

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.

zuim van de hem consulterende patiënt met „minor illness”? Onder minor illness verstanden wij in dit verband een ziekte die, naar verwacht mocht worden, een ziekteverzuim van minder dan vier weken tot gevolg zou hebben voor de betreffende patiënt.

Het onderzoek werd uitgevoerd in de regio Leiden door zesentwintig huisartsen en arts-assistenten in opleiding tot huisarts.

Gedurende één maand werden alle patiënten die hen consulteerden in verband met ziekte en die tevoren normaal hadden gewerkt, aselekt ingedeeld in twee groepen; dit gebeurde op een zodanige wijze dat steeds al bij de aanvang van het consult vaststond bij welke groep de betreffende patiënt was ingedeeld. In alle gevallen maakte de huisarts een schatting van het aantal dagen dat de patiënt medisch gezien zou moeten verzuimen; alle dagen van de week golden hierbij als werkdag. Bij de patiënten van groep A werd tijdens het consult het werk niet ter sprake gebracht en zij bleven ook onkundig van de schatting van de huisarts. Bij de patiënten van groep B werd wél over het werk gesproken, waarbij de huisarts een datum noemde waarop de patiënt volgens hem weer aan het werk zou kunnen. Bij een hernieuwd consult tijdens dezelfde ziekteperiode kon de oorspronkelijke schatting eventueel bijgesteld worden.

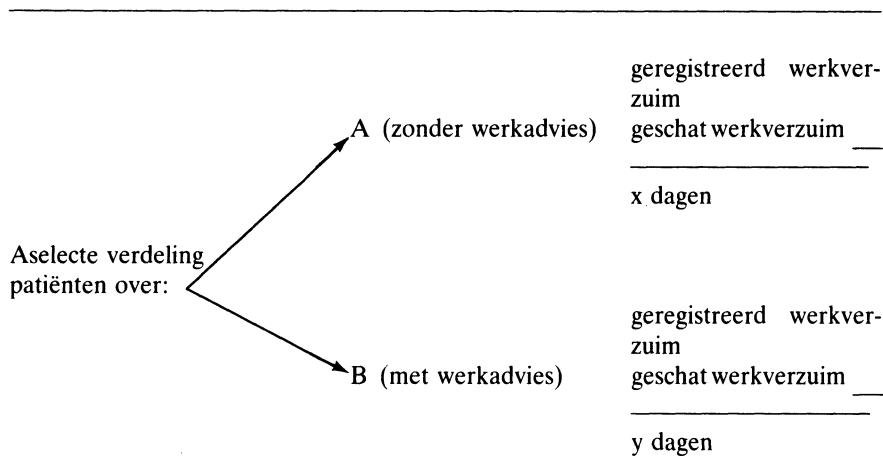
Het aantal dagen dat de patiënt uiteindelijk werkelijk verzuimde, werd vastgesteld aan de hand van gegevens van het GAK en een aantal bedrijfsverenigingen. In verband hiermee konden alleen werknemers gecontroleerd door deze instanties, toegelaten worden tot het onderzoek. Op basis van het geregistreerde en het geschatte werkverzuim kon vervolgens onderzocht worden in hoeverre de groepen A en B zich van elkaar onderscheidden (*schema*). Deze gegevens werden met personalia en diagnoses zodanig genoteerd, dat verdere verwerking middels een computer mogelijk was. Uiteindelijk bleken 164 patiënten te voldoen aan nagenoeg alle gestelde criteria.

Resultaten

Tabel 1 geeft een onderverdeling van de twee groepen patiënten naar controlerende instantie, tabel 2 naar leeftijd en tabel 3 naar geslacht. In tabel 4 zijn de primair ziekteverzuim-bepalende diagnoses vermeld.

Onder de eenennegentig patiënten van groep A (geen werkadvis) bleken er

Schema. De opzet van het onderzoek.



Tabel 1. De controlerende instanties ingevolge de Ziektewet.

Instanties	Aantallen			Percentages*		
	A	B	Totaal	A	B	Totaal
GAK	49	43	92	30	26	56
BV Gezondheidszorg	9	4	13	5	2	8
BV Bouwnijverheid	15	12	27	9	7	16
BV DETAM	1	3	4	1	2	2
BV Grafische bedrijven	4	1	5	2	1	3
BV Slager en vleeswaren	7	1	8	4	1	5
Rijks Geneeskundige Dienst	6	9	15	4	5	9
Totaal	91	73	164	55	45	100

Tabel 2. Leeftijdverdeling onderzochte patiënten.

Leeftijden in jaren	Aantallen			Percentages*		
	A	B	Totaal	A	B	Totaal
≤ 24	30	15	45	18	9	27
25-34	29	30	59	18	18	35
35-44	19	10	29	12	6	17
45-54	10	9	19	6	5	12
55-64	3	9	12	2	5	7
Totaal	91	73	164	55	45	100

Tabel 3. Geslachtsverdeling onderzochte patiënten.

	Aantallen			Percentages*		
	A	B	Totaal	A	B	Totaal
Mannen	65	58	123	40	35	75
Vrouwen	26	15	41	16	9	25
Totaal	91	73	164	55	45	100

* De percentages zijn afgerond; daardoor lijken de totalen niet steeds te kloppen.

dertien te zijn die spontaan zo'n advies hadden gevraagd (en gekregen). Van de drieënzeventig patiënten van groep B hadden er twee géén werkadvies gekregen. Deze vijftien patiënten zijn bij de uiteindelijke oordeelsvorming buiten beschouwing gelaten. De conclusies getrokken uit de gegevens van de resterende 149 patiënten zijn samengevat in tabel 4. Groep B bleef gemiddeld een dag langer thuis dan de huisarts geadviseerd had, maar groep A stelde het werk gemiddeld vier dagen langer uit dan volgens de schatting van de huisarts nood-

zakelijk zou zijn geweest. Het verschil van drie dagen bleek statistisch significant ($P \leq 0,05$, volgens de toets van Yates-Cochran), zodat de adviezen van de huisarts een „werkwinst” hadden opgeleverd van gemiddeld drie dagen. Een nadere differentiëring naar leeftijd en geslacht bleek niet mogelijk wegens de te kleine aantallen.

Vaak weet de huisarts niet dat een patiënt voor een bepaalde aandoening thuis blijft. In verband hiermee zijn de gegevens onderzocht van alle patiënten die volgens de huisarts niet hadden hoe-

ven te verzuimen (tabel 5). Ook hier bleek een statistisch significant verschil tussen de beide groepen, nu van twee dagen.

Tenslotte rees de vraag in hoeverre de huisartsen wellicht beïnvloed waren door het vooruitzicht dat zij hun schatting zouden moeten medelen, dan wel voor zich zouden kunnen houden. De bijeengebrachte gegevens geven echter geen aanleiding tot een andere interpretatie van de uitkomsten.

Beschouwing

Het is erg verleidelijk om in gedachten – met bovenstaande resultaten en de reeds vermelde miljarden aan ziektegeld-uitkeringen in het achterhoofd – middels enig rekenwerk de gaten in 's lands begroting te dichten. Enige nuancering is echter wel op zijn plaats. Wij hebben twee extreme benaderingswijzen tegenover elkaar gezet, wel een advies en geen advies. In werkelijkheid blijft er natuurlijk veel „grijs” over. Voorts waren de onderzochte groepen te klein om nadere differentiatie naar leeftijd en geslacht mogelijk te maken, terwijl het uitvallen van vijftien van de oorspronkelijk geselecteerde patiënten de uitkomsten van het onderzoek ook beïnvloed kan hebben.

Niettemin lijkt het onderzoek uit te wijzen, dat de huisarts een bekortende invloed op het ziekteverzuim kan hebben. Tevens bleken de deelnemende huisartsen in staat tot een redelijke schatting van de uiteindelijke duur van het ziekteverzuim, ondanks het ontbreken van de specifieke kennis en ervaring van de verzekeringsgeneeskundige. Waarom zouden huisartsen in verband met de gezondheidstoestand wél een advies geven tot staken van het werk, en geen advies tot werkhervatting? Als de arts-patiënt relatie hierdoor schade zou ondervinden, kan die relatie nooit goed zijn geweest. Het staat de patiënt toch vrij zich niet te conformeren aan zo'n advies.

Door het werk van onze patiënt meer in ons denkpatroon te betrekken, kunnen wij ook het iatrogen ziekteverzuim beperken. Het zonder duidelijke noodzaak voorschrijven van „gele sticker”-medicijnen als tranquilizers en antihistaminica, het zonder kennis van achtergronden geven van vage adviezen als „wat kalmer aandoen” en „voorlopig nog maar niet werken”, het toestaan van lange wachttijden voor diverse onderzoeken en behandelingen en het letterlijk „koste wat het kost” streven naar maximale zekerheid in de genees-

Tabel 4. Diagnosen (primair werkverzuim bepalend).

Diagnosen	Aantallen			Percentages*		
	A	B	Totaal	A	B	Totaal
Bovenste luchtwegen	22	19	41	13	12	25
Onderste luchtwegen	2	3	5	1	2	3
Huid/slijmvlieesaandoeningen	4	3	7	2	2	4
Gastro-intestinale aandoeningen	7	3	10	4	2	6
Urogenitale aandoeningen	–	1	1	–	1	1
Tractus circulatorius	1	1	2	1	1	1
Tractus locomotorius	30	15	45	18	9	27
Nerveuze klachten	6	12	18	4	7	11
Ongevallen	12	14	26	7	9	16
Overige	7	2	9	4	1	5
Totaal	91	73	164	55	45	100

* De percentages zijn afgerond; daardoor lijken de totalen niet steeds te kloppen.

Tabel 5. Geregistreerd werkverzuim minus geschat werkverzuim.

Geregistreerd werkverzuim minus geschat werkverzuim	Groep A	Groep B
	(geen advies)	(advies)
–8 dagen	1	1
–3 t/m – 7 dagen	6	5
–2 t/m + 2 dagen	26	41
+3 t/m + 7 dagen	24	13
+8 t/m +12 dagen	11	5
≥ +13 dagen	10	6
Totaal	78	71
Mediaan	+ 4 dagen	+ 1 dag

Tabel 6. Geregistreerd werkverzuim bij geschat werkverzuim = 0 dagen.

Geregistreerd werkverzuim minus geschat werkverzuim	Groep A	Groep B
	(geen advies)	(advies)
0 dagen	11	12
1 – 5 dagen	8	2
≥ 6 dagen	8	2
Totaal	27	16
Mediaan	2 dagen	0 dagen

PATIËNTENGEGEVENS ONDERZOEK „HUISARTS EN WERKVERZUIM”		
Nummer huisarts:	.....	1 <input type="text"/>
Nummer patiënt op keuzelijst:	.....	3 <input type="text"/>
Patiënt gecontroleerd door:	1=GAK 2=BV Gezondheidszorg 3=BV Bouwnijverheid 4=BV Kledingbedrijf (DETAM) 5=BV Grafische bedrijven 6=BV Slager & Vleeswarenbedr. 7=Rijks Geneeskundige Dienst	5 <input type="text"/>
Naam + voorletters (meisjesnaam voluit)	.....
Adres	.....
Woonplaats	.....
Geboortedatum	...-...-19..	6 <input type="text"/>
Geslacht	1= man, 2= vrouw	8 <input type="text"/>
Beroep	.....
Diagnose (primair werkverzuim bepalend)	01=Bovenste luchtweginf. 02=Onderste luchtweginf. 03=Huidslimvl. aand. 04=Gastro-Intest. aand. 05=Urogenitale aand. 06=Tr. circulatorius 07=Tr. locomotor. (atraum.) 08=Nerveuze kl. (funkt. + som) 09=Ongevallen 10=Overige	9 <input type="text"/>
Werkverzuim tot eerste consult in dagen	.....	11 <input type="text"/>
Werkadvies	A 1=GEEN adv., niet gevraagd 2=GEEN adv., maar gegeven omdat gevraagd. B 3=WEL adv. en gegeven 4=WEL adv., maar door omstandigheden niet gegeven. (reden vermelden)	13 <input type="text"/>
Werkverzuim vanaf eerste consult:	1e consult, dd.	14 <input type="text"/>
(GEEN adv.=geschat aantal)	2e consult, dd.	16 <input type="text"/>
(WEL adv.=geadv. aantal)	3e consult, dd. (indien nvt laatste aantal herhalen)	18 <input type="text"/>
Totaal werkverzuim geregistreerd via GAK of BV's:	.....	20 <input type="text"/>

werkhervatting, de overige patiënten kregen zo'n advies niet; de huisarts maakte in zo'n geval echter wel voor zichzelf een schatting. De eerste groep bleef gemiddeld een dag langer thuis dan de huisarts had geadviseerd, de tweede groep ging pas vier dagen na de geschatte, maar niet geadviseerde datum aan het werk. Het advies van de huisarts betekende dus een gemiddelde „werkwinst” van drie dagen. Tenslotte worden nog enkele iatrogene oorzaken van ziekteverzuim genoemd, waaraan de huisarts debet kan zijn.

Summary. The influence of the general practitioner on short sick leave. A comparative study. Absenteeism due to illness has more than doubled in the past twenty years in The Netherlands. Some 90 percent of notifications concern short sick leave, and sick pay is granted in nearly 45 percent.

The influence of the general practitioner on the duration of sick leave of patients who consult him for „minor illness” was studied. Some patients received specific advice as to the time of resumption of work, but others did not (although in such cases the general practitioner did make an estimate for himself). The first group on average resumed work one day later than the family doctor had advised; the second group did not resume work until four days after the estimated (but not overtly advised) date. The general practitioner's advice therefore implies an average gain of three days' work. Finally, mention is made of a few iatrogenic causes of sickness absenteeism for which the general practitioner may be responsible.

Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans (red.). Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. *Stenfert Kroese, Leiden, 1974.*

Crul, B. V. M. Samenwerkingseffecten bij kortdurend ziekteverzuim. (1981) *T. soc. Geneesk.* 59, 902-903; 919.

Grond, J. Th. H. De scheiding van behandeling en controle. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, 669-678.

Grond, J. Th. H. en D. de Pater. Arts en arbeidsongeschiktheid. (1980) *Med. Contact* 35, 1131-1136.

Kleine gids voor de Nederlandse sociale zekerheid. *De Vereniging van de Raden van Arbeid, Amsterdam, 1980.*

Smulders, P. G. W. De effecten van maatregelen om het ziekteverzuim te beïnvloeden. Een literatuurstudie op basis van 91 Nederlandse en buitenlandse empirische onderzoeken. *Ministerie van Sociale Zaken, 's-Gravenhage, 1980.*

Zonneveld, R. J. (red.). Sociale geneeskunde. Een algemene inleiding. *Oosthoek, Utrecht, 1972.*

kunde. kunnen er allemaal toe bijdragen dat onze patiënt langer in zijn „sick-role” blijft en dientengevolge langer medisch gelegitimeerd verzuimt. De invloed van de huisarts op het ziekteverzuim is groter dan wij vermoeden; het onderkennen van dit feit zou merkbaar moeten worden.

Samenvatting. De afgelopen twintig jaar is het ziekteverzuim in Nederland meer

dan verdubbeld. Ongeveer 90 procent van de meldingen heeft betrekking op kortdurend ziekteverzuim en hiervoor wordt bijna 45 procent van het ziektegeld uitgekeerd.

Onderzocht werd welke invloed de huisarts kan uitoefenen op de duur van het ziekteverzuim van patiënten die hem met een „minor illness” consulteren. Een deel van de patiënten ontving een gericht advies met betrekking tot het tijdstip van