

Wat moet de huisarts weten van de sociale verzekeringswetten, met name van de (gewijzigde) Ziektewet en Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering?

DOOR DR. H. DOELEMAN, MEDISCH ADVISEUR G.A.K.

Op 1 juli 1967 zullen de ongevallenwetten en de invaliditeitswetten worden opgeheven, terwijl op dezelfde datum de gewijzigde Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering in werking zullen treden. In de laatste jaren is ook in medische kringen veel gesproken over de voorbereiding en de tot standkoming van genoemde wetten, zodat wat dit betreft naar de betrokken publicaties kan worden verwezen.

De coördinatiewet sociale verzekering, welke beoogde meer eenheid in de uitvoering der sociale verzekeringswetten tot stand te brengen, heeft tot gevolg gehad dat vanaf 1 juli aanstaande de werknemersverzekeringen Ziektewet (ZW), Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), en Werkloosheidswet (WW) door de Bedrijfsverenigingen (BV'en) uitgevoerd zullen worden en de volksverzekeringen Kinderbijslagwet (KBW), Algemene Ouderdomswet (AOW) en Algemene Weduwen- en Wezenwet (AWW) door de Sociale Verzekeringsbank en de Raden van Arbeid.

Voor de huisarts hebben de wijze van uitvoering van ZW, WAO en in iets mindere mate van de WW grote betekenis. Men kan stellen dat door de WAO zal worden voorzien in de geldelijke gevolgen van langdurige arbeidsongeschiktheid terwijl het risico van kortstondige arbeidsongeschiktheid (minder dan 1 jaar) zal vallen onder de Ziektewet. De arbeidsongeschiktheidsuitkering kan namelijk eerst ingaan nadat de arbeidsongeschiktheid 52 weken heeft geduurd; gedurende deze zogenaamde „wachttijd” zal in het algemeen aanspraak bestaan op uitkering ingevolge de ZW.

In verband hiermede zijn WAO en ZW zoveel mogelijk op elkaar afgestemd. Zij vormen als het ware één systeem van verzekering tegen geldelijke gevolgen van de arbeidsongeschiktheid, *ongeacht uit welke oorzaak deze is ontstaan*. In verband hiermee zij nadrukkelijk vermeld dat vanaf de datum van inwerkingtreding van de WAO ook uitkering kan worden genoten ingevolge de ZW (en na 52 weken ingevolge de WAO) bij de arbeidsongeschiktheid welke een gevolg is van een bedrijfsongeval of van een gebrek.

Voor de huisarts zijn de volgende bepalingen van de Ziektewet belangrijk

1. *Loongrens*. De nieuwe ZW kent geen loongrens meer. (Het maximum dagloon waarnaar zal

worden uitgekeerd, wordt — gerekend op jaarbasis — gesteld op f 20.000,—).

2. *Criterium*. De nieuwe ZW geeft de verzekerde recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid voor zijn werk ten gevolge van ziekte, ongeval of gebrek.

3. *Duur*. Ongeacht de ziekte-oorzaak bestaat recht op ziekgeld gedurende een onafgebroken periode van 52 weken. Bij onderbrekingen van minder dan een maand worden de perioden waarover ziekgeld is uitgekeerd, samengeteld voor de berekening van vorengenoemde maximumduur van 52 weken; in dat geval worden voor het ziektegeval, aangevangen na de onderbreking, niet opnieuw wachtdagen berekend. Slechts ingeval bij het einde van de maximumtermijn van 52 weken zwangerschaps- of bevallingsuitkering wordt genoten, kan de termijn van 52 weken worden overschreden.

4. *Arbeidstherapie*. In de wet wordt aangegeven dat de verzekeringsgeneeskundige kan bepalen dat de zieke werknemer passend werk gaat verrichten bij zijn werkgever wanneer deze hem daartoe in de gelegenheid stelt en wanneer dit werken in het belang van de verzekerde is. De bepaling is voor degene, die geen werkgever meer heeft, aangevuld met het voorschrift dat deze werknemer passende arbeid bij een andere werkgever moet aanvaarden. Nieuw is de bepaling dat de werknemer naar een andere werkgever in passende arbeid kan worden verwezen indien hervatting van de oude arbeid als schadelijk voor zijn gezondheid is aan te merken of indien hij kennelijk blijvend ongeschikt is voor de oude arbeid. Voorwaarden zijn dat hij bij de eigen werkgever die passende arbeid niet kan verrichten, dat het verrichten van passende arbeid in zijn belang is en dat die andere werkgever hem daartoe in de gelegenheid stelt. Vanzelfsprekend zal in dergelijke gevallen overleg met de huisarts dienen te worden gepleegd.

5. *Weigeringsgronden*. Een aantal weigeringsgronden komt in de nieuwe ZW niet meer voor (bijvoorbeeld ongeschiktheid ten gevolge van misdrijf of vechtpartij en onbehoorlijk gedrag in ziekeninrichting).

Nieuw zijn de volgende weigeringsgronden:
— indien de ongeschiktheid intreedt *binnen een half jaar na aanvang van de verzekering*, ter-

wijl de gezondheidstoestand bij de aanvang van de verzekering dit kennelijk moest doen verwachten;

- indien de werknemer zich niet als werkzoeker bij het Gewestelijk Arbeidsbureau laat inschrijven wanneer de bedrijfsvereniging zulks verlangt in verband met werkhervatting in andere passende arbeid bij een andere werkgever omdat de oude arbeid schadelijk voor de gezondheid is of de werknemer kennelijk blijvend ongeschikt is voor de oude arbeid.

6. *De Kring der verzekerden.* De gewijzigde ZW zowel als de WAO beperken zich tot de loontrekkenden en enkele daarmede in maatschappelijk opzicht gelijk te stellen groepen. Van belang is dat noch de gewijzigde ZW noch de WAO een zogenaamde loongrens zullen kennen. Beide wetten zonderen onder meer van de verzekering uit personen, voor wie door het Rijk terzake van hun arbeidsverhouding invaliditeitspensioen is verzekerd. De kring dergenen, die ingevolge de WAO zijn verzekerd is — behoudens een enkele uitzondering — gelijk aan de kring van personen, die onder de ZW vallen. Een belangrijk verschil tussen de kringen van verzekerden, is dat de WAO — in tegenstelling tot de ZW — personen van 65 jaar en ouder van de verplichte verzekering uitzondert.

7. *Uitvoering.* De uitvoering van WAO en ZW zal geschieden door de bedrijfsverenigingen; de sociaal-medische en loonarbeidskundige onderdelen van de uitvoering van de WAO zullen echter bij uitsluiting worden opgedragen aan de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD).

Volledigheidshalve worde vermeld dat de uitvoering van de ZW in handen blijft van de bedrijfsverenigingen. Het mag bekend worden verondersteld dat er 26 bedrijfsverenigingen zijn, waarvan 12 de administratie en de medische controle zelfstandig uitvoeren, terwijl 14 bedrijfsverenigingen de administratie hebben opgedragen aan het Gemeenschappelijk Administratiekantoor.

Voor de huisarts zijn de volgende bepalingen van de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering belangrijk:

1. *Loongrens.* De WAO kent evenmin als de nieuwe ZW een loongrens.

2. *Wachttijd.* Wanneer de arbeidsongeschiktheid — hetzij onafgebroken, hetzij met onderbrekingen van minder dan 1 maand — 52 weken heeft geduurd en er geen aanspraak meer op ziekingeld bestaat, kan — indien nog arbeidsongeschiktheid aanwezig is — arbeidsongeschiktheidsuitkering worden verleend.

3. *Criterium.* Het arbeidsongeschiktheids criterium verschilt van dat van de ZW. Gedurende de eerste 52 weken (dit is de zogenaamde wachttijd

WAO) zal aanspraak bestaan op ziekingeld als de verzekerde ongeschikt is tot het verrichten van „zijn arbeid”. Voor het beoordelen van de vraag, of daarna aanspraak op arbeidsongeschiktheidsuitkering bestaat, zal dit moeten worden getoetst aan het in de WAO neergelegde arbeidsongeschiktheids-criterium.

Kort samengevat komt dit criterium er op neer dat de arbeidsongeschiktheid van betrokkene niet meer louter moet worden getoetst aan de vraag of hij zijn arbeid kan verrichten, maar dat de arbeidsongeschiktheid meer algemeen moet worden bezien. Het gaat daarbij om de vraag of en zo ja, in hoeverre betrokkene arbeidsongeschikt is voor elke arbeid, welke hem (gelet op opleiding, vroeger beroep enz.) in billijkheid kan worden opgedragen.

De arbeidsongeschiktheid dient een gevolg te zijn van ziekte of van gebreken; zwangerschap en bevalling worden met ziekte gelijkgesteld. Arbeidsongeschiktheid van minder dan 15 procent wordt niet als arbeidsongeschiktheid beschouwd. In verband met het voorgaande en in verband met de indeling in invaliditeitsklassen (zie hierna), is het noodzakelijk de mate van de arbeidsongeschiktheid nader te bepalen. Dit zal geschieden door hetgeen betrokkene nog met hem in billijkheid op te dragen arbeid kan verdienen te vergelijken met hetgeen soortgelijke — maar dan volledig valide — personen met die arbeid kunnen verdienen.

4. *Hoogte uitkering.* De hoogte van de uitkering is afhankelijk van de mate van de arbeidsongeschiktheid. De WAO bepaalt namelijk, dat de uitkering per dag — de zaterdagen en de zondagen niet medegerekend — bedraagt bij een arbeidsongeschiktheid van:

Mate arbeidsongeschiktheid in procenten	Uitkering in procenten van het dagloon
15 - 25	10
25 - 35	20
35 - 45	30
45 - 55	40
55 - 65	50
65 - 80	65
80 of meer	80

5. *Andere bepalingen.* Tot zover de bepalingen welke gaan over de arbeidsongeschiktheid en de wijze van beoordeling. Terwijl in de ZW een element van arbeidstherapie is ingevoerd (zie bepalingen ZW onder 4) voorziet de WAO in enkele mogelijkheden welke uitermate belangrijk zijn voor de huisarts namelijk:

- a. het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering; (zie 3 en 4)

- b. de mogelijkheid bepaalde personen in aanmerking te brengen voor voorzieningen ter revalidatie;

De WAO verleend de bedrijfsverenigingen bevoegdheid om onder meer verzekerden, uitkeringgenietenden en personen, die de wachttijd doormaken, in aanmerking te brengen voor voorzieningen ter revalidatie. Het medische onderdeel van de revalidatie zal echter als regel niet voor rekening van de WAO komen; de WAO zondert namelijk uitdrukkelijk uit verstrekkingen, welke behoren tot het pakket van de wettelijke ziekenfondsverzekering (ook voor de niet-ziekenfondsverzekerden).

- c. de mogelijkheid om aan bepaalde personen, die hun nog aanwezige arbeidscapaciteit niet (volledig) kunnen benutten in verband met het treffen van revalidatievoorzieningen, een „toelage” te verlenen wegens inkomstenderving. Voorts is het mogelijk voor bepaalde uit de revalidatie voortvloeiende kosten vergoeding te verlenen.
- d. indien de patiënt verkeert in een althans voorlopig blijvende toestand van hulpbehoevendheid welke geregeld oppassing en verzorging nodig maakt kan de WAO-uitkering (dus niet de ZW-uitkering) verhoogd worden van 80 tot 100 procent.

Het is duidelijk dat de huisarts regelmatig wordt geconfronteerd met patiënten, die uitkering krachtens de ZW genieten, terwijl vanaf 1 juli a.s. er patiënten zullen zijn die in aanmerking voor een WAO-uitkering (a) respectievelijk voor een van de onder b, c of d genoemde voorzieningen komen. Het is voor de huisarts noodzakelijk hiervan op de hoogte te zijn teneinde zijn patiënt zo goed mogelijk te kunnen adviseren.

Aan het slot van dit artikel volgen enkele getallen teneinde een beeld te kunnen vormen van de frequentie. Ook zal de huisarts nog meer in contact komen met de controlerende artsen die tegenwoordig vrij algemeen verzekeringsgeneeskundigen (VG) worden genoemd.

Zoals gezegd blijft de ZW in handen van de bedrijfsverenigingen, die daarvoor gebruik maken van een eigen administratief en medisch apparaat (de zogenaamde zelfadministrerende BV'en) dan wel hun administratie opdragen aan het GAK. Ongeveer tweederde van alle verzekerden wordt beoordeeld door de artsen van het GAK. Het collegiaal overleg, dat tientallen jaren in goede harmonie werd gevoerd, zal blijven bestaan. De scheiding van behandeling en controle heeft echter wel meegebracht dat een aantal behandelende artsen zich gedistantieerd heeft van het werk, van de werkomstandigheden en zelfs van werkhervatting. Dit is jammer, want zowel het advies tot staken van het werk als het advies van hervatten van werk moet als een onderdeel van de therapie worden gezien.

De huisarts zal echter nog meer worden betrok-

ken bij de uitvoering van de ZW in verband met de genoemde arbeidstherapie (zie belangrijke bepalingen van de Ziektewet onder 4), omdat het belang van de patiënt en de medische ethiek vereisen dat de huisarts, die de patiënt behandelt, hierin wordt gekend. Bovendien zal blijken dat ook de WAO het aantal contactpunten zal vergroten. Hiervoor is het nodig wat langer stil te staan bij de uitvoering van de WAO. Reeds werd opgemerkt dat de uitvoering van de WAO, evenals de ZW, zal geschieden door de Bedrijfsverenigingen, maar de sociaal-medische, arbeidsdeskundige en loondeskundige onderdelen van de WAO mogen alleen worden opgedragen aan de GMD. Dit betekent dat voor deze onderdelen de Bedrijfsvereniging geen advies mag vragen aan haar eigen medische dienst maar uitsluitend aan de GMD.

Het inmiddels gevormde Bestuur van de GMD heeft een directeur aangesteld en artsen en arbeidsdeskundigen aangetrokken. De administratie van de GMD is opgedragen aan het GAK. Voor een goed begrip is het nuttig er op te wijzen dat de Bedrijfsverenigingen voor de uitvoering van de ZW gebruik maken van hun eigen medische diensten, respectievelijk die van het GAK, maar dat de GMD zoals de naam aangeeft voor alle Bedrijfsverenigingen werkt. De Bedrijfsvereniging dient in bepaalde in de wet genoemde gevallen geen beslissing te nemen voor zij een advies van de GMD heeft ontvangen. Het gaat hierbij onder meer om beslissingen met betrekking tot toekenning herziening, beëindiging en heropening van de uitkering waarbij de invaliditeitsschatting een grote rol speelt.

De GMD kan de revalideerbaarheid van de verzekerde beoordelen en adviseert eventueel de Bedrijfsvereniging tot het in aanmerking brengen voor een voorziening. Besluit de Bedrijfsvereniging hiertoe dan bevordert de GMD dat de voorziening tot stand komt en volgt het beloop en beoordeelt het resultaat.

Uit het hierboven gestelde over de uitvoering van de ZW en WAO blijkt dat een patiënt gedurende zijn arbeidsongeschiktheid gedurende maximaal één jaar wordt beoordeeld door de verzekeringsgeneeskundige van de betrokken Bedrijfsvereniging, terwijl voor het beoordelen van de restvaliditeit het oordeel van de medicus van de GMD wordt verlangd. Het spreekt vanzelf dat het in het belang van de patiënt is wanneer de overgang van de ene medische dienst naar de andere zo soepel mogelijk verloopt met zo weinig mogelijk dubblures van onderzoek.

Niet alleen na afloop van het jaar (de zogenaamde wachttijd WAO) is er contact tussen beide diensten. Art. 22a van de Organisatiewet Sociale Verzekering geeft een omschrijving van de werkzaamheden welke samenhangen met en voortvloeien uit de adviserende taak van de GMD. In dit verband is van belang het bepaalde in Art. 71 van de WAO, hetwelk imperatief voorschrijft dat de Bedrijfsvereniging voor het nemen van beslissingen ingevolge

bepaalde artikelen uit de WAO het advies vraagt aan de GMD. Zo'n advies van de GMD is onder andere vereist bij:

1. het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid en het daarmee samenhangende percentage van de uitkering;
2. het bepalen of er een toestand van hulpbehoevendheid aanwezig is welke geregelde oppassing en verzorging wenselijk maakt;
3. het geven van voorschriften aan zieken zowel in de ZW-periode als tijdens de WAO-uitkering in het belang van de behandeling of genezing of tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid.

Dit betekent dus dat de GMD niet alleen na een jaar de restvaliditeit moet vaststellen maar reeds gedurende het ZW-jaar de nodige activiteiten moet ontwikkelen teneinde in samenwerking met de controlerend geneeskundige van de ZW te trachten de validiteit zoveel mogelijk te bevorderen.

In dit verband is nog van belang Art. 71a, waarin wordt bepaald dat de Bedrijfsvereniging mededeling doet aan de GMD van die gevallen, waarin dit noodzakelijk is voor bovenomschreven werkzaamheden; bovendien moet elk ziektegeval door de bedrijfsvereniging worden gemeld aan de GMD wanneer het 13 weken heeft geduurd. Uit het bovenstaande vloeit voort, dat een intensief overleg tussen de verzekeringsgeneeskundigen van de Bedrijfsverenigingen en van de GMD noodzakelijk is.

In de volgens de wet ingestelde Organen van Overleg werd reeds nagegaan hoe hier een functionele eenheid tot stand kan komen. Een interne regeling is echter ontoereikend. Het is voor de betrokken artsen van de medische diensten van de Bedrijfsverenigingen enerzijds en de GMD als adviesorgaan van alle Bedrijfsverenigingen anderzijds van het grootste belang dat hun functionele eenheid ook extern tot gelding wordt gebracht, zodat de behandelende artsen de medische diensten der zelfadministrerende Bedrijfsverenigingen en het GAK enerzijds en de GMD anderzijds als één geheel zien.

* * *

Het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft een Coördinatiecommissie GMD ingesteld. Deze commissie heeft inmiddels een interimrapport uitgebracht* over de coördinatie van taken van de artsen verbonden aan de verschillende uitvoeringsorganen. In een vervolgrapport zal de taak van de behandelend arts ten aanzien van de uitvoering der sociale verzekeringswetten worden belicht.

Uit het voorgaande blijkt dat de verzekerings-

* (1967) Medisch Contact 22, 78.

geneeskundige ZW bepaalde gevallen moet melden aan de GMD en op het tijdstip van 13 weken alle gevallen. Het is voor goede verstandhouding met de huisartsen noodzakelijk dat deze op de hoogte worden gesteld van deze melding. Eveneens is het terwille van zijn patiënt noodzakelijk dat de huisarts op de hoogte wordt gebracht van de beslissingen van de BV naar aanleiding van het advies van de GMD. Dit kan betreffen een beslissing over:

- a. hoogte WAO-uitkering (invaliditeitspercentage);
- b. wijzigingen van het percentage;
- c. voorzieningen welke getroffen moeten worden;
- d. het verlenen van een toelage wegens inkomstenderving;
- e. verhoging van het percentage bij hulpbehoevendheid.

De medische dienst van de BV zal naar mijn mening zorg moeten dragen dat de huisarts wordt ingelicht hierover al zal in een groot aantal gevallen reeds contact zijn geweest tussen de arts van de GMD en de huisarts, waardoor de huisarts op de hoogte kan zijn van het advies van de GMD.

Volledigheidshalve noem ik hier het verplicht overleg dat opgenomen is in de reglementen van de Maatschappij. Bij verschil van mening tussen de bg en de GMD-arts over een in te stellen medische behandeling kan een van de partijen het verplicht overleg aanvragen, waarbij alsnog zal worden getracht tot een gemeenschappelijk standpunt te komen. De ervaring met het vrijwillig overleg, dat praktisch nooit faalt, doet verwachten dat het verplicht overleg een doodgeboren kind zal blijken te zijn.

Voor de huisarts is het belangrijk te weten om hoeveel patiënten het zal gaan. Hiertoe dienen de volgende berekeningen, die uiteraard slechts zeer globaal kunnen zijn. De ervaring leert dat 96 procent van de ziekgemelde patiënten binnen 3 maanden volledig het werk hervat en dat 99 procent binnen het jaar arbeidsgeschikt is. Dit betekent dat slechts 1 procent langer dan 1 jaar arbeidsongeschikt is. Hiervan wordt uiteraard nog een deel volledig arbeidsgeschikt.

Verwacht worden na invoering van de nieuwe ZW per jaar \pm 2.500.000 meldingen voor alle Bedrijfsverenigingen tezamen, hetgeen betekent dat per jaar:

4 procent = 100.000 verzekerden langer dan 3 maanden ziek zijn;

1 procent = 25.000 verzekerden in aanmerking komen voor een WAO-uitkering.

Op zichzelf lijkt dat niet veel want als er \pm 5.000 huisartsen zijn betekent dit dat gemiddeld iedere huisarts 5 patiënten per jaar in aanmerking ziet komen voor een invaliditeitsuitkering. Het aantal contacten met de GMD zal echter veel groter zijn, hetgeen aan de volgende zeer globale berekening wordt ontleend. Van de bovengenoemde

100.000 patiënten worden 75.000 geschikt voor het eigen werk voor het jaar om is en nog 5.000 hebben meer dan een jaar nodig om volledig arbeidsgeschikt te worden. Van de resterende 20.000 patiënten zijn \pm 14.000 blijvend ongeschikt voor alle werkzaamheden en \pm 6.000 blijvend ongeschikt voor het eigen werk, maar wel geschikt voor ander werk.

In schema ziet deze berekening er als volgt uit:

100.000 patiënten hebben een ziekte die langer duurt dan 3 maanden met de volgende consequenties:

75.000 worden geschikt binnen het jaar
5.000 worden geschikt na een jaar
14.000 zijn blijvend arbeidsongeschikt voor alle werkzaamheden
6.000 zijn of worden geschikt voor ander werk

100.000

Uit het bovenstaande volgt:

25.000 patiënten komen in aanmerking voor WAO-uitkering

80.000 patiënten, die weer geschikt worden, *kunnen* in aanmerking komen voor bepaalde voorzieningen

14.000 patiënten, die blijvend arbeidsongeschikt zijn voor alle werkzaamheden, *kunnen* in aanmerking komen voor verhoging van het uitkeringspercentage bij hulpbehoevendheid *

6.000 patiënten, die geschikt zijn voor ander werk, kunnen in aanmerking komen voor sociale revalidatie.

Bij een aantal van 5.000 huisartsen heeft gemiddeld iedere huisarts per jaar onder zijn patiënten, die verzekerd zijn krachtens ZW en WAO:

5 patiënten die in aanmerking komen voor WAO-uitkering

16 patiënten die langer dan 3 maanden ziek zijn en weer volledig geschikt worden

3 patiënten die blijvend ongeschikt voor alle werkzaamheden zijn

1 patiënt die blijvend arbeidsongeschikt is voor zijn werk maar geschikt wordt voor ander werk.

De contacten van de huisarts met de artsen van de ZW zijn uiteraard oneindig veel groter en intensiever omdat de controlerend geneeskundigen ZW eigenlijk het voorbereidende werk voor de GMD doen. Deze artsen hebben het eerst contact met de verzekerden en met de behandelend geneeskundi-

* Volledigheidshalve zij vermeld dat niet uitsluitend degenen, die blijvend ongeschikt zijn voor alle werkzaamheden, doch in principe iedere uitkeringsgerechtigde krachtens de WAO — die in een althans voorlopig blijvende toestand van hulpbehoevendheid verkeert welke geregeld oppassing en verzorging nodig maakt — in aanmerking kan komen voor een verhoging van zijn uitkering tot maximaal 100 procent van zijn dagloon, mits zijn uitkering wordt gerekend naar volledige arbeidsongeschiktheid (Klasse 80 - 100 procent).

ge en moeten beoordelen welke patiënten moeten worden gemeld aan de GMD. Wanneer er reden is om over de therapie van gedachten te wisselen zal de controlerend geneeskundige ZW dit in het algemeen het eerst doen en ook in dit opzicht het voorbereidende werk voor de GMD ter hand nemen. Het is ook voor de patiënt belangrijk dat een goed contact tussen controlerend en behandelend geneeskundige bestaat omdat het voor de doorsnee patiënt onbegrijpelijk zal zijn waarom in bepaalde gevallen binnen het jaar en in alle gevallen na 1 jaar een andere arts hem voor *dezelfde* Bedrijfsvereniging moet beoordelen.

Ter informatie van de huisarts zij hier nog vermeld dat de controlerend geneeskundige ZW veel meer dan voorheen te maken krijgt met patiënten, die door een ongeval zijn getroffen, omdat thans ook de bedrijfsongevallen onder de ziekwet zijn gebracht. Teneinde deze beoordeling zo deskundig mogelijk te doen geschieden en om de revalidatie en het overleg met de huisarts respectievelijk specialist zoveel mogelijk tot zijn recht te laten komen heeft het GAK een dertiental ongevalsdeskundigen aangesteld, die onder leiding staan van de adviseerend chirurg, Dr. Eeftinck Schattenkerk. Deze ongevalsdeskundigen, wier rayons samenvallen met die van de districts adviserend geneeskundigen, zullen voor de controlerend geneeskundigen optreden als consulent bij de beoordeling van ongevalsgetroffenen. Ook ligt hier dus een uitbreiding van het contact met de huisarts.

* * *

Tot slot wil ik hier nog aangeven wat bij de beoordeling van een patiënt, die in aanmerking komt voor een uitkering krachtens de ZW of WAO, van belang is voor de huisarts:

1. Medewerking aan een zo kort mogelijk verzuim. Het advies tot staken van het werk en het advies tot hervatten van het werk is een onderdeel van de therapie. De behandelend arts dient zijn patiënt duidelijk te zeggen wanneer verzuim niet langer gemotiveerd is en de patiënt hoeft niet eerst een beslissing van de verzekeringsgeneeskundige af te wachten.
2. Kennis van de belangrijkste bepalingen van ZW en WAO is noodzakelijk, niet alleen in verband met de uitkeringen, maar ook in verband met revalidatie en herplaatsing. Medewerking bij de toepassing van Art. 30 ZW. Bij blijvende ongeschiktheid voor zijn werk, terwijl de verzekerde wel geschikt is voor ander werk, dient de behandelend arts dit mede te delen aan de patiënt zodra dit medisch verantwoord is en medewerking verlenen om de patiënt elders geplaatst te krijgen.
3. De behandelend arts geve de patiënt voorlichting wat betreft het criterium van de WAO, dat wil zeggen de patiënt krijgt uitkering naar de

mate van invaliditeit en de rest-validiteit moet optimaal worden benut.

4. Ingeval er sprake is van een toestand van hulpbehoefendheid kan de behandelend arts aanvragen het percentage van uitkering te verhogen van 80 naar 100.
5. Bij duidelijke toename van de invaliditeit kan de behandelend arts een aanvraag tot verhoging van het percentage indienen.
6. De behandelend arts kan aan de bedrijfsvereniging vragen sancties toe te passen wanneer tijdens ZW of WAO-uitkering de patiënt de medische voorschriften niet opvolgt, terwijl dit kenmerk in het belang van de patiënt is. Hiermee kunnen grote bedragen, die door de gemeenschap worden opgebracht, zijn gemoeid.

7. De revalidatie is voor een belangrijk deel een medische handeling en hoort dus in handen van de behandelend arts. De WAO legt wel sterk de nadruk op de taak van de GMD om verzekerden in aanmerking te doen komen voor voorzieningen ter revalidatie. Het is de plicht van de behandelend arts de revalidatie zo goed mogelijk aan te pakken en te zorgen dat het nooit tot een „verplicht” overleg komt.

Samenwerking met de GMD is zeker noodzakelijk wanneer de sociale revalidatie een aanvang neemt en er sprake is van omscholing, herscholing en tewerkstelling elders. Omdat er geen scherpe grenzen tussen medische en sociale revalidatie zijn te trekken en beide in het revalidatieplan moeten worden opgenomen kan vroegtijdig overleg met de GMD noodzakelijk zijn.

Praktische moeilijkheden van groepsonderzoeken door huisartsen

DOOR DR. W. VASBINDER, ARTS TE GRAMSBERGEN

Wij zullen ons in dit artikel beperken tot de praktische moeilijkheden, die zich voordoen bij onderzoekingen door een grote groep huisartsen. Het zijn namelijk deze onderzoekingen, die zich het best lenen tot een bespreking van algemene aard. Bij onderzoekingen door een kleine groep zijn de moeilijkheden gewoonlijk zeer sterk gebonden aan de aard van de groep en de aard van het onderzoek; bij onderzoekingen door een grote groep zijn er speciale moeilijkheden, die zich altijd zullen voordoen en die daarom voor een bespreking geschikt zijn.

Het verschil zit in de werkwijze. Bij een kleine groep heeft men te maken met een aantal mensen die zich met elkaar hebben beraden over het opzetten van een bepaald onderzoek en dit vervolgens met elkaar uitvoeren. De moeilijkheden die zich voordoen, zijn telkens weer andere en zij zullen die met elkander oplossen. Bij grote groepen daarentegen is er een klein aantal speciaal geïnteresseerden, die met elkaar de zaak opzetten, maar die voor de uitvoering ervan een groot aantal artsen nodig hebben, artsen, die over het algemeen wel voldoende geïnteresseerd zijn om hun medewerking toe te zeggen, maar die op de opzet en de verdere gang van zaken geen invloed hebben. Bij dit soort onderzoekingen doen zich moeilijkheden voor, die zich toespitsen op één belangrijke vraag, namelijk: Hoe wordt bereikt, dat er voldoende gegevens worden verzameld om het onderzoek te doen slagen?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zal men eerst moeten weten hoeveel gegevens er nodig zijn, een vraag die gewoonlijk alleen maar bij benadering zal zijn te beantwoorden. In de praktijk komt het hierop neer dat wordt geschat hoeveel gegevens

zouden kunnen worden verzameld en dat men zich dan afvraagt of dit aantal voldoende zal zijn om conclusies te kunnen trekken ten aanzien van de vraagstelling. Een statisticus zal hierbij altijd een belangrijke stem in het kapittel hebben. Wanneer het waarschijnlijk lijkt dat er voldoende gegevens kunnen worden verkregen dan kan het onderzoek worden verricht. De in de vorige alinea gestelde vraag wordt nu veranderd in: Hoe verzamelen wij zoveel mogelijk gegevens om de kansen voor het welslagen zo groot mogelijk te maken?

Deze vraag kan worden gesplitst in enkele onderdelen:

Hoe verzamelen wij zoveel mogelijk deelnemers?

Hoe bereiken wij dat zij blijven meedoen gedurende het gehele onderzoek?

Hoe bereiken wij dat alle gegevens binnenkomen?

De vraag naar het aantal gegevens per deelnemer is gewoonlijk niet belangrijk. De bedoeling is meestal, dat de medewerkers alle gegevens over een bepaalde periode insturen of wanneer dat te veel zou zijn gevraagd een van te voren vastgesteld gedeelte, bijvoorbeeld de gegevens van bepaalde dagen in de week of maand.

Van het antwoord op bovenstaande vragen hangt af of het onderzoek wel of niet kan worden ondernomen. Wanneer het onmogelijk is om voldoende deelnemers te verzamelen is daarmee het onderzoek van de baan. Het geeft geen pas om met een te klein aantal te beginnen in de hoop, dat op miraculeuze wijze uit de gegevens toch conclusies zullen zijn te trekken. Wanneer evenwel het aantal wel voldoende is, dan beginnen de praktische moeilijkheden van de werkgroep pas