

De huisarts als advocaat

Kanttekeningen bij het begrip ziekte in de zin van de Ziektewet

FRANS MEIJMAN*

De confrontatie met problemen uit de randgebieden van de huisartsgeneeskunde kan bij een huisarts twee soorten reacties oproepen. Hij kan zich incompetent achten, de patiënt verwijzen en, in het beste geval, belangstellend kennis nemen van het verdere verloop. Hij kan ook trachten zich het benodigde inzicht alsnog eigen te maken. De uitvoering van de Ziektewet is zo'n randgebied waarin zich nogal eens problemen voordoen. Het verslag van een buitendisciplinaire verkenning.

Inleiding

De wettelijke regeling van de sociale zekerheid is een complex geheel. De huisarts raakt er dagelijks direct of indirect bij betrokken. Een belangrijk aspect wordt gevormd door de aanspraken van patiënten op ziekengeld wegens arbeidsongeschiktheid door ziekte en gebrek. De beoordeling van arbeidsongeschiktheid op grond van ziekte wordt algemeen als moeilijk onderkend.

In Nederland neemt een bedrijfsvereniging op advies van een verzekeringsgeneeskundige een beslissing over de arbeids(on)geschiktheid. De verzekerde werknemer kan tegen een beslissing in beroep gaan bij een Raad van Beroep.

Mijn betrokkenheid bij beroepsprocedures van enige patiënten bracht mij ertoe me te verdiepen in enkele aspecten van de Ziektewet. In deze beschouwing wil ik een paar kanttekeningen plaatsen bij de onduidelijkheid van het gehanteerde ziektebegrip dat ik bij mijn literatuuronderzoekje tegenkwam.** Bovendien maak ik enkele opmerkingen over de rechtsbescherming van de verzekerden, die niet optimaal is. Dit verslag is zeker niet volledig, maar vormt wellicht een aanzet tot verdere discussie.

* Huisarts, afdeling studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam.

** Polak (1963, 1979) ging mij voor: ik heb dankbaar gebruik gemaakt van zijn opmerkingen.

*** Het tweede lid van dit artikel, waarin zwangerschap en gebrek gelijk zijn gesteld met ziekte, blijft voorlopig buiten beschouwing. Het begrip gebrek is immers pas later als criterium toegevoegd.

Ziekte versus gebrek

Bij de bestudering van het begrip ziekte in de zin van de Ziektewet vormt artikel 19 lid 1 het uitgangspunt: „De verzekerde heeft bij ongeschiktheid tot het verrichten van zijn arbeid wegens ziekte recht op ziekengeld overeenkomstig het bij of krachtens deze wet bepaalde”. Behalve in „zijn arbeid” schuilen de interpretatieproblemen vooral in „ziekte” en „ongeschiktheid”. Welk ziektebegrip wordt gehanteerd?

In de periode die volgde op het in werking treden van de Ziektewet (1930) heerste aanvankelijk een ruime opvatting: recht op uitkering ontstond door elke stoornis in functie van lichaam of geest die een verzekerde voor zijn arbeid ongeschikt maakte. In de volgende jaren ging de strijd enerzijds om de afgrenzing ten opzichte van invaliditeit in de zin van de Invaliditeitswet – met als criterium de onmogelijkheid van herstel –, anderzijds om het onderscheid tussen gebrek (stationair karakter) en ziekte (procesmatig karakter). In 1936 werd door de Centrale Raad van Beroep, het hoogste administratieve rechtscollege, „het” ziektebegrip overgenomen uit „de medische wereld”, op voordracht van de medici Hijmans van de Bergh en Baart de la Faille. Hun rapport geeft als definitie van ziekte: „Verschijnselen van abnormale aard in de geestelijke of lichamelijke gesteldheid zijn ziekelijk als zij reacties zijn van weefsels en cellen opgewekt door oorzaken die het functionele evenwicht van het organisme dreigen te verstoren, hetwelk ernaar schijnt te streven dit even-

wicht te herstellen of zich op een nieuw evenwicht in te stellen” (Polak 1963). Vanaf 1936 werd derhalve het dynamische ziektebegrip gehanteerd. Gebrek vormde een uitsluitingsgrond voor ziekengeld.

Het onderscheid tussen ziekte en gebrek plaatste de Centrale Raad voor onontwarpbare kluwens van tegenstrijdige meningen van deskundigen. De grens tussen ziekte en gebrek is immers vaak niet aanwijsbaar. Er deden zich vele probleemgevallen voor, zoals vegetatieve neurose, surmenage, psychosomatosen en spondylose. In 1962 stelden de hoogleraren in de sociale geneeskunde Hornstra en Mertens in een rapport aan de Centrale Raad voor aan het begrip ziekte een beperktere interpretatie te geven, die onder meer tot gevolg zou hebben dat in evenwicht verkerende degeneratieve aandoeningen en gecompenseerde diabetes geen ziekten zouden zijn. In 1963 besloot de Centrale Raad echter als richtsnoer te handhaven hetgeen onder ziekte naar „zuiver medisch oordeel” moet worden verstaan. Zij bleek niet geneigd een engere interpretatie te volgen dan voorheen aan het begrip ziekte gegeven was.

Uiteindelijk kwam in 1967 een belangrijk deel van de interpretatie-problematiek tot het verleden te behoren. In een wetswijziging werd gebrek gelijkgesteld met ziekte.

Geneeskundige verklaring

De gelijkstelling van gebrek en ziekte maakte een eind aan veel onzekerheid. Het essentiële probleem wordt er echter niet mee opgelost: subjectiviteit is immers inherent aan het beoordelen van ziekten. De vaststelling van ziekte (of gebrek) berust op een „zuiver medisch oordeel”. Vaak gaat het echter om klachten die niet of moeilijk objectiveerbaar zijn. Het oordeel ziek of niet-ziek hangt af van de beslissing van een individuele arts, zoals een verzekeringsgeneeskundige of een vaste deskundige bij een Raad van Beroep. Deze beschikt niet over een objectieve maat om mee te meten. Hippocrates heeft dit reeds gemuleerd: „Er bestaat geen gewicht, geen vorm noch berekening waarnaar men zijn oordeel over ziekte en gezondheid kan afmeten. In de geneeskunde bestaat zekerheid slechts in het brein van de arts.” (Schoormans Stekhoven). De verzekeringsgeneeskundige of vaste deskundige zal oordelen vanuit zijn subjectieve interpretatie van verworven kennis en inzichten. Bovendien hanteert hij daarbij een maatschappijbeeld

dat veelal anders is dan dat van de (klagende) werknemer.

Hoewel de bedrijfsvereniging of de Raad van Beroep formeel de beslissing over arbeids(on)geschiktheid neemt, is de geneeskundige verklaring doorslaggevend. Enkele uitspraken van de Centrale Raad van Beroep kunnen dit illustreren:

- Onder ongeschiktheid tot werken dient te worden verstaan het op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten niet kunnen of mogen verrichten van de in aanmerking komende arbeid. Dit is slechts dan het geval indien de bij betrokkene gewekte of bestaande indruk dat hij zijn arbeid niet meer volledig kan of mag verrichten door de uiteindelijke geneeskundige bevindingen wordt gedekt. (CRvB 6 april 1977, RsprSV 1977/213).

- ...en onder ongeschiktheid kan niet mede worden begrepen de enkele bij een verzekerde te goeder trouw bestaande gesteltnis om – in weerwil van een hem door de controlerend geneesheer van een bedrijfsvereniging gedane mededeling – zich subjectief niet in staat te achten zijn arbeid te verrichten (CRvB 29 september 1970, RsprSV 1971/71).

- Voor de beantwoording van de vraag of iemand met psychogene klachten arbeidsongeschikt is, moet het laatste woord worden gelaten aan de zenuwarts. (CRvB 3 november 1964, RsprSV 1964/189).

- Bij reële functionele klachten wordt arbeidsongeschiktheid wegens ziekte aangenomen. (CRvB 17 juli 1962, RsprSV 1962/167).

Juristen vragen om zekerheden die de arts niet kan geven, om bewijs dat door de arts niet geleverd kan worden en om grensbeoordeling, terwijl de arts geen grenzen kent. In de praktijk zal dit alles betekenen, dat een verzekeringsgeneeskundige of vaste deskundige vanuit een drang naar objectiviteit geneigd zal zijn de aanwezigheid van aantoonbare afwijkingen van de „norm” als criterium te hanteren. Een eenzijdig beoordelingscriterium dreigt des te meer als de vaste deskundige een specialist is die redeneert vanuit de overweging „op mijn terrein wel of geen afwijkingen”. Hij zal bij een dergelijke benadering te weinig oog hebben voor de totale problematiek die tot het ziekteverzuim geleid heeft. Het is niet onwaarschijnlijk dat een orthopedisch chirurg een verzekerde met een lage-rugpijn syndroom zonder objectiveerbare afwijkingen en zonder manifeste fysieke overbelasting

in het werk, arbeidsgeschied zal achten. Een vaste deskundige die daarentegen oordeelt vanuit een bredere optiek, zoals een huisarts, zal in hetzelfde geval de psychosociale overbelasting (gezin, werkomstandigheden, werkloosheidsdreiging) bij zijn oordeel betrekken en mede op die grond tot arbeidsongeschiktheid besluiten.

Momenteel krijgt een klager door de voorzitter van een Raad van Beroep echter meestal een specialist als vaste deskundige toegewezen. Het is aan de voorzitter om te bepalen welke vaste deskundige rapport zal uitbrengen en hij zal zich daarbij veelal richten naar het specialisme waarbij de verzekerde in de behandelende sector beland is. Juist in probleemgevallen doet zich dit nogal eens voor en is het contact met de huisarts minimaal. De patiënt „loopt” immers bij zijn specialist, vaak mede op aandrang van de kant van de verzekeringsgeneeskundige.

Door dit gebrekkige contact zal een verzekerde die in beroep gaat, niet snel zijn huisarts van tevoren raadplegen. De huisarts zou echter een belangrijke invloed op de keuze van een vaste deskundige kunnen hebben door zijn advies aan de voorzitter van de Raad van Beroep kenbaar te maken in een bijlage bij het klaagschrift van zijn patiënt. Een dergelijk geschrift kan in eerste instantie een beperkt karakter dragen. Het is voornamelijk bedoeld om de voorzitter te attenderen op de betrokkenheid van de huisarts en om de voorzitter overwegingen te bieden bij het bepalen van de keuze van een vaste deskundige.

Bij veel klachten van functionele aard of bij overbelastingssyndromen dienen de betreffende verzekerden eigenlijk een huisarts als vaste deskundige toegewezen te krijgen. Momenteel wordt het echter meestal een orgaan-specialist of in het meest „gunstige” geval een psychiater, die echter ook geneigd zal zijn te toetsen op „harde” psychiatrische symptomen die er in de betreffende gevallen niet zijn.

Oordeel huisarts

De verzekerde ziet zich geplaatst tegenover een verzekeringsgeneeskundige of vaste deskundige die zal oordelen vanuit diens beperkte en subjectieve optiek. Hij zal daarom nogal eens behoefte hebben aan een „medisch adviseur” die oog heeft voor het brede scala aan factoren en belangen. De huisarts is hiervoor de meest aangewezen persoon. Daartoe dient echter aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan.

Een gebrekkige huisarts-patiënt relatie brengt met zich mee dat de patiënt zijn huisarts niet of niet op tijd zal raadplegen. Men kan zich afvragen of het niet tot de normale huisartsgeneeskundige surveillance en het anticiperend handelen zou moeten behoren om zich tijdig belangstellend te tonen voor (te verwachten) verzekeringsgeneeskundige perikelen van een patiënt of diens gezinsleden. Het is natuurlijk mogelijk dat een huisarts te weinig vertrouwen van een patiënt geniet om in deze als adviseur op te treden. Het is dan aan de huisarts om duidelijk te maken wat er van hem te verwachten is. Daarbij zal het meer gaan om probleemverheldering en „agressieregulatie” dan om een functie als amateur-advocaat. Niet zelden zal echter het wederzijds vertrouwen ondermijnd zijn doordat de huisarts zijn twijfels heeft (en im- of expliciet kenbaar maakt) omtrent de authenticiteit, de zin of haalbaarheid van een beroepsprocedure.

Voorts zal de huisarts met lede ogen aanzien dat de patiënt in de stellingenoorlog, die een beroepsprocedure veelal betekent, het machtige wapen van de somatische fixatie moet hanteren. Indammen van dat wapengeweld zal bij de patiënt echter pas mogelijk zijn als diens materiële belangen gewaarborgd zijn en aan zijn rechtsgevoel in redelijke mate is tegemoetgekomen. Bovendien zal het wapen minder (krachtig) in de strijd worden gebracht indien de noodzaak daartoe ontbreekt. In daarvoor in aanmerking komende gevallen kan de huisarts op de boven beschreven wijze zijn invloed aanwenden om een huisarts als vaste deskundige te doen aanstellen.

In dit licht bezien verdient het aanbeveling kandidaat-klagers te adviseren hun behandelend arts en/of huisarts te raadplegen alvorens een klaagschrift in te dienen. Het ligt op de weg van juridische hulpverleners hierin actief te zijn. Voor de huisartsenorganisaties ligt er de mogelijkheid ter zake contact op te nemen met de uitvoeringsorganen en rechtscolleges voor de loondervingswetten. In het betreffende overleg kan er tevens op worden aangedrongen dat vaste deskundigen hun wettelijke verplichting om de behandelend arts van de klager in de gelegenheid te stellen zijn mening kenbaar te maken, zo ruim opvatten dat zij die gelegenheid eveneens bieden aan de huisarts van de klager, als deze niet (meer) de behandelend arts is. Hiertoe is de vaste deskundige momenteel niet verplicht. Voor de huisarts biedt dit de gelegenheid, waar mogelijk en aangewezen, het contact met de pa-

tiënt te herstellen. In overleg met deze kan de huisarts dan zijn mening kenbaar maken. Jurisprudentie leert dat het oordeel van de huisarts wel degelijk van doorslaggevende invloed kan zijn (CRvB 3 mei 1974, RsprSV 1974/287). Terzijde zij opgemerkt dat het Beroepsreglement voorziet in de mogelijkheid dat de huisarts (of andere behandelend arts) aanwezig is bij het onderzoek van de klager door de vaste deskundige. Van verzekeringsgeneeskundige zijde wordt reeds geruime tijd aangedrongen op een actievere participatie van de behandelende sector bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, meestal toegespitst op het punt van de intercollegiale informatie-uitwisseling (*Grond en De Pater*). Terughoudendheid bij huisartsen is op velerlei gronden verklaarbaar en begrijpelijk. Het complexe karakter van een en ander, en de vrees voor vertroebeling van het hulpverleningscontact doet menig huisarts terugdeinzen voor een meer actieve opstelling. Het gezondheidsrendement van huisartsgeneeskundige zorg kan op de middellange termijn echter verhoogd worden door een gepaste bijdrage aan de begeleiding van verzekeringsgeneeskundige perikelen van patiënten. Het is de vraag in hoeverre er behoefte bestaat aan een instituut van „arts-advocaten” voor klagers bij een Raad van Beroep. Het lijkt niet mogelijk en het is zelfs ongewenst indien huisartsen zich in die richting zouden (moeten) ontwikkelen. Dat neemt niet weg dat een klager een dergelijke behoefte kan hebben bij het verdedigen van zijn belangen tegenover verzekeringsgeneeskundigen en vaste deskundigen, zeker indien hij de steun (om welke reden dan ook) uit de behandelende sector ontbeert. Overigens zou het nuttig effect van een arts-advocaat wel eens beperkt kunnen zijn. Geschillen van louter geneeskundige aard zijn immers niet voor hoger beroep (bij de Centrale Raad van Beroep) ontvankelijk, hoe opmerkelijk dit gezien de subjectiviteit inherent aan het ziektebegrip ook moge lijken.

Slotopmerkingen

Zelfs als de beoordelend arts in zijn geneeskundige verklaring van mening blijkt dat de klachten van een verzekerde reëel zijn, kan de ongeschiktheid voor bepaalde arbeid ook het gevolg worden geacht van een fysieke of psychische constitutie die niet als gebrek of ziekte in de zin van de Ziektewet kan worden aangemerkt. Dit geldt ook als de klachten op basis van deze constitutie

pas blijken in de werksituatie. In de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep treft men uitspraken aan over „tengere bouw”, „asthenische habitus en psychasthenische mentaliteit” en „karakterneurose”, die alle een uitsluitingsgrond voor ziekengeld bleken. Een dergelijk probleem kan zich ook voordoen bij „verval van krachten” bij het toenemen van de leeftijd. Van arbeidsongeschiktheid wegens gebrek is (slechts dan) sprake, indien het verval van krachten abnormaal vroeg intreedt. Anderzijds worden „ouderdomsgebreken” al sinds 1936 als ziekte aangemerkt. Deze opmerkingen illustreren nogmaals de subjectiviteit van het gehanteerde ziektebegrip en attenderen op valkuilen bij beroepszaken. In vergelijking met de zee van jurisprudentie over het begrip ziekte is de jurisprudentie over „(arbeids)ongeschiktheid” vrij mager. Hier moet nog gewezen worden op het pleidooi dat Polak (1979) gevoerd heeft voor een uitbreiding van de toepassing van het begrip ziekte bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Hij wees daarbij op de ondermijning van de rechtzekerheid die optreedt als de feitelijke arbeidsongeschiktheid die voortkomt uit diagnostische of therapeutische activiteiten van behandelend artsen, niet geacht wordt veroorzaakt te worden door ziekte of gebrek. Een van de voorbeelden betreft de observatie in een ziekenhuis die (achteraf!) niet voldoende gegrond werd geacht voor uitbetaling van ziekengeld. Strikte doorvoering van deze uitspraak zou vele behandelend artsen moeten doen terugdeinzen voor het (doen) verrichten van tijdrovende diagnostiek of therapie die achteraf onvoldoende in overeenstemming zou kunnen zijn met het beginsel dat slechts dan van ongeschiktheid tot werken sprake is, als de verzekerde op medische gronden, naar objectieve maatstaven gemeten, zijn arbeid niet kon of mocht verrichten. Met de kritiek die men hiertegen kan aanvoeren zijn we weer terug bij de strekking van deze beschouwing: de illusie dat objectieve maatstaven bij de beoordeling van ziekte of gebrek altijd en overal ter beschikking staan of bruikbaar zijn.

Tenslotte vraagt nog een geheel ander artikel uit de Ziektewet om aandacht, omdat kennis van deze bepalingen consequenties kan hebben voor de advisering en begeleiding van werknemers door de huisarts. Ik wil volstaan met de letterlijke vermelding van enige bepalingen uit artikel 44:

Het bestuur van de bedrijfsvereniging of van de afdelingskas is bevoegd de uitkering van ziekengeld geheel of ten dele te weigeren:

- a. *1e indien de ongeschiktheid tot werken bestond op het tijdstip dat de verzekering een aanvang nam.*
- 2e indien de ongeschiktheid tot werken binnen een half jaar na het tijdstip dat de verzekering een aanvang nam is ingetreden, terwijl de gezondheids-toestand van de betrokkene ten tijde van de aanvang van zijn verzekering het intreden van de ongeschiktheid tot werken binnen een half jaar kennelijk moest doen verwachten.*

(...)

- c. *indien de verzekerde niet binnen redelijke termijn geneeskundige hulp inroept en niet zich gedurende het gehele verloop der ziekte onder behandeling blijft stellen of indien hij de voorschriften van de behandelend geneesheer niet opvolgt.*

Het moge onder meer duidelijk zijn, dat men als huisarts beter niet lichtvaardig (uit welgemeende therapeutische overwegingen) aan een patiënt in nog labiele gezondheidstoestand het advies kan geven om maar eens een baan te zoeken en aan het werk te gaan. Voorts realiseren men zich de relativiteit van het gestelde onder c, laatste zinsnede. Bij strijd tussen de voorschriften van behandelend en controlerend geneesheer, respectievelijk de controlevoorschriften prevaleren die van de laatste (CRvB 8 juli 1943, AB 1943/588).

Conclusie

De vaststelling van ziekte in de zin van de Ziektewet impliceert de illusie dat objectieve maatstaven bij de beoordeling van ziekte of gebrek altijd en overal ter beschikking staan. De geneeskundige verklaring kan louter gebaseerd zijn op het subjectieve oordeel van een of meer artsen. Dit brengt voor verzekerden rechtsonzekerheid met zich mee waartegen deze onvoldoende beschermd zijn. Om de rechtsbescherming meer inhoud te geven is er voor de huisarts in voorkomende gevallen een taak weggelegd, niet zozeer als „advocaat”, maar meer als „medisch-juridisch adviseur” van zijn patiënten. Een alerte en soms zelfs actieve opstelling van de huisarts bij (dreigende) beroepsprocedures in het kader van de Ziektewet draagt niet alleen bij aan de rechtsbescherming van zijn patiënten, maar ook aan de preventie van somatische fixatie. Kennis van de relevante wetgeving is daarbij noodzakelijk.

Samenvatting. Vanuit de optiek van de huisarts wordt een beschouwing gewijd aan het begrip ziekte in de zin van de Ziektewet. Gewezen wordt op de subjectiviteit die inherent is aan de beoordeling van ziekte en gebrek. Dit brengt voor verzekerden rechtsonzekerheid met zich mee, waartegen zij onvoldoende beschermd zijn. Huisartsen kunnen in dezen bijdragen aan de verbetering van de rechtsbescherming van hun patiënten, en hiervoor worden enkele suggesties gedaan.

Summary. The general practitioner as lawyer. The illness concept in the sense of the Health Insurance Act is discussed from the point of view of the general practitioner. Special mention is made of the subjectivity inherent to assessment of illness and infirmity. To the insured, this means legal insecurity from which they are insufficiently protected. In this context, general practitioners can contribute to improved legal protection of their patients, and some suggestions in this respect are advanced.

- Grond, J. Th. H. en D. de Pater. Arts en arbeidsongeschiktheid. (1980) *Med. Contact* 37, 1131-1136.
- Polak, B. S. Het begrip ziekte in de zin van de Ziektewet. (1963) *Med. Contact* 18, 334-340.
- Polak, B. S. Het begrip ziekte in de zin van de Ziektewet. (1979) *Med. Contact* 32, 1018-1020.
- Schuurmans Stekhoven, W. Artsen als „deskundigen” voor een „rechter”. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 5, 177-181.

Vervolg literatuur van pag. 92.

- Preamble, Constitution of the World Health Organization. In: The first ten years of the World Health Organization. WHO, Geneva, 1958.
- Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. *De Tijdstroom, Lochem*, 1955.
- Querido, A. Doorgaand Verkeer – autobiografische fragmenten. *De Tijdstroom, Lochem/Poperinge*, 1980.
- Raamplangroep. Functie-omschrijving van de huisarts. (1981) *Med. Contact* 36, 652.
- Schouwstra, C. P. De continuïteit: „Een zorg voor de huisarts”. (1976) *Huisarts en Wetenschap* 19, 386-390.
- Spreeuwenberg, C. Huisarts en stervenshulp. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1981.
- Trimbos, K. Integrale geneeskunde (nà 20 jaar). (1976) *Maandbl. Geest. Volksgez.* 31, 2-10.

De invloed van de huisarts op het kortdurend ziekteverzuim

Een vergelijkend onderzoek*

B. V. M. CRUL**

Tot 1981 is in ons land het ziekteverzuim steeds toegenomen; in de afgelopen twintig jaar is het meer dan verdubbeld. De hiermee gepaard gaande kostenstijging is navenant: in 1980 werd alleen al aan ziektegeld 7 miljard gulden uitgekeerd. Mogelijke beïnvloeding van het ziekteverzuim is reeds lang onderwerp van studie, maar vreemd genoeg blijft de rol van de huisarts hierbij vrijwel geheel buiten beschouwing. Een groep huisartsen heeft een poging gedaan in deze leemte – althans gedeeltelijk – te voorzien.

Inleiding

De rol van de huisarts bij arbeidsongeschiktheid van zijn patiënten heeft zich de afgelopen honderd jaar nogal gewijzigd. Vóór 1900 gaven de huisartsen „ziektbriefjes” af aan instanties die personen voor ziekengeld en/of ziektekosten verzekerden. Met de Ongevalwet (1901) werd de controlerend geneesheer geïntroduceerd, daar de behandelend arts zich niet meer vrijblijvend kon opstellen; de tot op heden gevoerde discussie over de scheiding van behandeling en controle had een aanvang genomen (Grond). Belangrijke argumenten voor scheiding waren de mogelijke verstoring van de vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt, en de specifieke deskundigheid die vereist is voor het beoordelen van het recht op uitkering. De afstand die de behandelende sector hierdoor vaak nam van werk, werkomstandigheden en werkhervatting kan echter zeker niet altijd als „juist” worden bestempeld. Overigens heeft het tot circa 1955 geduurd voordat een eind kwam aan het schrijven van ziektebriefjes door huisartsen. Krachtens de – uit de Ongevallenwet voortgekomen – Ziektewet worden de

werknemers en daarmee gelijkgestelden verzekerd tegen de geldelijke gevolgen van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek gedurende ten hoogste één jaar (*Kleine gids*). De uitvoering van deze wet berust bij de bedrijfsverenigingen, die de beslissing of iemand arbeidsongeschikt is voor „zijn werk” opgedragen hebben aan hun verzekeringsgeneeskundigen. Vele huisartsen zijn als zodanig in een dubbel-functie werkzaam.

Tot 1981 is het ziekteverzuim toegenomen; in de afgelopen twintig jaar is het ruim verdubbeld. De mogelijke oorzaken zijn uitvoerig besproken in de literatuur. De kostenstijging die hiermee gepaard gaat, is navenant. In 1980 werd alleen aan ziektegeld 7 miljard gulden uitgekeerd, waarvan ongeveer 3 miljard voor kortdurend verzuim (*Grond en De Pater*; zie ook *Bremer e.a.*). Dit kortdurend verzuim, waarbij men binnen vier weken weer arbeidsgeschikt is, omvat 90 procent van alle ziektemeldingen. Deze groep wordt in die korte periode meestal niet door de verzekeringsgeneeskundige gezien, maar vaak wel door de huisarts.

De beïnvloeding van ziekteverzuim is reeds lang onderwerp van studie; *Smulders* bracht hierover in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken eenennegentig onderzoeken bijeen. In geen van deze onderzoeken wordt echter aandacht besteed aan de rol van de huisarts.

Vraagstelling en opzet

De vraagstelling luidde: *Wat is de invloed van de huisarts op het ziektever-*

* Het onderzoek is primair opgezet door de huisartsen J. P. A. Baars, C. H. Blaauw-Witteveen, B. V. M. Crul, O. S. van Hees, A. Verduyn-Leeuwen, M. A. Los, H. Roelofs, J. J. A. Vrolijk, R. W. Willems en M. A. M. van Wijk. Prof. Dr. H. de Jonge is dank verschuldigd voor zijn waardevolle adviezen en de statistische bewerking van het materiaal.

** Huisarts te Leiden, voorheen verzekeringsgeneeskundige GAK Haarlem.