorten artsen worden weerspiegeld in het algemene oordeel van de chronisch zieken en gehandicapten over de communicatie met deze artsen.

De verzekeringsarts krijgt gemiddeld het laagste rapportcijfer (6,4), de bedrijfsarts scoort hoger (7,0). Volgens de ondervraagde chronisch zieken en gehandicapten kent de bedrijfsarts hen gemiddeld beter dan de verzekeringsarts.

CONCLUSIES

Mensen met een chronische ziekte of handicap zijn over het algemeen positief over de communicatie met de bedrijfsarts en de verzekeringsarts, zij het over de laatstgenoemde iets minder. Dit komt tot uiting in het gemiddelde rapportcijfer dat de vier soorten artsen krijgen voor hun wijze van communicatie en ook in de specifieke communicatieaspecten.

Uit andere onderzoeken blijkt dat patiënten in het algemeen (d.w.z. inclusief patiënten zonder chronische ziekte of handicap) meestal positief oordelen over de communicatie met huisartsen en medisch specialisten.

De verschillen tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen zijn in eerste instantie terug te voeren op het aantal contacten dat chronisch zieken en gehandicapten hebben met de artsen. Meestal hebben zij met de bedrijfsarts vaker contact dan met de verzekeringsarts. Dit blijkt ook uit hun oordeel hoe goed zij denken dat de arts hen kent.

Het is daarom niet vreemd dat de artsen die het minst contact hebben met chronisch zieken en gehandicapten minder bekend zijn met hun ziektegeschiedenis en minder kunnen voortbouwen op één of meer eerdere contact(en). Ook de oordelen die de chronisch zieken en gehandicapten geven over het voldoen aan de verwachtingen en het vertrouwen dat zij hebben in de artsen hangt samen met de bekendheid met de artsen ofwel hoe vaak er contact is geweest. Als je een arts voor de eerste (of tweede) keer bezoekt, weet je nog niet wat je kunt verwachten van die arts en zullen verwachtingen over de communicatie minder vaak uitkomen dan wanneer je een langere relatie hebt met een arts. En vertrouwen kan makkelijker worden opgebouwd als arts en patiënt elkaar beter leren kennen. De verschillen in bovengenoemde communicatieaspecten tussen de artsen zijn dus logisch te noemen. Verschillen tussen de genoemde vier soorten artsen kunnen ermee te maken hebben dat bedrijfs- en verzekeringsartsen niet alleen met het belang van de patiënt te maken hebben,

maar ook aan het belang van de werkgever of verzekeraar moeten denken, in tegenstelling tot huisartsen en medisch specialisten.

De bedrijfsartsen laten de chronisch zieke en gehandicapte werknemers redelijk vaak meebeslissen over de hulp die zij krijgen. Formeel moeten ze dat ook doen, zij hebben zelf een adviserende rol. Bovendien kunnen de werknemers aangeven welke problemen zij ondervinden bij hun werk, zodat een gezamenlijke beslissing kan worden genomen over de nodige aanpassing, zoals het aanpassen van de werkinhoud of werktijden, of wanneer iemand (gedeeltelijk) weer aan het werk kan gaan. Meebeslissen hierover kan de mogelijkheid en de motivatie om weer aan het werk te gaan vergroten.

De oordelen van de chronisch zieken en gehandicapten over de bejegening door bedrijfsartsen zijn wat positiever dan over de bejegening door verzekeringsartsen. Dat geldt met name voor de emotionele bejegening. Ongeveer een kwart vindt dat men niet serieus genomen wordt, niet met respect wordt behandeld en dat niet naar zijn of haar verhaal wordt geluisterd door verzekeringsartsen.

Eén op de tien zegt dit over de bedrijfsartsen.

Huisartsen en – in mindere mate – medisch specialisten doen het volgens de chronisch zieken en gehandicapten beter in dit opzicht.

Toch is bejegening niet afhankelijk van een lange relatie met de patiënt en hoe goed men elkaar kent. Alle artsen zouden in principe hun patiënten goed moeten bejegenen. Aangetekend moet wel worden dat patiënten de communicatie met bedrijfs- en verzekeringsartsen vanwege de andere rol die deze artsen hebben mogelijk anders beleven dan de communicatie met huisartsen en specialisten. De oordelen van de chronisch zieken en gehandicapten over de communicatie met de bedrijfs- en verzekeringsartsen zijn daarom misschien minder positief uitgevallen.

Een aanwijzing hiervoor lijkt te zijn dat men bij een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage positiever over de bejegening oordeelt dan bij een lager percentage.

Goede communicatie is van groot belang bij het vaststellen van de mate van arbeids(on)geschiktheid door de verzekeringsarts. Als de communicatie te wensen over laat zal de beslissing hierdoor wellicht beïnvloed worden, met alle gevolgen van dien, zoals terecht komen in een lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.

Het feit dat de communicatie van verzekeringsartsen beter wordt beoordeeld door mensen die voor een hoger percentage arbeidsongeschikt worden bevonden zegt dan waarschijnlijk vooral meer over de tevredenheid over het resultaat van de keuring.

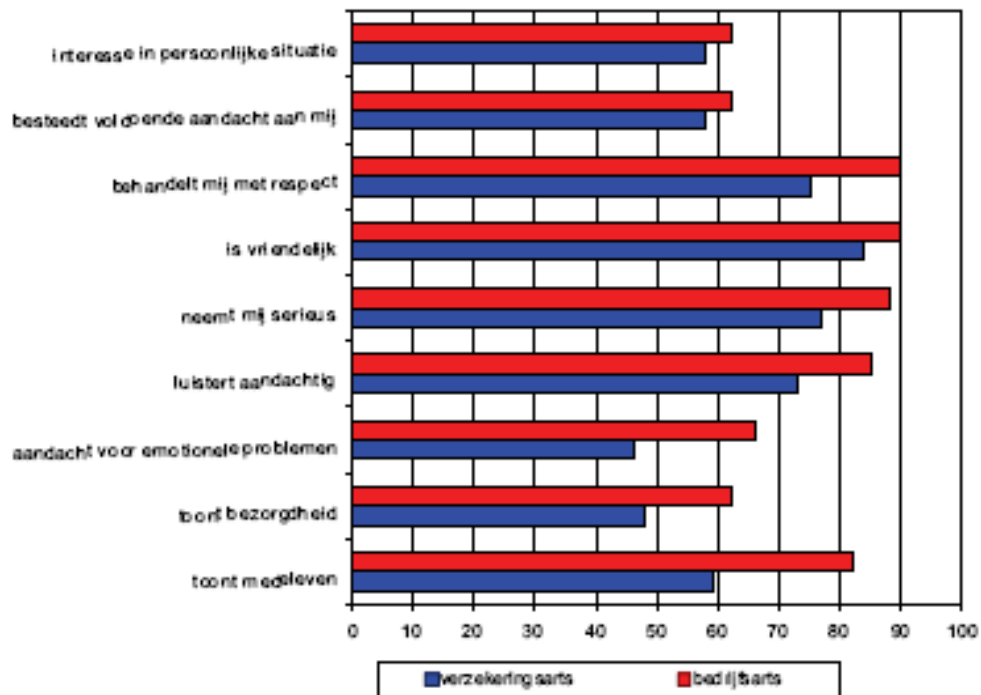
LITERATUUR

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–136.
2. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice. Utrecht: NIVEL/Utrecht University, 1991.
3. Bensing JM, Schreurs KL, Rijk A de. The role of the general practitioner's affective behaviour in medical encounters. *Psych Health* 1996; 11: 825–838.
4. Brink-Muinen A van den, Dulmen AM van, Schellevis FG, Bensing JM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
5. Campen C van, Carol M. Tevreden meedoen. *TSG* 2007; 7: 374–375.
6. Brink-Muinen A van den, Spreeuwenberg P, Rijken PM. Kerngegevens Maatschappelijke Situatie. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2007.
7. Dulmen AM van, Verhaak PFM, Bensing JM.

- Communicatie tussen specialist en patiënt: een exploratieve studie. Med Contact 1996; 23: 781–783.
8. Calsbeek H, Spreeuwenberg P, Kerkhof MJW van, Rijken PM. Kerngegevens Zorg 2005. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2006.
9. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Standaardisatie van chroniciteitsbegrippen. Vooronderzoek naar het definiëren en specificeren van chroniciteit van gezondheidsproblemen ten behoeve van classificaties. Zoetermeer: NRV, 1995.
10. Abramson JH, Galingher PM. Computer programs for epidemiologists: PEPI version 4.0. Salt Lake City: Sagebrush Press, 2001.
11. Brink-Muinen A van den, Verhaak PFM, Bensing JM, et al. The Eurocommunication Study. An international comparative study in six European countries on doctor- patient communication in general practice. NIVEL: Utrecht, 1999.
12. Brink-Muinen A. van den, Dulmen AM van, Bensing JM, et al. Eurocommunication-II: a comparative study between countries in Central-and Western-Europe on doctor-patient communication in general practice. Final report, 2003.

[APPENDIX 1]

FIGUUR, TABEL EN APPENDIX



Figuur 1 Oordelen van panelleden (15–65 jaar) over aspecten van bejegening door de arts, naar soort arts (% dat bevestigend antwoordt).

Tabel 1
Oordelen over communicatieaspecten vanuit het perspectief van de patiënten (15–65 jaar), naar soort arts (gem. (sd))

	Bedrijfsarts (n = 89)	Verzekeringsarts (n = 81)
Informatie geven ¹	3,4 (0,9)	3,1 (1,2)
Bekend met ziektegeschiedenis ¹	3,1 (1,1)	3,0 (1,2)
Voortbouwen op eerder consult ¹	2,9 (1,3)	3,0 (1,3)
Meebeslissen ¹	3,1 (1,2)	–
Bejegening ¹	3,3 (0,8) **	2,9 (1,0)
Vertrouwen in de arts ¹	3,2 (1,2) **	2,6 (1,3)
Voldoen aan verwachtingen ¹	3,3 (0,9)	3,1 (1,0)
Algemeen oordeel (rapportcijfer 1-10)	7,0 (1,8) *	6,4 (2,1)
Hoe goed kent de arts de patiënt ²	2,7 (1,3) ***	1,8 (1,0)

¹ schaal 1–4; ² schaal 1–5.
* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01 *** p ≤ 0,001

Appendix
Kenmerken van de respondenten (15–65 jaar), naar soort arts (%)

	Bedrijfsarts (n = 89)	Verzekeringsarts (n = 81)
Geslacht		
man	32,6	22,2
vrouw	67,4	77,8
Leeftijd		
15 t/m 39 jaar	19,1	17,3
40 t/m 64 jaar	80,9	82,7
Opleiding		
laag	45,5	42,7
gemiddeld	35,2	32,0
hoog	19,3	25,3
Soort chronische ziekte		
hart- en vaatziekten	2,2	6,2
astma/COPD	12,4	8,6
ziekten bewegingsapparaat	14,7	13,6
kanker	2,2	3,7
diabetes mellitus	11,2	0,0
neurologische ziekten	6,7	7,4
chronische spijsverteringsziekten	9,0	3,7
overige chronische ziekten	13,5	13,6
geen chronische ziekte/onbekend *	28,1	43,2
Aantal chronische ziekten		
één	51,7	35,8
twee	13,5	12,3
drie of meer	6,7	9,9
geen chronische ziekte/onbekend *	28,1	42,0
Ziekte duur		
< 5 jaar	15,7	12,3
5-10 jaar	29,3	21,0
> 10 jaar	25,8	21,0
geen chronische ziekte/ onbekend *	29,2	45,7
Aard beperking		
motorisch	41,8	68,3
motorisch en/of zintuiglijk	10,5	8,9
geen/lichte beperking *	47,7	22,8
Ernst beperking		
matige beperking	32,6	43,0
ernstige beperking	19,8	34,2
geen/lichte beperking *	47,7	22,8

* De panelleden hebben een chronische ziekte en/of een (matige of ernstige) beperking.