

UDB
K 45

M.M. VAN DER KLAAUW

AANVULLENDE RAPPORTERING OVER HET ONDERZOEK

"GEZONDHEIDSZORG EN LANGE ZIEKTEDUREN"

IBIS: 2639/1000

Zie ook:

Tordoir, W.F., M.M. van der Klaauw & C.M.J. van Manen - Boekestein.
Project "Gezondheidszorg en lange ziekteduren", Rapport III.
Leiden, NIPG/TNO, 1978. 2 dln. (eindrapport)

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO

Leiden

december 1979



29/12/79

INHOUDSOPGAVE

DEEL 1 HET AANTAL INTERVENTIES VAN DE BEHANDELENDE- EN VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE PER KATEGORIE VERZUIMERS

blz.

1.	INLEIDING	1
2.	DE KONSULTFREKWENTIE VAN DE BEHANDELENDE GENEESKUNDIGEN	3
3.	HET FUNCTIONEREN VAN DE VERZEKERINGSGENEES- KUNDIGEN	6
3.1	De incidentie van de kontakten van de verzekerings- geneeskundigen met de verzekerde, de behandelende artsen en de werkgever.	6
3.2	Een kwantitatieve beschrijving van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden . .	11
3.2.1	De konsultfrequentie	11
3.2.2	De periode tussen een konsult van een curatieve arts en het daarop volgende VG-konsult	15
3.3	Een kwalitatieve beschrijving van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden	17
3.3.1	De onderwerpen 'kontinuering van de werkstaking' en de 'werkhervatting' in het kontakt tussen de VG en de verzekerden	18
3.3.2	De interventie van de verzekeringsgeneeskundigen in het behandelingsproces	21
4.	SAMENVATTING EN KONKLUSIES.	24

DEEL 2 HET UITSPLITSSEN VAN DE TABELLEN 32a EN 32b VAN HET EINDRAPPORT "GEZONDHEIDSZORG EN LANGE ZIEKTEDUREN" NAAR DIAGNOSEKATEGORIEËN EN NAAR LEEFTIJD

1.	INLEIDING	29
2.	RESULTATEN	32

DEEL 3 ONDERZOEK NAAR DE VRAAG OF ER EEN RELATIE BESTAAT
TUSSEN HET NABEZOEK VAN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE
NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS EN HET IN DIE FASE NOG
VOORTDUREN VAN HET VERZUIM, BEKEKEN PER DIAGNOSE-
KATEGORIE

	biz.
1. INLEIDING.	53
2. RESULTATEN	58
2.1 De invloed van de incidentie van het kontakt van de verzekerde met de VG na een ziekenhuisperiode op de daarna nog voortdurende verzuimperiode	58
2.2 De invloed van het tijdstip, waarop de VG na een ziekenhuisperiode reageert, op de resterende ver- zuimduur	60

DEEL 1 HET AANTAL INTERVENTIES VAN DE BEHANDELLENDE- EN VERZEKERINGSGENEESKUNDIGEN PER KATEGORIE VERZUIMERS

1. INLEIDING

Het gedrag van de behandelende geneeskundigen is in het eindrapport "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" beschreven. Met name het soort specialismen, waarmee de verzekerden contact hebben gehad, de verrichtingen die zijn gedaan, zoals laboratoriumbepalingen of het maken van röntgenfoto's zijn beschreven, evenals de behandeling door de paramedische sektor of een opname in een ziekenhuis.

Niet aan de orde is geweest het aantal malen dat een verzekerde een huisarts of een specialist heeft gekonsulteed, zodat dit gedeelte zich wil beperken tot de frekwentie van de konsulten van de behandelende geneeskundigen, zoals de huisarts en de specialisten per verzekerde.

Het functioneren van de verzekeringsgeneeskundigen is in het eindrapport "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" slechts zijdelings belicht. Het behoorde ook niet tot de doelstellingen van het genoemde projekt. Toch zijn er enkele gegevens in het onderzoek opgenomen, die het gedrag van een beperkt aantal verzekeringsgeneeskundigen kunnen schetsen.

Bij het onderzoek zijn slechts een elftal rayons van vier verschillende GAK-kantoren betrokken geweest met ongeveer even zoveel verzekeringsgeneeskundigen. Het is niet het plan hen individueel te belichten.

Het gedrag van de groep verzekeringsgeneeskundigen staat centraal.

Daar in het vervolg wordt gesproken over de verzekeringsgeneeskundige, wordt steeds bedoeld de groep van alle verzekeringsgeneeskundigen, die in dit onderzoek aanwezig waren.

Het gedrag van de verzekeringsgeneeskundigen kan worden beschreven door de volgende interventie-aspekten:

- zijn er kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden, de behandelende artsen en personen uit de werksfeer;
- hoe is de frekwentie en aard van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundige met de verzekerde in de verzuimperiode.

De categorieën verzuimers, waarvoor het gedrag van de behandelende- en verzekeringsgeneeskundigen moet worden beschreven, kan worden uitgesplitst naar:

- a. de persoonsgegevens van de verzekerden, zoals leeftijd, geslacht, nationaliteit, beroepsnivo, ziektekostenverzekering en
- b. de ziekte- en behandelingsgegevens van de verzekerden zoals:
~~de aandoening, het recidief karakter van de aandoening, het soort~~
curatieve artsen, wel of geen ziekenhuisopname en de afloop van de verzuimperiode.

In totaal zijn er 862 verzekerden in de onderzoeksgroep opgenomen, afkomstig van vier GAK-kantoren, te weten Den Haag, Leiden, Haarlem en Amsterdam.

Zij voldeden bij aanmelding voor het onderzoek aan het criterium van 4 weken arbeidsverzuim. De verzekerden hebben gedurende hun verdere verzuimperiode een dagboek bijgehouden van alle kontakten met het gezondheidszorgsysteem. De eerste vier weken zijn dus retrospectief ingevuld. Deze gegevensverzameling werd intensief begeleid door een verpleegkundige en voltrok zich in de periode van augustus 1974 tot 1 september 1976. Een nadere beschrijving van deze onderzoeksgroep, de analyse van de uitvallers en de beschouwing over de representativiteit van de onderzoeksgroep is gegeven in het eindrapport "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" (maart 1978).

2. DE KONSULTFREKWENTIE VAN DE BEHANDELENDE GENEESKUNDIGEN

De behandelende geneeskundigen zijn de huisartsen en de specialisten. Gezamenlijk zagen zij een verzekerde, die 4 weken of langer ziek was, 6.8 maal tijdens de verzuimperiode. De gemiddelde verzuimduur was 81 werkdagen.

In totaal hadden 9 verzekerden geen contact met een huisarts of een specialist, terwijl één verzekerde 48 maal een behandelende arts kon- sulteerte.

Het aantal konsulten is gerelateerd aan de verzuimduur, zodat moet worden gestandaardiseerd voor de periode waarin contact mogelijk was. Het aantal konsulten moet dan worden uitgedrukt in een eenheid van de verzuimduur. Wanneer als eenheid 100 werkdagen wordt gekozen, wordt het aantal konsulten per individu gedeeld door de verzuimduur en ver- meningvuldigd met 100.

Gestandaardiseerd voor de verzuimduur in werkdagen is het aantal kon- sulten 10.4. Dat wil zeggen dat in een verzuimperiode van 100 werkdagen een verzekerde gemiddeld 10.4 maal een huisarts of een specialist konsulteerte. Het minimum percentage is nul, terwijl één verzekerde 75% scoorde. Dit betekent dat deze verzekerde driemaal in vier ver- zuimde werkdagen een huisarts of een specialist zag.

Deze cijfers zijn bekeken voor de verschillende soorten van verzuimers, onderverdeeld naar persoonskenmerken en ziekte- en behandelingsgegevens. Ten aanzien van de persoonsgegevens zijn er geen relaties gevonden met de medische consumptie. Factoren als geslacht, nationaliteit, beroeps- nivo, ziektekostenverzekering en woongebied bleken niet van invloed op het kontaktpcentage met de curatieve sektor.

Dit is anders ten aanzien van de ziekte- en behandelingsgegevens.

De verzekerden, die al eerder voor de aandoening verzuimden, hadden een lager kontaktpcentage met de behandelende artsen ($P_{cur} = 9.4$) dan de verzekerden die voor de eerste maal voor de aandoening verzuimden ($P_{cur} = 11.1$).

Naast het recidieve karakter van de aandoening van de verzekerde was ook de aard van de aandoening belangrijk. De verzekerden met een onge- val hadden een hoog kontaktpcentage ($P_{cur} = 12.9$), terwijl de ver- zekerden met stoornissen van het circulatie-apparaat ($P_{cur} = 8.8$) en van de bewegingsorganen ($P_{cur} = 9.0$) percentueel minder contact hadden

met de behandelende artsen.

In hoeverre deze effecten het gevolg zijn van een verschil in de verzuimduur is nagegaan. De verzuimduur is negatief gekorreleerd met het konsultpercentage ($P < 0.001$). Dat wil zeggen dat het aantal konsulten percentueel afneemt met een toenemende verzuimduur. Hoewel zeker geen lineariteit mag worden verondersteld, is de lineaire korrelatie koëfficiënt gebruikt om de aard van de relatie aan te geven.

Ten aanzien van de diagnosegroepen zien we dat juist de verzekerden met stoornissen van het circulatie-apparaat een lange verzuimduur (= 124 werkdagen) hadden, terwijl de verzekerden met een ongeval een veel kortere verzuimduur (= 56 werkdagen) lieten zien. Hiermee zou het hoge konsultpercentage voor de verzekerden met een ongeval kunnen worden verklaard uit de kortere verzuimduur. Nu bleek echter het konsultpercentage voor de verzekerden met een ongeval hoog te zijn voor zowel een groep met een verzuimduur van meer dan 3 maanden als een groep met een verzuimduur van korter dan 3 maanden.

Kennelijk is dus een hoog konsultpercentage met debbehandelende artsen karakteristiek voor verzekerden met een ongeval, evenals een laag konsultpercentage voor de verzekerden met ziekten van de bewegingsorganen. Daarentegen was het lage konsultpercentage voor de verzekerden met een circulatiestoornis wel afhankelijk van de verzuimduur. Deze lage behandelingsfrequentie manifesteerde zich pas bij een langere ziekteduur. Vervolgens leek de verzuimduur niet van invloed te zijn op de verschillen in de behandelingspercentages tussen de verzekerden met een recidieve aandoening en zij die voor het eerst met de aandoening verzuimden. Er was zelfs geen verschil tussen de gemiddelde verzuimduren voor beide groepen, zodat gekonstateerd mag worden dat de verzekerden, die voor de eerste maal met deze aandoening verzuimden, vaker contact met het curatieve systeem hadden.

Van belang bleek ook door wie men behandeld is. Een hoger konsultpercentage is gekonstateerd bij de verzekerden, die door zowel de huisarts als de specialist zijn behandeld ($P_{cur.} = 11.8$). De verzekerden, die alleen door een huisarts of een specialist zijn behandeld, lieten een lager konsultpercentage zien (n.l. resp. $P_{cur.} = 9.3$ en 8.2). Deze relatie bleek onafhankelijk van de verzuimduur te zijn.

Een verklaring voor deze relatie vanuit de verzuimduur is echter nauwelijks te geven, omdat voor deze groepen met verschillende behandelende artsen de verzuimduur geheel in tegenstelling bleek met die volgens de gevonden negatieve relatie. Voor de verzekerden, behandeld door zowel de huisarts als een specialist gold een grote verzuimduur (98 werkdagen), terwijl de twee andere groepen een kortere verzuimduur lieten zien (nl. voor de huisarts 66 werkdagen en voor de specialist 68 werkdagen).

Dit betekent dat de verzekerde, die zowel door de huisarts als door een specialist werd behandeld, niet alleen relatief een hoge konsultfrekwentie had, maar ook in absolute zin veel vaker een arts bezocht.

De vraag is dan ook of dit verhoogde nivo van medisch kontakt nodig was voor dit ziektegeval, of dat de manier van behandeling hier de medische konsumptie verhoogde en de verzuimduur verlengde.

3. HET FUNKTIONEREN VAN DE VERZEKERINGSSGENEESKUNDIGEN

In eerste instantie worden kwalitatief de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden, de behandelende artsen en met de werkgever besproken. Vervolgens worden kwantitatief de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden tijdens zijn verzuimperiode behandeld.

Tot slot wordt ingegaan op het inhoudelijke van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden.

3.1 De incidentie van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerde, de behandelende artsen en de werkgever

De gegevens zijn afkomstig van de verzekerden, die de konsulten met de verzekeringsgeneeskundigen hebben genoteerd in hun dagboeken.

Daarnaast hebben de verzekeringsgeneeskundigen zelf hun kontakten met de behandelende artsen en de personen uit de werkomgeving van de verzekerde vermeld. Het resultaat wordt gegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 De kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden, de behandelende artsen en de personen in de bedrijfsorganisatie van de verzekerden, uitgesplitst naar incidentie

kontakten van de verzekeringsgeneeskundige				
met:			aantal	%
verzekerde	curatieve artsen	personen uit bedrijf		
nee	nee	nee	100	12
	nee	ja	-	-
	ja	nee	19	2
	ja	ja	-	-
ja	nee	nee	486	56
	nee	ja	21	2
	ja	nee	213	25
	ja	ja	23	3
totaal			862	100

Uit de tabel volgt dat bij 12% van de verzekerden, die langdurig ziek waren, de VG geen kontakten had met wie dan ook, terwijl bij ruim de helft van het aantal verzekerden het contact van de VG beperkt bleef tot die verzekerden.

In totaal zag 86% van de verzekerden een verzekeringsgeneeskundige. Er was contact tussen de verzekeringsgeneeskundige en de behandelende artsen in 30% van de gevolgde gevallen, terwijl met de personen uit de werkomgeving van de verzekerden bij 5% sprake van contact was. In bijna alle gevallen ging het initiatief voor het contact uit van de verzekeringsgeneeskundige.

Onder de behandelende artsen worden de huisartsen en specialisten verstaan. Met beide soorten artsen had de VG evenveel contact nl. met de huisarts in 15% van de gevallen en met de specialist in 18% van de gevallen (overlap is mogelijk). Een mogelijke drempel voor één van beide soorten artsen is dus in deze analyse niet aangetoond.

Onder de personen in de werksituatie is verstaan de bedrijfsarts en de werkgever (in casu een personeelsfunktionaris). In absolute zin zijn er de meeste kontakten geweest met de werkgever. Daarentegen werden relatief de meeste kontakten vermeld met de bedrijfsarts, namelijk 11%. Dit komt omdat slechts bij 119 van de 862 in het onderzoek opgenomen verzekerden een bedrijfsarts aanwezig was.

Op de incidentie van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verschillende betrokkenen zijn diverse factoren van invloed gebleken.

Een van de belangrijkste factoren is de werkomgeving van de verzekeringsgeneeskundige zelf. Grote verschillen zijn geconstateerd tussen de, in het onderzoek opgenomen, GAK-kantoren in het communicatiepatroon van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden, de behandelende artsen en de werkgever.

Deze verschillen waren niet eenduidig gericht naar een nivo van kontakten, maar elke aanmeldende instantie kenmerkte zich door een eigen communicatiepatroon.

Andere factoren hebben betrekking op de verzekerde zelf of zijn behandeling door de curatieve gezondheidszorg.

Omdat de onderzoeksgroepen van de aanmeldende instanties verschilden in persoons- en behandelingsgegevens is er de vraag wat nu primair van invloed is op het communicatiepatroon van de VG:

- een verschil in organisatie en werkwijze van de verschillende GAK-kantoren, zodat dit leidt tot verschillen tussen de diverse groepen van verzekerden;
- een gerichte werkwijze van de verzekeringsgeneeskundigen ten aanzien van de verzekerde op grond van zijn persoons- en behandelingsgegevens. Hierdoor zouden dan de verschillen tussen de diverse GAK-kantoren ontstaan ten aanzien van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen.

Zo is gevonden dat het beroepsnivo van de verzekerden verschilde per aanmeldende instantie.

Eveneens is gevonden dat bijvoorbeeld het beroepsnivo van de verzekerden belangrijk zou zijn voor het kontakt met de VG. Hoe lager het beroepsnivo, hoe hoger het percentage verzekerden dat de VG tijdens de ziekteperiode zag.

Deze gedragslijn van de VG is bij geen enkele aanmeldende instantie teruggevonden. Hierdoor moet worden geconstateerd dat een verschil in werkwijze van de verzekeringsgeneeskundigen tussen de aanmeldende instanties heeft geleid tot het artefakt in de totale onderzoeksgroep dat het beroepsnivo van invloed zou zijn op het kontakt tussen de VG en de verzekerde.

Het beroepsnivo van de verzekerde is ook niet van betekenis gebleken voor de kommunikatie van de VG met de behandelende artsen en de personen uit de werksfeer van de verzekerde.

Daarentegen speelde de nationaliteit wel een rol bij de kommunikatie tussen de VG en de behandelende artsen. Bij 52% van de 'niet-Nederlanders' had de VG kontakt met een behandelend arts, terwijl dit percentage bij de 'Nederlanders' ligt op 28%. Dit bleek geen algemene gedragslijn te zijn. Slechts één aanmeldende instantie voerde op dit gegeven een gericht communicatiebeleid ten aanzien van de behandelende artsen.

Over het geheel zijn geen algemene gedragsregels ontdekt, als die mochten bestaan, voor de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen.

- Zo was binnen één aanmeldende instantie een ziekenhuisopname van de verzekerde aanleiding deze verzekerde veel minder te zien, en bij

een andere aanmeldende instantie reden om meer kontakten te hebben met de behandelende artsen.

- Ook de diagnose speelde een rol bij het kontakt tussen de VG en de verzekerde. Bij twee aanmeldende instanties hadden de verzekeringsgeneeskundigen veel minder kontakt met die verzekerden, die een ongeval hebben gehad of leden aan een ziekte aan het urogenitaal systeem. Daarentegen hadden zij meer kontakt met de verzekerden met ademhalingsproblemen of psychische aandoeningen.
- Ook is de behandelende arts indikatief voor de kontakten van de VG bij sommige aanmeldende instanties. De VG van één aanmeldende instantie nam meer kontakt op met een behandelende arts, indien de verzekerde zowel door een huisarts als door een specialist werd behandeld. De verzekeringsgeneeskundigen van twee aanmeldende instanties hadden veel minder kontakt met de verzekerde, indien deze door alleen een specialist werd behandeld.
- Zo was er het gedrag van de VG van één aanmeldende instantie om wat meer kontakt te hebben met personen uit de werksfeer. Verder is op deze kommunikatie geen enkele faktor van invloed gebleken, deels ook omdat de incidentie van het kontakt van de VG met de personen uit de werksfeer nogal gering was.

Samenvattend kan worden gesteld, dat er verschillen in werkwijze zijn tussen de aanmeldende instanties ten aanzien van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden, de behandelende artsen en de personen uit de werksfeer. Daarnaast is aangetoond, dat de verzekeringsgeneeskundige zijn kontakten gericht heeft, hoewel in dat opzicht men nauwelijks kan spreken van algemene gedragslijnen.

Een algemene gedragslijn bestaat kennelijk wel ten aanzien van de verzekerden, die niet meer arbeidsgeschikt worden bevonden.

Van hen heeft 95% kontakt gehad met een VG gedurende de verzuimperiode, terwijl in 66% van die gevallen de VG kontakt heeft gehad met de behandelende artsen. Voor de zogenaamde "arbeidsgeschikten" is dit laatste percentage 24% en is het verschil in kontakt met de behandelende artsen onafhankelijk van de aanmeldende instanties.

Omdat het kommunikatiepatroon van de "arbeidsongeschikten" anders is dan voor de "arbeidsgeschikten" zal hierop nader worden ingegaan. In totaal zijn 113 van de 862 verzekerden in de onderzoeksgroep niet

arbeidsgeschikt gebleken om verschillende redenen. Hiervan zijn er zeven van de Ziektewet overgegaan naar de AOW, twee verzekerden zijn overleden gedurende het ziektejaar, 27 verzekerden uit Amsterdam zijn niet geheel gevolgd tijdens hun arbeidsverzuim, omdat de dataverzameling voor het projekt werd beëindigd, zodat in het geheel 77 verzekerden in de onderzoeksgroep overbleven, die overgingen naar de WAO.

Van de 27 verzekerden van het GAK-kantoor in Amsterdam, die niet geheel zijn gevolgd, mag worden aangenomen dat zij eveneens zouden zijn overgegaan naar de WAO. De verzuimduur van hen varieerde van 7.5 maand tot bijna 11 maanden (nl. 166 t/m 234 werkdagen), terwijl deze groep als fractie goed overeenkwam met de WAO-groep van de andere aanmeldende instanties ($\pm 13\%$).

De resultaten van beide WAO-groepen worden in de tabellen 1.2 en 1.3 apart gepresenteerd.

Tabel 1.2 De kontakten van de verzekeringsgeneeskundige met de verzekerde, de behandelende artsen en de personen in de bedrijfsorganisatie van de verzekerde, uitgesplitst naar incidentie

kontakten van de verzekeringsgeneeskundige met:			WAO-groep	A'dam	totaal
verzekerden	cur.artsen	bedrijf	(aantal)	(aantal)	(aantal)
nee	nee	nee	-	-	-
	nee	ja	-	-	-
	ja	nee	4	-	4
	ja	ja	-	-	-
ja	nee	nee	21	7	28
	nee	ja	4	-	4
	ja	nee	46	19	65
	ja	ja	2	1	3
totaal			77	27	104

Tabel 1.3 De kontakten van de verzekeringsgeneeskundige met de verzekerde, de behandelende artsen en personen uit de werksituatie van de verzekerde, uitgesplitst naar soort contact (x → y betekent: x heeft contact opgenomen met y)

kontakten van de verzekeringsgeneeskundige met			WAO groep	groep A'dam	totaal
verzekerden	curatieve sektor	bedrijf	(aantal)	(aantal)	(aantal)
geen	VG → HA	geen	2	-	2
geen	VG → spec.	geen	2	-	2
ja	geen	geen	21	7	28
ja	geen	VG → WG	1	-	1
ja	geen	VG → BA	2	-	2
ja	VG → HA	geen	23	6	29
ja	VG → HA	VG WG	1	-	1
ja	HA → VG	geen	1	-	1
ja	VG → spec.	geen	12	12	24
ja	VG → spec.	VG → WG	1	-	1
ja	VG → spec.	WG → VG	-	1	1
ja	VG → HA / VG → spec.	geen	9	1	10
ja	geen	VG → BA / BA → VG	1	-	1
ja	VG → spec. / spec. → VG	geen	1	-	1
totaal			77	27	104

N.B. VG = verzekeringsgeneeskundige; HA = huisarts;
BA = bedrijfsarts; spec. = specialist; WG = werkgever

3.2 De kwantitatieve beschrijving van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden

3.2.1 De konsultfrekwentie

Gemiddeld hebben de verzekerden in hun verzuimperiode 3.4 maal contact gehad met een verzekeringsgeneeskundige. 14% van hen hadden in het geheel geen contact, terwijl één verzekerde de VG 18 maal bezocht. Uiteraard is dit aantal weer afhankelijk van de verzuimduur, zodat men hiervoor moet standaardiseren, wanneer men de cijfers wil gaan vergelijken.

Gestandaardiseerd naar een verzuimduur van 100 werkdagen wordt het

gemiddelde konsultpercentage voor de verzekerde bij de VG 4.9. Het minimum is dan weer nul en het maximum is 16.

Opvallend was het verschil tussen de konsultpercentages van de verzekeringsgeneeskundigen, afkomstig van de verschillende aanmeldende instanties. Daarnaast zijn er bepaalde persoonsgegevens en karakteristieken van de behandeling en de ziekte van de verzekerden van invloed gebleken op de konsultpercentages van de VG met de verzekerden.

Omdat nu de subgroepen van de onderzoeksgroep, afkomstig van de verschillende aanmeldende instanties, van elkaar verschilden in de persoonsgegevens en ziekte- en behandelingsgegevens en omdat de verzuimduur zelf negatief gekorreleerd bleek te zijn met het konsultpercentage ($P < 0.0001$) zijn de gevonden relaties gecontrôleerd op de mogelijke invloeden van de aanmeldende instanties en de verzuimduur.

Het bleek dat het geslacht niet van invloed was op het konsultpercentage van de VG met de verzekerde.

Wel belangrijk voor de activiteiten van de VG zijn de nationaliteit, de leeftijd en het beroepsnivo van de verzekerde.

De VG toonde meer aandacht voor de verzekerden zonder de Nederlandse nationaliteit dan voor de Nederlanders. De konsultpercentages (= Pvg) waren respectievelijk 6.8 en 4.7.

Hoe lager het beroepsnivo van de verzekerden, des te meer kontakt had de VG met de verzekerden.

Veel minder aandacht bleek de VG te hebben voor de verzekerden van 50 jaar en ouder (Pvg= 4.0).

Ten aanzien van de parameters, die de ziekte van de verzekerde beschrijven, was de activiteit van de VG onafhankelijk van het recidieve karakter van de aandoening van de verzekerde.

Daarentegen werd de aandacht van de VG wel bepaald door de diagnose.

Relatief veel aandacht kregen de verzekerden met psychische aandoeningen (Pvg= 6.1), terwijl de verzekerden met een ongeval (Pvg= 4.5) of met circulatiestoornissen (Pvg= 3.3) relatief veel minder aandacht kregen.

Dit zijn algemene gedragslijnen, die binnen elke aanmeldende instantie op hun eigen nivo door de VG werden gevolgd.

Voor alle aanmeldende instanties gold dat voor de verzekerden met een verzuimduur tot 3 maanden de VG relatief veel aandacht gaf aan de verzekerden, die alleen behandeld werden door de huisarts (Pvg = 6.2), terwijl relatief minder aandacht werd gegeven aan de verzekerden, die werden behandeld door een specialist (Pvg = 3.6). Vermeldenswaard is dat dit verschil verdween bij die verzekerden met een langere verzuimduur dan 3 maanden.

De verzekerden, die gekenmerkt werden door een ziekenhuisopname gedurende hun verzuimperiode kregen veel minder aandacht van de VG (namelijk Pvg = 2.9 voor de verzekerden met een ziekenhuisopname tegen Pvg = 5.5 voor de verzekerden zonder een ziekenhuisopname. Dit resultaat geldt voor alle aanmeldende instanties, ongeacht de verzuimduur van de verzekerden.

De verminderde aandacht van de VG zou kunnen worden verklaard met de verminderde bereikbaarheid van de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde. De opnameduur bleek echter 19% van de verzuimduur te vragen. Wanneer men daarnaast de wachttijd voor de opname wil beschouwen als een periode waarin een VG-konsult nauwelijks waardevol kan zijn, dan voegde deze periode slechts 6% toe aan het bovengenoemde percentage. Dit betekent dat een ziekenhuisopname de bereikbaarheid van de verzekerde met 25% deed afnemen, hetgeen onvoldoende moet worden geacht. als verklaring te dienen voor de halvering van de aandacht van de VG.

Tot slot was de aktiviteit van de verzekeringsgeneeskundigen afhankelijk van de afloop van de verzuimperiode. De verzekerden, die arbeidsgeschikt werden bevonden, hadden relatief vaker contact met de VG (Pvg = 5.2) dan degenen, die niet arbeidsgeschikt werden bevonden (Pvg = 2.9). Uiteraard is hier een groot verschil in de verzuimduur van beide groepen, maar wanneer men deze relatie toest bij de langdurig zieken, dan bleek deze te blijven bestaan. Dit betekent, dat de VG weliswaar bijna alle verzekerden, die niet arbeidsgeschikt werden bevonden, heeft gezien, maar dat gedurende de verzuimperiode de VG relatief veel minder vaak contact had met deze verzekerden. De kontaktfrequentie is voor deze groep nagegaan.

Wanneer men het aantal VG-konsulten wil gaan onderzoeken dat de WAO-er gedurende zijn ziekte per jaar had, dan impliceert het dat elke verzekerde ook één jaar arbeidsongeschikt moet zijn geweest.

In het onderzoeksmateriaal is dit geenszins het geval. De onderzochte verzuimperiode varieerde van 28 tot en met 254 werkdagen voor de groep van 77 verzekerden die naar de WAO overgingen. Dit is binnen de ziekte-wet goed mogelijk.

Beperken we ons tot degenen die in het onderzoek "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" een volledig ziekte-wet-jaar hebben doorgemaakt (nl. > 252 werkdagen), dan is het bij 65 verzekerden mogelijk het aantal kontakten met de VG te analyseren.

Uit tabel 1.4 volgt dat vier verzekerden in het geheel geen contact hebben gehad met de verzekeringsgeneeskundige. Gemiddeld zagen de verzekerden achtmaal een VG (mediaan = 7.2). Het meeste contact was er in het begin van het arbeidsverzuim (Tabel 1.5).

Tabel 1.4 Het aantal kontakten van de verzekeringsgeneeskundige met de verzekerde gedurende een volledig ziekte-wet-jaar, voordat de verzekerde overging naar de WAO

frekwentie konsulten VG per jaar	aantal verzekerden	%	cumulatief
0	4	6	6
3	2	3	9
4	3	5	14
5	8	12	26
6	9	14	40
7	9	14	54
8	5	8	62
9	6	9	71
10	2	3	74
11	4	6	80
12	7	11	91
14	3	5	95
16	2	3	99
18	1	2	100
totaal	65	100	

Tabel 1.5 Het aantal kontakten van de verzekeringsgeneeskundige met de verzekerde, die na één volledig voor onderzoek beschikbaar ziektejaar overging naar de WAO.
Aantal verzekerden = 65
Het aantal kontakten wordt per maand geanalyseerd

periode	frekwentie (aantal konsulten)					gemiddelde
	0	1	2	3	4	
1e maand	20	28	12	5	-	1.03
2e "	20	29	11	4	1	1.03
3e "	22	34	8	1	-	0.82
4e "	24	27	13	-	1	0.88
5e "	26	32	6	1	-	0.72
6e "	35	27	3	-	-	0.51
7e "	32	33	-	-	-	0.51
8e "	25	35	5	-	-	0.69
9e "	38	27	-	-	-	0.42
10e "	35	26	4	-	-	0.52
11e "	36	28	1	-	-	0.46
12e "	49	16	-	-	-	0.25

3.2.2 De periode tussen een konsult van een behandelende arts en het daarop volgend VG-konsult

Van de verzekerden, die kontakt hebben gehad met een verzekeringsgeneeskundige (dit is 86% van de gevolgde gevallen) vond het eerste VG-konsult gemiddeld 23 werkdagen na de werkstaking plaats.

De kortste periode was 0 dagen, dat wil zeggen direkt na de werkstaking, terwijl als langste periode 176 werkdagen is geregistreerd.

Veelal stemmen de verzekeringsgeneeskundigen hun afspraken af op die van de behandelende artsen. Genoteerd is het interval tussen het curatieve konsult en het direkt daarop volgende VG-konsult. De periode tussen dit VG-konsult en het laatste konsult met een specialist of de huisarts is niet altijd genoteerd, omdat soms duidelijk was dat de verzekeringsgeneeskundige onafhankelijk van het curatieve apparaat afspraken maakte met de verzekerde.

Daarnaast is als het hoofdproces bij het projekt "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" de loop van zaken in de curatieve sektor vastgelegd, waarbij deze vastlegging soms een notering van deze periode niet toestond.

Dit betekende dat niet alle mogelijke intervallen zijn geïnventariseerd. In totaal zijn er 1939 intervallen bekend, hetgeen naar schatting $\pm 75\%$ van het totaal aantal is. Deze intervallen zijn afkomstig van 735 verzekerden, die zorgden voor gemiddeld 2.5 intervallen, variërend van 1 tot 13. Dit betekent dat men onderstaande konklusies niet trekt op een beperkte groep van het materiaal.

Het resultaat is dat de verzekerde gemiddeld 6.5 werkdagen na een konsult met een behandelend arts (huisarts of specialist) een bezoek bracht aan de verzekeringsgeneeskundige. De standaarddeviatie van deze verdeling is 7.1 werkdagen.

De periode verschilde per aanmeldende instantie. Dat wil zeggen dat de verzekeringsgeneeskundigen van de verschillende aanmeldende instanties een verschil in gedrag tonen ten aanzien van het tijdstip van het kontakt met de verzekerde. Omdat de subgroepen van de diverse GAK-kantoren van elkaar verschilden in de persoons- en behandelingsgegevens van de verzekerden zijn de verschillende relaties gecontrôleerd voor elk der aanmeldende instanties.

Het bleek, dat het geslacht niet van invloed was op de lengte van de periode tussen het konsult met een huisarts of een specialist en het kontakt met een verzekeringsgeneeskundige.

De lengte van deze periode nam wel toe met de leeftijd van de verzekerde. Dit is voor alle vier aanmeldende instanties gevonden.

Daarentegen werd de verzekerde op grond van zijn nationaliteit bij één aanmeldende instantie anders behandeld. De periode waarin de VG de verzekerde na een curatief konsult zag is bij de personen zonder de Nederlandse nationaliteit veel kleiner (= 4.4 werkdagen) dan bij de Nederlanders (= 6.1 werkdagen).

Bij één andere aanmeldende instantie was het beroepsnivo van invloed op de snelheid waarmee de VG de verzekerde wilde zien na een curatief konsult. Hoe lager het beroepsnivo hoe kleiner deze periode.

Het recidieve karakter van de aandoening van de verzekerde was niet van

belang.

Echter wel van belang was weer de aandoening zelf. Bij de verzekerden met ziekten van het circulatieapparaat reageerden de verzekeringsgeneeskundigen van een aantal aanmeldende instanties trager dan bij de andere aandoeningen. De periode was voor alle verzekerden met circulatiestoornissen 8.3 werkdagen. In hoeverre deze relatie het gevolg is van de lange ziekteduur van de circulatiestoornissen was niet duidelijk. Gevonden is dat naarmate de verzekerde langer ziek was de gemiddelde periode tussen het curatieve en het VG-konsult groter werd. Deze relatie met de aandoening gold echter maar voor een paar GAK-kantoren.

Met betrekking tot de behandelingskarakteristieken zijn de effecten onduidelijk van aard, terwijl de afloop van de verzuimperiode wel van invloed lijkt. Het VG-konsult vond bij de verzekerden, die niet meer arbeidsgeschikt werden bevonden, later plaats (= 9.2 werkdagen) dan bij de verzekerden, die wel weer arbeidsgeschikt werden (= 5.6 werkdagen). Hierbij is de verzuimdur hoogstwaarschijnlijk ook van belang. Aan de andere kant is bij de verzekerden, die langer dan 3 maanden ziek waren, deze relatie tussen de afloop van het ziektegeval en de periode tussen het curatieve- en het VG-konsult bevestigd.

Samenvattend bleken de verzekeringsgeneeskundigen ten aanzien van hun afsprakenpatroon per aanmeldende instanties van elkaar te verschillen. Binnen elk van de aanmeldende instanties hanteerde men een periode waarna een konsult met een VG na dat van een behandelende arts plaatsvindt. Ook bleek de duur van dit interval te kunnen worden beïnvloed. Deze beïnvloeding van de duur van deze periode lijkt nu voornamelijk te gebeuren bij die aanmeldende instanties, die ook al aktiever waren ten aanzien van hun afspraken met de verzekerden.

3.3 Een kwalitatieve beschrijving van de kontakten van de verzekeringsgeneeskundigen met de verzekerden

Naast de beschrijving van het aantal kontakten en de intervallen tussen de verschillende kontakten is het ook mogelijk in te gaan op de inhoud daarvan. Wat doen de verzekeringsgeneeskundigen? Geven zij opdracht voor het doen van een laboratorium-verrichting of röntgenopname? Gaan de verzekeringsgeneeskundigen zich ook werkelijk bemoeien met de bege-

leiding van de verzekerde ten aanzien van de behandeling?

Daarnaast is het ook mogelijk iets te zeggen over de uitlatingen van de verzekeringsgeneeskundigen ten aanzien van de continuering van de werkstaking en ten aanzien van de werkhervatting.

3.3.1 De onderwerpen "continuering van de werkstaking" en de "werkhervatting" in het kontakt tussen de VG en de verzekerden

Ten aanzien van de continuering van de werkstaking deden de verzekeringsgeneeskundigen bij 468 verzekerden een uitspraak. Dit is bij 54% van het totaal aantal verzekerden.

Betrekt men bij de beschouwing de mogelijkheid dat de VG een uitspraak had kunnen doen, dan was dit percentage 63%. Immers 119 verzekerden hebben in het geheel geen kontakt gehad met de verzekeringsgeneeskundige. Dat wil zeggen dat bij 37% van de verzekerden, die tijdens hun arbeidsverzuim een VG hebben gesproken, de voortzetting van het arbeidsverzuim tijdens die kontakten niet ter sprake is gekomen.

Ten aanzien van de "werkhervatting" moet in eerste instantie worden gezegd dat hiermee "arbeidsgeschiktheid" wordt bedoeld. Onder "arbeidsgeschiktheid" wordt verstaan de beëindiging van de verzuimperiode, al dan niet na de beoordeling van de VG, met de mogelijkheid het werk te hervatten. Beide termen worden hier als synoniemen gebruikt, incidenteel is voorgekomen dat na gekonstateerde arbeidsgeschiktheid het werk niet werd hervat. In dit rapport is men echter geïnteresseerd in de besluitvorming van het medisch kanaal ten aanzien van de verzuimperiode van de verzekerde en is men niet geïnteresseerd in het gedrag van de verzekerde. Indien dus de term "werkhervatting" wordt gebruikt zal hiermee "arbeidsgeschiktheid" bedoeld zijn, los van de strikt juridische betekenis van de term.

In de onderzoeksgroep bleken 113 verzekerden het werk nog niet te hebben hervat. Dit zijn die gevallen, die overgingen naar de WAO, of niet geheel waren gevolgd in het onderzoek "Gezondheidszorg en lange ziekteduren", of waren overleden of de gepensioneerden, die na een ziektewet-periode nog slechts een AOW-uitkering kregen.

Van de overige 749 verzekerden werden er 445 arbeidsgeschikt bevonden na beoordeling van de VG. Dit is dus bij 60% van de verzekerden, die het werk hebben hervat. Met andere woorden 40% van de verzekerden her-

vatte dus het werk na eigen beoordeling of na advies van de behandelende artsen.

Van 749 verzekerden, die arbeidsgeschikt bleken na afloop van hun ziekteperiode, zijn bij 207 verzekerden (dit is 28%) in het geheel geen uitlatingen van de verzekeringsgeneeskundigen genoteerd betreffende de continuering van de werkstaking als de werkhervatting. Hiervan hebben 110 verzekerden in het geheel geen contact met de VG gehad.

De verzekeringsgeneeskundigen, afkomstig van de verschillende aanmeldende instanties, lieten weer verschillen zien in de mate waarin de verschillende onderwerpen met de verzekerde werd besproken.

Voor het onderwerp "werkhervatting" is de aanmeldende instantie zelfs de enige relevante faktor.

De hervatting van het werk aansnijden en daarmee de verzuimperiode beëindigen door de verzekeringsgeneeskundigen was onafhankelijk van de verzuimduur, de persoonsvariabelen van de verzekerden en de ziekte- en behandelingsgegevens van de verzekerden. Er zijn alleen maar verschillen tussen de aanmeldende instanties in de mate waarin het onderwerp ter sprake is geweest.

Dit was anders voor het onderwerp betreffende de continuering van de werkstaking. Het is duidelijk dat de VG meer geneigd is het onderwerp te behandelen wanneer het arbeidsverzuim van de verzekerde langer wordt. Daarnaast bleek het wel of niet ter sprake brengen van het onderwerp niet gerelateerd aan de persoonsgegevens van de verzekerden.

Met betrekking tot de ziekte- en behandelingsgegevens waren er wel relaties met het ter sprake brengen van het onderwerp. Deze relaties waren echter niet algemeen. Zij zijn gevonden bij één of meer aanmeldende instanties. Zo bespraken de verzekeringsgeneeskundigen het voortduren van het verzuim vaker bij de verzekerden met een recidieve aandoening en vonden sommige VG's het belangrijk de verzekerden hierover aan te spreken wanneer zij door een huisarts werden behandeld.

Het onderwerp kwam veel minder ter sprake wanneer de verzekerde werd opgenomen in een ziekenhuis.

Ook de afloop van de verzuimperiode was van invloed. De continuering van het verzuim is meer ter sprake gekomen bij de verzekerden, die niet meer arbeidsgeschikt zijn bevonden. In hoeverre hier de duur van de verzuimperiode een rol speelt is niet te zeggen.

Samenvattend waren er tussen de aanmeldende instanties weer verschillen in de mate waarin de onderwerpen "werkstaking vervolgen" en "werkstaking beëindigen" door de VG's werden besproken tijdens hun kontakten met de verzekerden. Deze onderwerpen werden nauwelijks selectief ter sprake gebracht.

Ook bleek het aktiviteitsniveau van de VG van invloed te zijn. Zo spraken de verzekeringsgeneeskundigen meer met de verzekerden over de continuering van de werkstaking wanneer de VG wat meer kontakten had met de curatieve artsen van de verzekerden.

Om een indruk te krijgen van de invloed van de VG op de verzuimduur wanneer de werkhervatting mede door de VG wordt bepaald, kan de periode tussen het laatste VG-konsult en de werkhervatting worden beschouwd. Deze periode was 6.7 werkdagen voor de verzekerden, die het werk hadden hervat en die door een VG gedurende de verzuimperiode is gezien. In die gevallen waarbij de VG de werkhervatting had bepaald was deze periode 4.5 werkdagen tegen 11.7 werkdagen wanneer de VG niets over de werkhervatting had gezegd ($t = 8.44/\sqrt{v} = 292.71/P < 0.001$).

De invloed van de VG op de snelheid van de werkhervatting is dus duidelijk een positieve.

Met betrekking tot de andere activiteiten van de verzekeringsgeneeskundigen kunnen zij, onafhankelijk van het curatieve systeem, verrichtingen doen laten uitvoeren. Hiervan werd niet veel gebruik gemaakt. Van de 743 verzekerden, die kontakt hadden met een VG, gebeurden er bij 45 één of meer verrichtingen op last van de VG.

Deze verrichtingen waren laboratorium-bepalingen, röntgenopnamen of expertisen door ongevallen-verzekeringsgeneeskundigen.

60% van deze verrichtingen vonden plaats op het moment dat de verzekeringsgeneeskundige een belangrijke rol vervulde in de verzuimperiode van de verzekerde.

Hoewel de VG geen behandelende bevoegdheden heeft, is bij 14% van de verzekerden de VG sturend ten aanzien van de behandeling opgetreden. Dit moet dan worden opgevat in de betekenis, die in het projekt "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" is geïntroduceerd, namelijk dat het kontakt bepalend is voor het beloop van het hulpverleningsproces en dus als koersbepalend kontakt in de stuurlijn is opgenomen.

3.3.2 De interventie van de verzekeringsgeneeskundigen in het behandelingsproces

In totaal zijn er ten aanzien van het optreden van de VG drie groepen te onderscheiden, nl.:

- de groep verzekerden, die in het geheel geen VG hebben gezien (= 14%)
- de groep, die wel contact heeft gehad met een VG, maar waarbij de VG niet in de stuurlijn was opgenomen (= 72%)
- de groep, waarbij de VG ten aanzien van de behandeling van de verzekerden een interveniërende rol speelde (= 14%).

De activiteiten van de verzekeringsgeneeskundigen verschilden tussen de aanmeldende instanties.

Vervolgens bleek de interventie van de VG in het behandelingsproces ook af te hangen van andere factoren.

Onderzocht is of deze relaties voor de vier aanmeldende instanties dezelfde waren of dat de verschillen tussen de aanmeldende instanties debet waren aan de gevonden invloeden van de verschillende factoren.

Ten aanzien van de persoonsgegevens is slechts de ziektekostenverzekering van de verzekerde bij één aanmeldende instantie belangrijk gebleken voor het ingrijpen van de VG in het behandelingsproces. Het bleek dat een ziekenfondsverzekering stimulerend ten aanzien van een interventie door de VG werkte.

Met betrekking tot de ziektegegevens is bemerkt, dat er vaker ingegrepen werd door de VG bij de verzekerden met een recidieve aandoening, evenals bij verzekerden met psychische aandoeningen, ademhalingsproblemen of stoornissen van de bewegingsorganen. Deze bevindingen gelden weer voor een deel van de aanmeldende instanties. Voor de verzekeringsgeneeskundigen van de andere aanmeldende instanties bleken deze gegevens geen aanleiding te zijn om handelend op te treden.

Eenzelfde situatie doet zich voor bij de verzekerden, die geen ziekenhuis-opname hebben gekend tijdens de verzuimperiode. In overeenstemming met de bevinding dat de VG bij de verzekerden met een opname in een ziekenhuis relatief weinig contact met de verzekerden had, is gevonden dat de VG juist bij de andere groep verzekerden interveniërend is opgetreden. Ook dit is weer niet bij alle aanmeldende instanties gevonden. Wel algemeen is het voor de VG noodzakelijk gebleken zich actief met

de verzekerde te bemoeien in die gevallen waarbij of in het geheel geen curatieve arts werd geraadpleegd, of dat de verzekerde alleen bij de huisarts onder behandeling was.

Wanneer men aanneemt dat de VG niet uit eigen beweging ingrijpt in het behandelingsproces van de curatieve artsen, maar dat de aanleiding van hun interventie moet worden gezocht in een inadekwate behandeling door de curatieve artsen, dan vindt men in bovenstaande relaties criteria voor het niet goed functioneren van de medische begeleiding.

Vreemd genoeg zijn deze relaties niet meer teruggevonden bij die aanmeldende instanties met meer actieve VG's. De relaties zijn bijna allen gevonden bij de aanmeldende instanties, waarvan de VG veel minder intervenieerde in het behandelingsproces. Het nivo van de interventie in de medische behandeling wordt dus niet alleen bepaald door een inadekwate medische begeleiding, maar door het algemene activiteitsniveau van de VG zelf. In deze zin is het opmerkelijk dat de verzekeringsgeneeskundigen van de aanmeldende instanties, die vaker ingrepen in het behandelingsproces, vaker en sneller contact hadden met de verzekerde zelf.

Tot slot kan men zich afvragen in hoeverre de interventie zelf wordt beïnvloed door de verschillende factoren.

De aanwezigheid van de VG in de stuurlijn van het behandelingsproces kan worden beschreven met:

- hoe lang deze interventie-periode geduurd heeft
- in welke fase van het verzuim de interventie plaats vond
- hoe lang het verzuim na de interventie-periode nog voortduurde.

Gemiddeld duurde de interventie-periode van de VG 45 werkdagen. De kortste periode was nul werkdagen en de langste periode was 232 werkdagen.

Het ingrijpen van de VG startte niet op een specifiek moment van de verzuimperiode. Gemiddeld waren er 39 werkdagen verlopen, voordat de VG in de stuurlijn kwam. Het snelst gebeurde dat na 3 werkdagen, de langste periode was 166 werkdagen.

Na de interventie-periode duurde het arbeidsverzuim nog gemiddeld 16 werkdagen. Veelal was daarna de verzuimperiode gelijk afgelopen, maar anderzijds kon deze periode nog 206 werkdagen voortduren.

Op de duur van de interventie-periode zelf was slechts het soort curatieve behandeling van invloed. In het voorafgaande is gemeld, dat onafhankelijk van de aanmeldende instanties is gevonden dat de VG vaker intervenieerde bij verzekerden, die slechts door de huisarts werden behandeld. Nu blijkt dit ook van invloed te zijn op de duur van deze interventie. Gemiddeld was deze periode 50% van de totale verzuimduur van de verzekerde, terwijl deze periode 30% van de totale verzuimduur was bij de verzekerden, die zowel door de huisarts als door een specialist werden behandeld.

Op het tijdstip van het begin van de interventie en op de periode na de bemoeienis van de VG met de behandeling van de verzekerde is de mate van geïnformeerdheid van de VG via de curatieve artsen van invloed gebleken. De VG greep sneller in wanneer er met een behandelende arts contact was (nl. 37% van de verzuimduur na werkstaking), dan wanneer dit contact ontbrak (nl. 47% van de verzuimduur na werkstaking). Opge-merkt moet worden dat het contact met de curatieve artsen op dat moment nog niet behoefde te zijn gelegd.

Daarentegen duurde de verzuimperiode na de interventie aanzienlijk langer wanneer er tussen de VG en de curatieve artsen contact was (nl. 22% van de verzuimduur tot het einde van het verzuim). Wanneer het onderling contact ontbrak, bleek de verzuimperiode veelal gelijk afgelopen (nl. 7% van de verzuimduur tot het einde van het verzuim).

4. SAMENVATTING EN KONKLUSIES

In hoofdstuk 2 is de frekwentie van de konsulten van de behandelende artsen, uitgedrukt in percentages van de verzuimduur, bekeken.

Gekonstateerd is dat dit behandelingspatroon afhankelijk was van de aard van de aandoening en de manier van medische behandeling.

Dit lijken uiterst triviale bevindingen, waarbij nog kan worden aange-tekend dat in geval van behandeling door zowel een huisarts als een specialist men zich af kan vragen of deze wijze van medische behandeling nodig was voor de aard en de ernst van de aandoening van de verzekerde of dat het hoge frekwentienivo van het medische kontakt en de langere verzuimduur inherent is aan deze wijze van de medische behandeling.

In hoofdstuk 3 is het optreden van de verzekeringsgeneeskundigen bij de verzekerden, die langer dan vier weken ziek waren, uitgebreid beschreven. Een aantal criteria voor dat optreden van de verzekeringsgeneeskundige is geanalyseerd naar de verschillende categorieën verzuimers.

Tabel 1.6 geeft een overzicht van de gevonden relaties.

In het algemeen is gevonden dat de verzekeringsgeneeskundigen per aanmeldende instantie een eigen nivo van optreden hadden. Zo lieten de verzekeringsgeneeskundigen van een aanmeldende instantie, met een hoog konsultpercentage, de verzekerden ook sneller terugkomen voor een konsult, nadat de verzekerde bij een curatieve arts was geweest. Zij waren aktiever bij de begeleiding van de verzekerden als het behandelingsproces niet geheel naar wens verliep. Daarnaast brachten zij meer de onderwerpen over het vervolgen en het beëindigen van het arbeidsverzuim ter sprake in hun kontakten met de verzekerden en werden tevens meer geïnformeerd door de behandelende artsen.

Elk van deze kenmerken voor het optreden van de VG werd beïnvloed door de factoren betreffende de verzekerden. Deze relaties zijn echter bijna nooit algemeen geldig voor het optreden van de verzekeringsgeneeskundigen van alle aanmeldende instanties. Binnen elke aanmeldende instantie bepaalden de verzekeringsgeneeskundigen hun eigen gedragslijnen bij de kontakten met de verzekerden.

Een beschouwing van de relaties, die zijn gevonden, toont aan dat deze, hoewel niet algemeen geldig voor alle criteria en voor elke anmeldende instantie, eenduidig zijn in hun richting.

Bij de persoonsgegevens is het geslacht de enige faktor, die niet gerelateerd is aan de criteria, die het optreden van de VG beschrijven.

Verder is bemerkt dat de VG minder actief was bij de verzekerden, die ouder zijn, maar juist wel aktiever wanneer het gaat om verzekerden zonder de Nederlandse nationaliteit en verzekerden met een lager beroepsnivo en daarmee samenhangend een ziektekostenverzekering via het ziekenfonds. Ook ten aanzien van de ziektegegevens van de verzekerden viel deze eenduidigheid op. De VG had meer kontakt met de verzekerden, die een psychische aandoening hadden of een ziekte van de ademhalingswegen of bewegingsorganen, terwijl de VG duidelijk minder actief was bij de verzekerden met een ongeval of lijdend aan circulatiestoornissen. Soms was het recidieve karakter van de aandoening reden tot meer aktiviteit bij de verzekeringsgeneeskundigen.

Voor de behandelingsfactoren tijdens het arbeidsverzuim gold dat belangrijk is door wie de verzekerde werd behandeld. Wanneer de verzekerde slechts onder behandeling was van de huisarts was de VG aktiever in zijn kontakten met de verzekerde. Daarnaast bleek een ziekenhuisopname gedurende de verzuimperiode de VG in zijn aktiviteiten te remmen. Slechts bij één anmeldende instantie bleek een ziekenhuisopname aktiverend te zijn voor het optreden van kontakt tussen de VG en de behandelende artsen.

Niet eenduidig was het optreden van de VG voor de groep van langdurig zieken, die niet arbeidsgeschikt zijn gebleken. De VG had met hen meer kontakt en praatte wat meer met hen en kwam vaker tot een interventie in het behandelingsproces. Daarnaast zag de VG deze verzekerden relatief minder vaak en de periode na een kuratief konsult tot het VG-konsult was gemiddeld groter. De relaties zijn voor alle anmeldende instanties gekonstateerd en zijn voor een belangrijk deel te danken aan de lange verzuimduur, waardoor de kans op het optreden van gebeurtenissen groter is.

Tot slot moet hier worden gememoreerd, dat het gaat om een sekundaire analyse van het onderzoeksmateriaal, die niet primair bedoeld was om deze vraagstelling te beantwoorden. Het aantal aanmeldende instanties met daarbij behorende verzekeringsgeneeskundigen is beperkt van aantal. De onderzochte criteria, die het optreden van de VG moeten beschrijven, zijn zeker niet volledig. Gepoogd is dus slechts te komen tot een illustratie van het gedrag van een groep verzekeringsgeneeskundigen op het nivo van de aanmeldende instanties, zonder de pretentie dit gedrag te analyseren of te toetsen aan eventueel bestaande gedragsregels.

Tabel 1.6 De gevonden relaties tussen de verschillende factoren betreffende persoon, ziekte en behandeling van de verzekerden en de criteria, die het optreden van een verzekerings-geneeskundige beschrijven, uitgesplitst over de vier aanmeldende instanties

KRITERIA FACTOREN	kontakt van VG met verzekerden	kontakt van VG met curatieve sektor	kontakt van VG met werkgever	de konsultatie-kwentie van de VG met de verzekerde	tijdstip van de VG-konsulten na een curatief konsult	onderwerp "kontinuerend" werkstaking	onderwerp "werkherhating"	Interventie van VG in de behandeling van de verzekerde
LEEFTIJD	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	algemeen: veel minder kontakt bij verzekerden ouder dan 50 jaar	algemeen: met de leeftijd neemt de periode toe	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren
GESLACHT	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren
NATIONALITEIT	geen relaties binnen de GAK-kantoren	1 GAK-kantoor: bij verzekerden zonder Ned.Nat. meer kontakt	geen relaties binnen de GAK-kantoren	algemeen: vaker kontakt bij verzekerden zonder Ned.Nat.	1 GAK-kantoor: de periode is kleiner bij verzekerden zonder Ned.Nat.	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren
BEROEPSNIVO	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	niet van toepassing: door geringe celvulling	algemeen: vaker kontakt met afnemend beroepsnivo	1 GAK-kantoor: hoe lager het beroepsnivo, hoe kleiner de periode	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren
ZIEKTEKOSTEN-VERZEKERING	geen relaties binnen de GAK-kantoren	1 GAK-kantoor: bij ziekenfonds-verz. meer kontakt	geen relaties binnen de GAK-kantoren	algemeen: vaker kontakt bij ziekenfonds-verzekerden	1 GAK-kantoor: langere periode bij partikulier-verzekerden	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	1 GAK-kantoor: vaker interventie bij ziekenfonds-verzekerden
DIAGNOSE	2 GAK-kantoren: meer kontakt bij: psych. en ademhaling weinig kontakt bij: urogenitaal en ongevallen	geen relaties binnen de GAK-kantoren	niet van toepassing: door geringe celvulling	algemeen: vaker kontakt bij: psych. aandoening minder kontakt bij ongevallen of circulatiestoornissen	2 GAK-kantoren: langere periode bij verzekerden met circulatiestoornissen	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	2 GAK-kantoren: vaker interventie bij psych., ademhaling en ademhalings- en bewegingsstoornissen
RECIDIËF	geen relaties binnen GAK-kantoren	geen relaties binnen GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	geen relaties binnen de GAK-kantoren	2 GAK-kantoren: bij recidieven werd meer gesproken	geen relaties binnen de GAK-kantoren	1 GAK-kantoor: vaker interventie bij recidieven
SOORT VAN BEHANDELENDE ARTSEN	2 GAK-kantoren: minder kontakt als verzekerden door alleen een specialist is behandeld	1 GAK-kantoor: meer kontakt indien verzekerden behandeld door HA en spec.	niet van toepassing: door geringe celvulling	algemeen: alleen voor kort verzuim geldt dat de VG meer kontakt met verz. had, indien alleen behandeld door HA en minder kontakt met verz., indien alleen behandeld door spec.	onduidelijke relaties	1 GAK-kantoor: bij de behandeling van verz. door HA werd meer gesproken met de VG	geen relaties binnen de GAK-kantoren	algemeen: vaker interventie bij geen cur. arts of alleen behandeld door HA.
ZIEKENHUIS-OPNAME	1 GAK-kantoor: meer kontakt wanneer geen ziekenhuis-opname	1 GAK-kantoor: meer kontakt indien wel een ziekenhuis-opname	geen relaties binnen de GAK-kantoren	algemeen: bij geen ziekenhuisopname, dan vaker kontakt met VG	niet van toepassing	1 GAK-kantoor: wanneer verz. niet is opgenomen in ziekenhuis, werd met VG meer gesproken	geen relaties binnen de GAK-kantoren	3 GAK-kantoren: vaker interventie bij verz. zonder ziekenhuisopname
AFLOOP	algemeen: meer kontakt bij arbeidsongeschikten	algemeen: meer kontakt bij arbeidsongeschikten	geen relaties binnen de GAK-kantoren	algemeen: minder vaak kontakt bij arbeidsongeschikten	algemeen: langere periode bij verz. die niet meer arbeidsgeschikt werden	algemeen: bij de verz. die niet meer arbeidsgeschikt werden, werd met de VG meer gesproken	niet van toepassing	2 GAK-kantoren: vaker interventie bij arbeidsongeschikten

DEEL 2 HET UITSPLITSSEN VAN DE TABELLEN 32A EN 32B VAN HET
EINDRAPPORT "GEZONDHEIDSZORG EN LANGE ZIEKETEDUREN"
NAAR DIAGNOSE I KATEGORIEËN EN NAAR LEEFTIJD

1. INLEIDING

De tabellen 32A en 32B beschrijven de duur van een aantal gebeurtenissen per individu (32A) en per gebeurtenis (32B), uitgesplitst voor de zogenaamde "werkhervatters" en "niet-werkhervatters".

Onder de "werkhervatters" wordt verstaan die personen, die na een verzuimperiode arbeidsgeschikt zijn gebleken. Hoewel de term "arbeidsgeschikt" juridisch slechts door een arts kan worden gekonstateerd, is het in deze betekenis in dit onderzoek niet gebruikt. Bedoeld is met "arbeidsongeschikt" de beëindiging van de verzuimperiode, al dan niet na beoordeling van de VG, met de mogelijkheid het werk te hervatten. Nu is gebleken dat van de 749 arbeidsgeschikten vrijwel allen het werk hebben hervat. Slechts een tweetal verzekerden beëindigden het dienstverband na de geboorte van een kind. In dat opzicht zullen in het vervolg de termen "werkhervatting" en "arbeidsgeschiktheid" als synoniemen worden gebruikt, ondanks de formele bezwaren daartegen.

De "niet-werkhervatters" zijn de overige verzekerden; zoals de verzekerden die op grond van hun leeftijd in de AOW kwamen na één jaar arbeidsongeschiktheid of tijdens de verzuimperiode zijn overleden.

Daarnaast is er een aantal verzekerden, die ten tijde van de afsluiting van het onderzoek niet geheel waren gevolgd in hun verzuimperiode, maar waarvan mag worden aangenomen dat zij naar de WAO zullen zijn overgegaan. Het doel van de tabellen was na te gaan of er verschillen bestonden in de duur van de verschillende behandelingsaspecten voor beide groepen verzekerden.

In het project "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" waren 862 verzekerden opgenomen, die minimaal vier weken arbeidsongeschikt waren, afkomstig van vier GAK-kantoren, nl. Den Haag, Leiden, Haarlem en Amsterdam.

In het rapport (NIPG, maart 1978) kwam men tot de konklusie dat het gezondheidszorgsysteem bij de groep "niet-werkhervatters" trager leek te reageren. Voor iedere onderzochte gebeurtenis was de duur voor de groep "niet-werkhervatters" groter. Signifikante verschillen in de duur met de groep "werkhervatters" zijn gekonstateerd bij de periode van het niet

gericht sturen door het medische kanaal, bij de verwijzing van huisarts naar een specialist en de periode na een diagnostische verrichting.

Gevraagd is deze bevindingen verder te onderzoeken naar diagnose en leeftijd.

Uiteraard staat het materiaal niet toe de uitsplitsing al te gedetailleerd te doen, zodat een keuze moest worden gemaakt.

Ten aanzien van de leeftijd is gekozen voor een tweedeling van het materiaal: jonger dan 50 jaar en 50 jaar en ouder, omdat daarbij voldoende celvulling resteerde over de groepen "werkhervatters" en "niet-werkhervatters" en omdat de leeftijd van 50 jaar maatschappelijk gezien een grens vormt, waarbij toekomstverwachtingen anders kunnen worden gericht.

Ten aanzien van de diagnosegroepen zijn er een aantal numeriek belangrijke groepen in het materiaal, die niet allen behoeven te leiden tot een goede vertegenwoordiging in de groep "niet-werkhervatters".

Tabel 2.0 geeft per diagnosegroep de percentages "niet-werkhervatters" gerangschikt naar dalend percentage. Bij de interpretatie moet rekening worden gehouden met het feit dat de uitgangspopulatie al minstens vier weken ziek was.

Tabel 2.0 Het percentage "niet-werkhervatters" per diagnose categorie verzekerden, die tenminste 4 weken ziek zijn bij aanvang van het onderzoek

diagnosegroepen	totaal aantal verze- kerden	"niet-werkhervatters" % aantal van het totaal
- aangeboren misvormingen	2	1 50
- ziekten van het circulatieapparaat	87	29 33
- endocrine stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten	8	2 25
- nieuwvormingen	9	2 22
- ziekten der bewegingsorganen	217	40 18
- psychische afwijkingen	130	15 12
- ziekten van de ademhalingswegen	44	5 11
- ziekten van het urogenitaal systeem	32	3 9
- ziekten van het spijsverterings-systeem	108	10 9
- ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	44	4 9
- zwangerschap, baring en kraambed	12	1 8
- ongevallen	135	1 0.7
- infectieziekten	13	0 0
- ziekten van bloed en bloedbereidende organen	4	0 0
- ziekten van de huid en onderhuids bindweefsel	9	0 0
- onbekend	8	0 0
totaal	862	113 13

Op grond van voldoende celvulling is dan ook gekozen voor de volgende diagnosekategorieën:

- psychische afwijkingen
- ziekten van het circulatieapparaat
- ziekten van de spijsverteringsorganen
- ziekten van de bewegingsorganen

Tot slot is binnen de groep van de aandoening aan de bewegingsorganen ook nog een opsplitsing naar de leeftijd mogelijk.

2. RESULTATEN

De oneven genummerde tabellen (1-17) geven de duren van de verschillende gebeurtenissen, verzameld per verzekerde. Dit heeft slechts een beschrijvende waarde, omdat de frekwentie van een aantal gebeurtenissen afhankelijk is van de verzuimduren. Hierdoor zijn de gemiddelde duren van de gebeurtenissen per verzekerde voor de groep "niet-werkhervatters" steeds langer dan de gemiddelde duren voor de groep "werkhervatters". Deze waarden zijn niet met elkaar te vergelijken. Vergelijken is wel mogelijk in de even genummerde tabellen (2-18), waarin de gemiddelde duren per gebeurtenis worden gepresenteerd.

Uit de oneven tabellen is te konstaten dat de leeftijd geen reden was om de verzekerde medisch anders te behandelen. De verschillende soorten gebeurtenissen kwamen bij beide onderscheiden leeftijdsgroepen in gelijke mate voor.

Deze incidentie van gebeurtenissen was anders voor de verschillende diagnosegroepen. De verzekerden met aandoeningen in het spijsverteringssysteem of stoornissen van het circulatieapparaat werden vaker in het ziekenhuis opgenomen. De verzekerden met ziekten van de bewegingsorganen werden veel vaker dan anderen verwezen naar een paramedicus, een fysiotherapeut in dit geval. Daarentegen kwamen de verzekerden met psychische aandoeningen veel minder in het ziekenhuis, werden er veel minder verrichtingen gedaan, kwam er bij hen veel vaker een periode van niet gericht sturen van het medische systeem voor en waren er meer verzekerden genoteerd, die dagen voor eigen rekening hadden genomen.

De even genummerde tabellen laten de gemiddelde duren per gebeurtenis zien. Dit betekent dat één verzekerde meerdere malen kan bijdragen aan dat gemiddelde. Via de oneven genummerde tabel kan men nagaan om hoeveel verzekerden het gaat. Omdat deze maat onafhankelijk zou moeten zijn van de verzuimduur kunnen de groepen "werkhervatters" en "niet-werkhervatters" met elkaar worden vergeleken. Zoals ook is aangegeven in het rapport "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" traden er verschillen op bij drie items, nl.:

- de verwijzing van de huisarts naar een specialist
- de tijd na een diagnostische verrichting tot het konsult waarin de diagnostiek wordt ingebouwd
- de tijd, die verstrijkt zonder dat het medische systeem een behandelingsstrategie aangeeft

Deze gebeurtenissen duurden langer bij de groep "niet-werkhervatters".

De uitsplitsing over de verschillende diagnosekategorieën laat nu zien dat bij de groep verzekerden met psychische aandoeningen er een verschil was in de tijd ten gevolge van het niet gericht sturen van het medische systeem tussen de "werkhervatters" en "niet-werkhervatters" en dat de verzekerden met ziekten van de bewegingsorganen een verschil tussen de beide groepen lieten zien ten aanzien van de tijd na een diagnostische verrichting.

Het derde verschil, nl. de verwijzing van huisarts naar een specialist, is niet getraceerd in een aandoening.

Uitsplitsing over de leeftijd toonde aan dat bij de oudere verzekerden de "werkhervatters" verschilden van de "niet-werkhervatters" ten aanzien van de duur van de verwijzing door de huisarts naar de specialist, terwijl ook de tijd na een diagnostische verrichting groter was voor de "niet-werkhervatters". Deze tendens was dezelfde bij de verzekerden met ziekten van de bewegingsorganen en het verschil in de duur werd dan ook teruggevonden bij de verzekerden van 50 jaar en ouder met last van de bewegingsorganen.

Onduidelijk is in dat opzicht de herkomst van het verschil in duur ten gevolge van het niet-gericht sturen tussen de groepen "werkhervatters" en "niet-werkhervatters" bij de jongeren met last van de bewegingsorganen.

Opgemerkt moet worden dat men hier te maken heeft met onvolledige bevindingen, omdat niet alle diagnosegroepen zijn onderzocht en de leeftijd alleen bij de verzekerden met ziekte van de bewegingsorganen is bekeken.

de wachttijden in de genamrslaborgroep voor de groepen werkhervatters en
 "niet werkhervatters. Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in
 werkdagen, voor de gehele onderzoeksgroep

ITEMS	werkhervatters (n = 749)					niet werkhervatters (n = 113)				
	gemidd. duur (werk- dagen]	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkda- gen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen]			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen]
de totale verzuimduur	59					228				
de totale wachttijd	12.7	75%				36.8	86%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	1.5	30	749	100	1.5	2.4	17	113	100	2.4
wachttijd voor op- name ziekenhuis	1.1	8	119	16	7.1	6.0	19	36	32	18.7
verwijzing van huis- arts naar specialist	2.6	28	305	41	6.4	5.1	38	55	49	10.5
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.4	4	41	5	6.6	2.0	12	22	20	10.4
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	1.5	15	144	19	7.6	5.5	33	48	43	13.0
wachttijd voor een verrichting	2.5	28	487	65	3.8	4.7	38	85	75	6.3
wachttijd na een diagn. verrichting	2.5	32	400	53	4.7	5.5	40	68	60	9.2
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	1.1	11	102	14	7.7	5.8	25	36	32	18.1
dagen voor rekening van de patiënt	1.4	31	234	31	4.5	2.6	27	31	27	9.4

Tabel 2-2 De wachttijden in het gezondheidszorgsysteem voor de groepen "werkhervatters" en "niet-werhervatters".
 Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de totale groep

ITEMS	werkhervatters (n=749)					niet werkhervatters (n=113)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	137	0	6.2	13.5	0-96	53	2.0	12.7	28.5	0-179	-1.61	0.113
verwijzing van huis- arts naar specialist	319	3.0	6.1	7.8	0-35	66	6.0	8.7	8.5	0-40	-2.45	0.015
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	45	4.0	6.0	6.3	0-23	27	3.0	8.4	12.4	0-51	-0.94	0.354
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	157	4.0	7.0	8.3	0-34	75	4.0	8.3	11.1	0-59	-1.02	0.309
wachttijd voor een verrichting	1190	0.4	2.6	5.4	0-49	319	0.7	2.7	6.7	0-62	-0.39	0.697
wachttijd na een diagnostische verrichting	786	2.0	4.0	5.5	0-32	176	4.0	6.0	8.1	0-56	-3.15	0.002
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	114	5.0	6.9	8.0	0-55	39	7.0	16.7	26.3	0-123	-2.29	0.027

Tabel 2-3 De wachttijden in het gezondheidszorgsysteem voor de groepen "werkhervatters" en "niet werkhervatters". Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "Psychische afwijkingen"

ITEMS	werkhervatters (n = 115)					niet werkhervatters (n = 15)				
	gemidd. duur (werk- dagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkda- gen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)
de totale verzuimduur	63.0					229.7				
de totale wachttijd	10.7	83%				27.1	87%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	2.2	42	115	100	2.2	1.7	27	15	100	1.7
wachttijd voor op- name ziekenhuis	0.18	2	5	4	4.2	1.9	13	3	20	9.7
verwijzing van huis- arts naar specialist	2.8	30	41	36	7.8	6.4	40	8	53	12.0
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.10	2	3	3	4.0	1.0	20	3	20	5.0
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	0.13	2	3	3	5.0	2.7	13	3	20	13.3
wachttijd voor een verrichting	1.5	24	51	44	3.3	2.8	47	10	67	4.2
wachttijd na een diagn. verrichting	2.3	30	43	37	6.3	6.3	53	10	67	9.5
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	1.6	24	29	25	6.2	4.3	20	4	27	16.0
dagen voor rekening van de patiënt	2.5	43	49	43	5.9	1.7	27	4	27	6.5

Tabel 2-4

De wachttijden in het gezondheidszorgsysteem voor de groepen "werkhervatters" en "niet-werkhervatters".
Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "Psychische aandoeningen"

ITEMS	werkhervatters (n=115)					niet werkhervatters (n=15)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	6	1.3	3.5	6.4	0-16	5	1.3	5.8	10.9	0-25	-0.44	0.672
verwijzing van huis- arts naar specialist	42	4.5	7.6	8.3	0-29	10	5.5	9.6	9.4	0-24	-0.65	0.517
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	3	3.0	4.0	4.6	0-9	4	1.5	3.8	5.0	0-11	0.07	0.949
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	4	1.5	3.8	5.6	0-12	4	4.5	10.0	11.2	0-25	-1.0	0.357
wachttijd voor een verrichting	123	0.34	1.9	3.7	0-22	31	0.75	1.8	2.7	0-12	0.16	0.873
wachttijd na een diagnostische verrichting	103	2.8	4.8	6.1	0-24	23	7.3	6.0	4.5	0-13	-0.89	0.378
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	32	4.2	5.6	5.2	0-21	5	13.0	12.8	8.0	0-20	-2.66	0.012

"niet werkhervatters. Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "ziekten van het circulatie-apparaat"

ITEMS	werkhervatters (n = 58)					niet werkhervatters (n = 29)				
	gemidd. duur (werk- dagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkda- gen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)
de totale verzuimduur	66.5					237.7				
de totale wachttijd	15.7	64%				36.7	86%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	0.74	24	158	100	0.74	2.5	28	29	100	2.5
wachttijd voor op- name ziekenhuis	4.3	16	20	34	12.6	9.5	21	12	41	23.0
verwijzing van huis- arts naar specialist	3.6	31	25	43	8.4	3.0	35	11	38	7.8
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.09	2	1	2	5.0	2.8	21	7	24	11.6
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	0.53	3	3	5	10.3	1.3	21	8	28	4.8
wachttijd voor een verrichting	3.7	31	40	69	5.4	8.6	52	22	76	11.3
wachttijd na een diagn. verrichting	2.6	33	24	41	6.3	3.9	35	18	62	6.3
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	0.02	2	2	3	0.5	5.1	14	5	17	29.6
dagen voor rekening van de patiënt	0.52	19	11	19	2.7	2.5	28	8	28	9.1

Tabel 2-6

De wachttijden in het Gezondheidszorgsysteem voor de groepen werkhervatters en "niet werkhervatters. Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "ziekten van het circulatie-apparaat"

ITEMS	werkhervatters (n= 58)					niet werkhervatters (n=19)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurtenissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurtenissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor opname ziekenhuis	25	0.28	10.1	22.1	0-96	17	0.35	16.2	44.8	0-179	-0.53	0.605
verwijzing van huisarts naar specialist	28	4.8	7.5	8.6	0-31	12	7.5	7.2	5.6	0-18	0.11	0.913
verw. van een specialist naar een andere specialist	1	5.0	5.0	(-)	(-)	8	3.5	10.1	13.4	0-35	-1.08	0.316
wachttijd voor 1e consult v.e. paramedicus	3	11.0	10.3	10.0	0-20	10	1.5	3.8	4.4	0-12	1.70	0.118
wachttijd voor een verrichting	153	0.25	3.2	7.0	0-35	122	0.30	3.7	9.7	0-62	-0.46	0.643
wachttijd na een diagnostische verrichting	76	3.2	4.5	5.1	0-20	50	4.1	5.3	6.8	0-31	-0.74	0.460
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	2	0.50	0.50	0.71	0-1	5	8.8	29.6	46.3	0-111	-1.41	0.233

Tabel 2-6 De wachttijden in het Gezondheidszorgsysteem voor de groepen werkhervatters en "niet werkhervatters. Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "ziekten van het circulatie-apparaat"

ITEMS	werkhervatters (n= 58)					niet werkhervatters (n=19)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurtenissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurtenissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	25	0.28	10.1	22.1	0-96	17	0.35	16.2	44.8	0-179	-0.53	0.605
verwijzing van huis- arts naar specialist	28	4.8	7.5	8.6	0-31	12	7.5	7.2	5.6	0-18	0.11	0.913
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	1	5.0	5.0	(-)	(-)	8	3.5	10.1	13.4	0-35	-1.08	0.316
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	3	11.0	10.3	10.0	0-20	10	1.5	3.8	4.4	0-12	1.70	0.118
wachttijd voor een verrichting	153	0.25	3.2	7.0	0-35	122	0.30	3.7	9.7	0-62	-0.46	0.643
wachttijd na een diagnostische verrichting	76	3.2	4.5	5.1	0-20	50	4.1	5.3	6.8	0-31	-0.74	0.460
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	2	0.50	0.50	0.71	0-1	5	8.8	29.6	46.3	0-111	-1.41	0.233

Uit tabel 3.2 volgt een vijftal diagnose-kategorieën, waarin voldoende verzekerden zijn met een ziekenhuisopname tijdens de arbeidsverzuimperiode.

Deze diagnosegroepen zijn:

- ziekten van het urogenitaal systeem
- ziekten van het circulatie-apparaat
- ziekten van de spijsverteringsorganen
- ziekten van de bewegingsorganen
- ongevallen

Vervolgens kan men zich afvragen of er andere subgroepen dan diagnosegroepen zijn te formeren, waarbinnen de invloed van een VG-kontakt na een ziekenhuisperiode op de resterende verzuimduur kan worden vastgesteld.

In dat opzicht is het interessant te zoeken naar die persoons- of ziektekenmerken, die hebben geleid tot een ander gedrag van de VG met betrekking tot het nabezzoek na een opnameperiode.

Het bleek dat van de onderzochte persoons- en ziektevariabelen, zoals leeftijd, geslacht, nationaliteit, beroepsnivo, ziektekostenverzekering van de verzekerde en het recidief-zijn van de aandoening, alleen de leeftijd is gerelateerd met de incidentie van het VG-kontakt na een ziekenhuisperiode. Van de 49 verzekerden, die na hun ontslag uit het ziekenhuis geen contact meer hadden met de VG, was de gemiddelde leeftijd 45 jaar. Deze leeftijd was significant lager voor de groep van 106 verzekerden, die wel contact met de VG hebben gehad na hun opname in het ziekenhuis, nl. 38 jaar ($t = 2.89 / \sqrt{153} / P = 0.002$).

Het leek dus zinvol om subgroepen te vormen op basis van de leeftijd. Hiertoe is de leeftijd gedichotomiseerd en om reden van voldoende celvulling is de grens gelegd bij 50 jaar.

Samengevat beperken wij het onderzoek naar de relatie tussen het nabezzoek van de VG na het ontslag uit het ziekenhuis en het in die fase nog voortduren van het verzuim tot de groep, die slechts eenmaal in het ziekenhuis was opgenomen en die arbeidsgeschikt zijn gebleken na afloop van de verzuimperiode.

Naast de gehele groep kunnen we de relatie onderzoeken voor een vijftal diagnosegroepen en een tweetal leeftijdsgroepen.

De aantallen verzekerden voor de groepen zijn verzameld in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Het aantal verzekerden, die eenmaal zijn opgenomen in een ziekenhuis en die arbeidsgeschikt zijn verklaard, uitgesplitst naar incidentie van de kontakten met de VG

Subgroep	geen VG gezien na de ziekenhuis- periode	wel VG gezien na de ziekenhuis- periode	totaal
- totale onderzoeksgroep	49	106	155
- ziekten van het circulatie- apparaat	9	16	25
- ziekten van de spijsverterings- organen	8	25	33
- ziekten van het urogenitaal- systeem	5	12	17
- ziekten van de bewegingsor- ganen	9	21	30
- ongevallen	4	12	16
- jonger dan 50 jaar	25	82	107
- 50 jaar en ouder	24	24	48

2. RESULTATEN

Ten aanzien van de invloed van de VG na een ziekenhuisperiode kan men zich afvragen:

1. of het kontakt met de VG na een ziekenhuisperiode wel enige invloed heeft op de duur van het verzuim na het ontslag uit het ziekenhuis;
2. of het tijdstip, waarop de VG na de ziekenhuisperiode reageert, van invloed is op de resterende verzuimduur.

Ten aanzien van deze twee aspecten volgen nu de resultaten.

2.1 De invloed van de incidentie van het kontakt van de verzekerde met de VG na een ziekenhuisperiode op de daarna nog voortdurende verzuimperiode

Er is een verschil gekonstateerd in de duur van de periode na het ontslag uit een ziekenhuis tot het einde van de verzuimperiode voor de groep verzekerden, die na hun ziekenhuisperiode met een verzekerings-geneeskundige kontakt hebben gehad en de verzekerden, die in het geheel geen VG meer hebben gezien.

De 49 verzekerden, die geen kontakt met de VG hadden, hadden een gemiddeld kortere resterende verzuimduur (= 28 werkdagen) dan de 106 verzekerden, die wel kontakt met de VG na hun ziekenhuisperiode hebben gehad. (= 49 werkdagen) Dit verschil is significant ($t = -4.63/v = 151.72/P < 0.0001$).

Geen van de diagnosecategorieën, die zijn onderzocht bevestigde dit verschil. Bij allen was eenzelfde tendens aanwezig, alleen zijn de verschillen niet significant.

Daarentegen zijn de verschillen wel significant voor de twee leeftijdsgroepen. Ook daar waren de verschillen in de resterende verzuimduur na een ziekenhuisperiode volgens het algemene beeld. Tabel 3.4 geeft een overzicht.

Tabel 3.4 De lengte van de periode na een ziekenhuisopname tot het einde van de verzuimduur naar diagnose, leeftijd en de aanwezigheid van de VG

subgroep	geen VG na de ziekenh. periode		wel VG na de ziekenh. periode		t-toets	
	aantal	gemid. duur (werkd.)	aantal	gemid. duur (werkd.)	t	P
- totale groep	49	28	106	49	-4.63	<0.001
- ziekten van het circulatieapparaat	9	29	16	57	-1.73	0.098
- ziekten van de spijsverterings- organen	8	19	25	32	-1.84	0.076
- ziekten van het urogenitaal systeem	5	31	12	55	-1.70	0.110
- ziekten van de bewegingsorganen	9	31	21	50	-1.59	0.124
- ongevallen	4	40	12	59	-1.15	0.270
- jonger d.50 jaar	25	31	82	45	-2.68	0.005
- 50 jaar en ouder	24	26	24	63	-3.41	0.002

Opmerkelijk was de lengte van de resterende verzuimperiode bij de groep verzekerden van 50 jaar en ouder, die geen contact met de VG hebben gehad na het ontslag uit het ziekenhuis. Hoewel deze leeftijdsgroep relatief vaker geen contact met de verzekeringsgeneeskundige had na een ziekenhuisperiode, bleek dit niet tot uiting te komen in de lengte van de verzuimduur na het ontslag uit het ziekenhuis. Deze was zelfs korter dan de totale gemiddelde duur van deze periode.

Uit deze bevindingen kan worden gekonkludeerd dat het gedrag van de VG meer als reactief dan als actief te beschouwen is.

Een verklaring hiervoor kan liggen in de eigen interne organisatie, waardoor de VG pas enige tijd na ontslag uit een ziekenhuis kan reageren, waardoor de verzekerden, die binnen die termijn reeds arbeidsgeschikt zijn geworden, niet meer kunnen worden bereikt.

Een andere verklaring is dat de VG pas reageert wanneer de periode na een ziekenhuisopname langer gaat duren dan was verwacht. Deze verwachting kan mogelijk zijn gebaseerd op de diagnose of de leeftijd van de verzekerde.

Tabel 3.5 geeft dan een beeld van die verwachting en de mogelijkheden van de interne organisatie.

Tabel 3.5 De gemiddelde duren, verzameld voor de verschillende perioden over de verschillende diagnosegroepen en leeftijdsklassen

Subgroep	aantal verze- kerden	periode na de ziekenhuis opname tot en met het eerstvolgende konsult met de VG			periode na het konsult van de VG tot het einde van de verzuimperiode		
		gemidd. duur (werkd.)	min. duur	max. duur	gemidd. duur (werkd.)	min. duur	max. duur
- totale groep	106	21	1	- 120	29	0	- 161
- ziekten van het circulatieappa- raat	16	16	1	- 70	41	3	- 152
- ziekten van de spijsverterings- organen	25	16	5	- 36	16	0	- 83
- ziekten van het urogenitaal sy- steem	12	24	7	- 50	31	3	- 93
- ziekten van de bewegingsorganen	21	25	3	- 119	25	0	- 94
- ongevallen	12	29	1	- 120	30	8	- 102
- jonger dan 50 jaar	82	20	1	- 120	25	0	- 157
- 50 jaar en ouder	24	21	4	- 119	42	0	- 161

2.2 De invloed van het tijdstip waarop de VG na een zie- kenhuisperiode reageert op de resterende verzuimduren

De bedoeling was vast te stellen of het tijdstip van een eerste contact tussen de verzekerde en de verzekeringsgeneeskundige na een ziekenhuisperiode effect had op de duur van de daarna nog voortdurende ziekteverzuimperiode.

Tussen beide perioden geeft de korrelatie-koëfficiënt de samenhang aan, terwijl een grafische weergave een indruk geeft van de aard van deze samenhang.

Tabel 3.6 en de figuren 3.1 t/m 3.8 geven de resultaten.

Tabel 3.6 De relatie tussen de periode na het ontslag uit het ziekenhuis tot en met het eerstvolgende konsult van de verzekeringsgeneeskundige en de daarna nog voortdurende verzuimperiode voor de verzekerden, die arbeidsgeschikt waren na afloop van de verzuimperiode en die slechts één ziekenhuisopname hebben gehad, uitgesplitst na diagnose en leeftijd

subgroepen	aantal verze- kerden n	korrelatie koëfficiënt r	overschrij- dingskans P
- totale groep	106	-0.117	0.232
- ziekten van het circulatie apparaat	16	-0.212	0.430
- ziekten van de spijsverte- ringsorganen	25	-0.165	0.430
- ziekten van het urogenitaal systeem	12	-0.012	0.970
- ziekten van het bewegings- apparaat	21	-0.087	0.708
- ongevallen	12	-0.463	0.130
- jonger dan 50 jaar	82	-0.083	0.459
- 50 jaar en ouder	24	-0.185	0.388

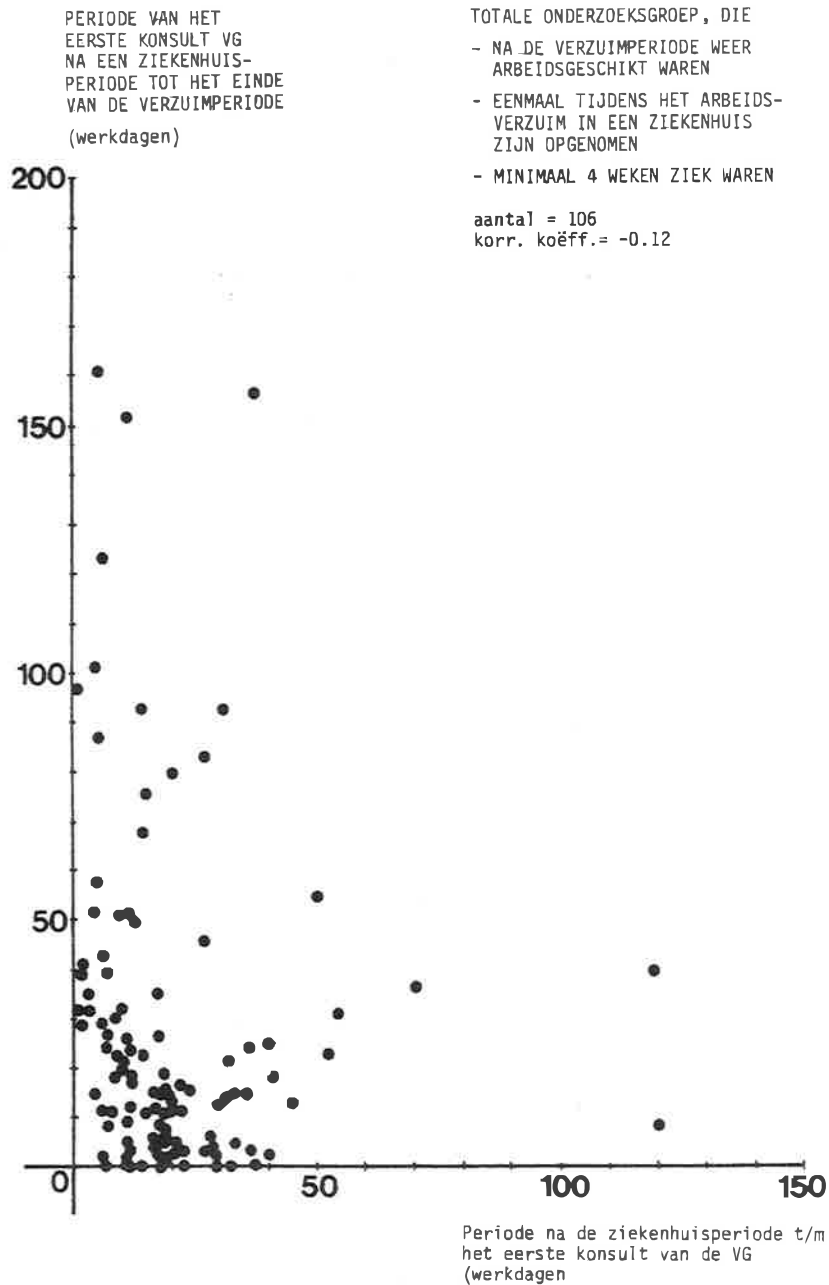
Uit de tabel 3.6 en de figuren 3.1 t/m 3.8 volgt dat er geen relatie kon worden aangetoond tussen de beide perioden.

De korrelatie-koëfficiënten verschilden geen van allen significant van nul. Alleen het teken geeft aan dat de relatie een mogelijk negatieve zou kunnen zijn. Dat wil zeggen dat als de VG snel na een ziekenhuisperiode contact had met de verzekerde, de daarna volgende periode langer duurde. En andersom zou gelden dat wanneer de VG veel langer de tijd nam, de daarna volgende verzuimperiode korter was.

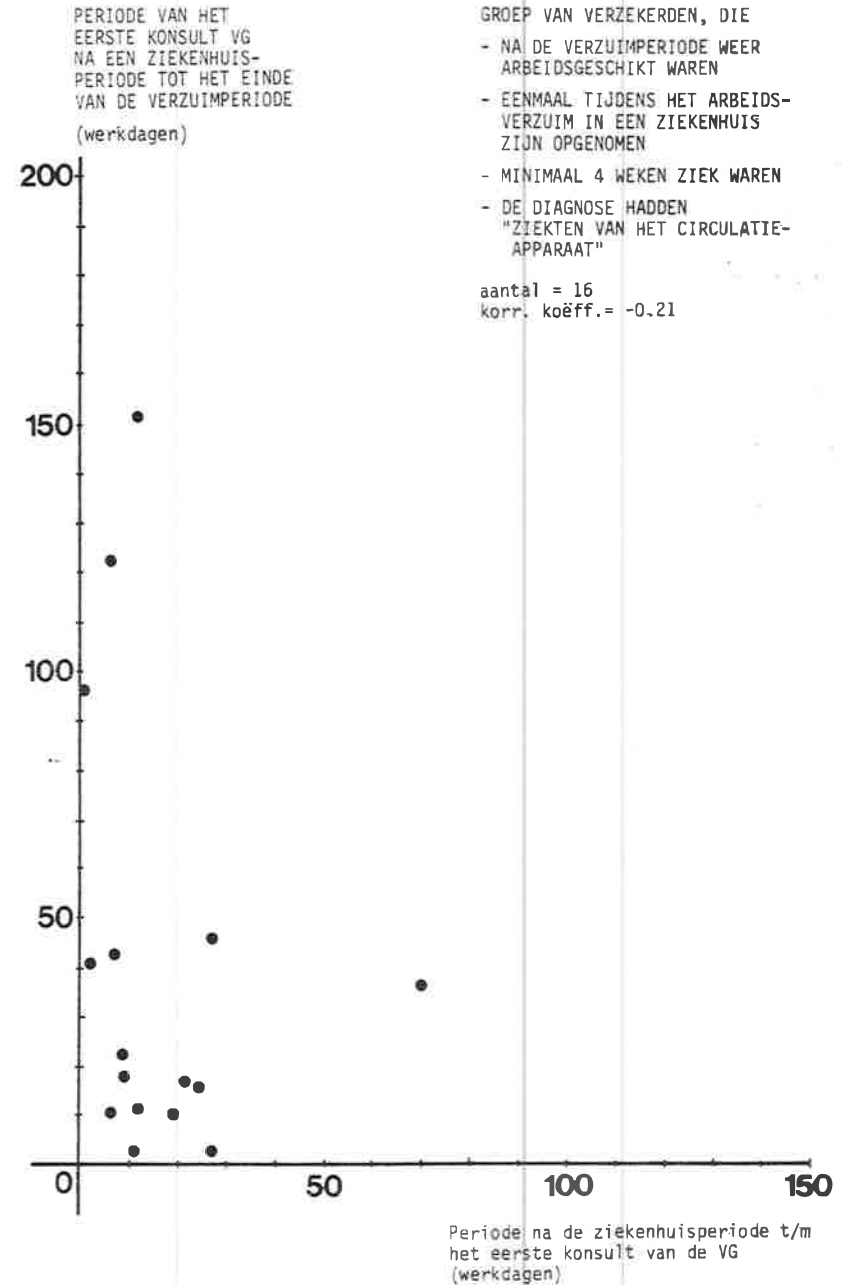
Uit de figuren blijkt dat de perioden na het contact met de verzekeringsgeneeskundige tot het einde van het verzuim zeer sterk varieerden.

Dit betekent dat het kontakt van de VG met de verzekerde, op welk tijdstip dat dan ook plaatsvond, niet van invloed was op de resterende lengte van de verzuimduur na een ziekenhuisperiode.

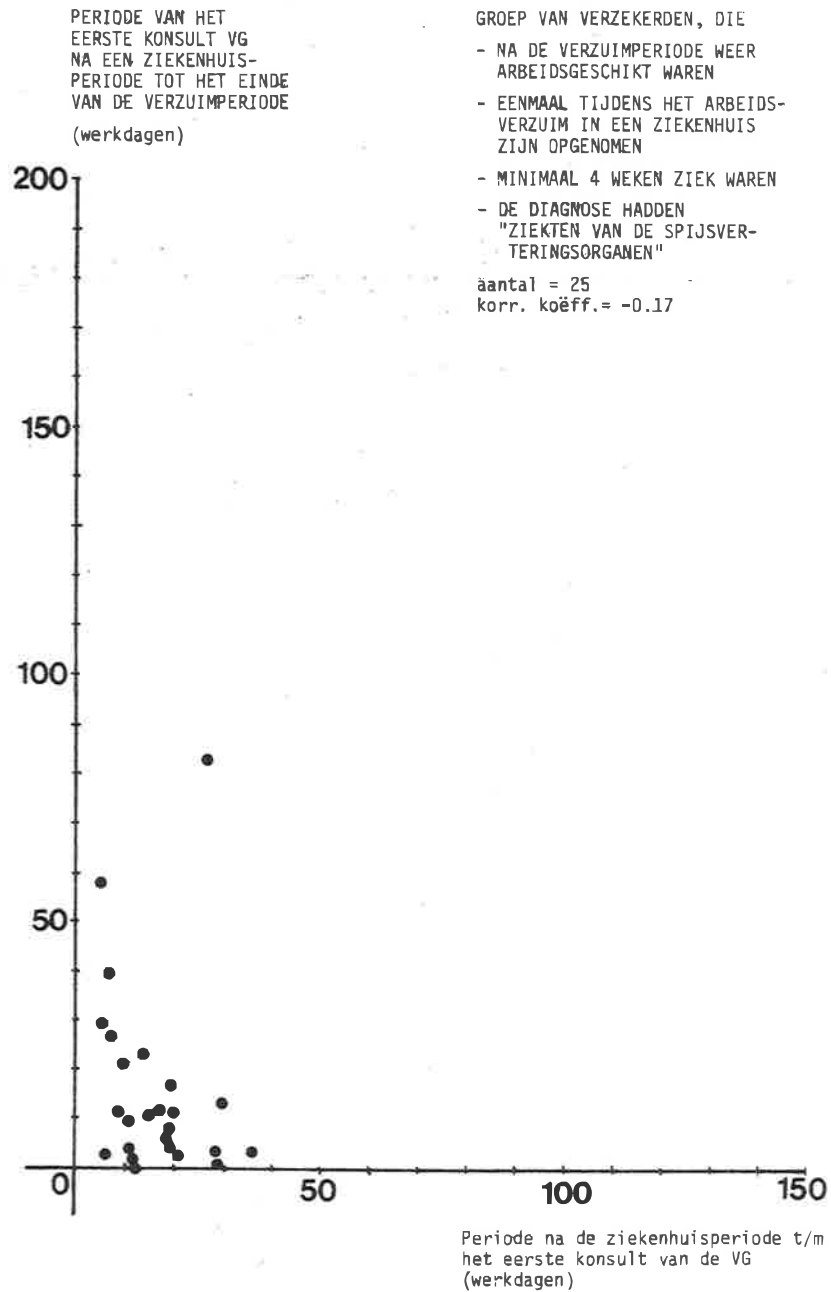
FIGUUR 3.1



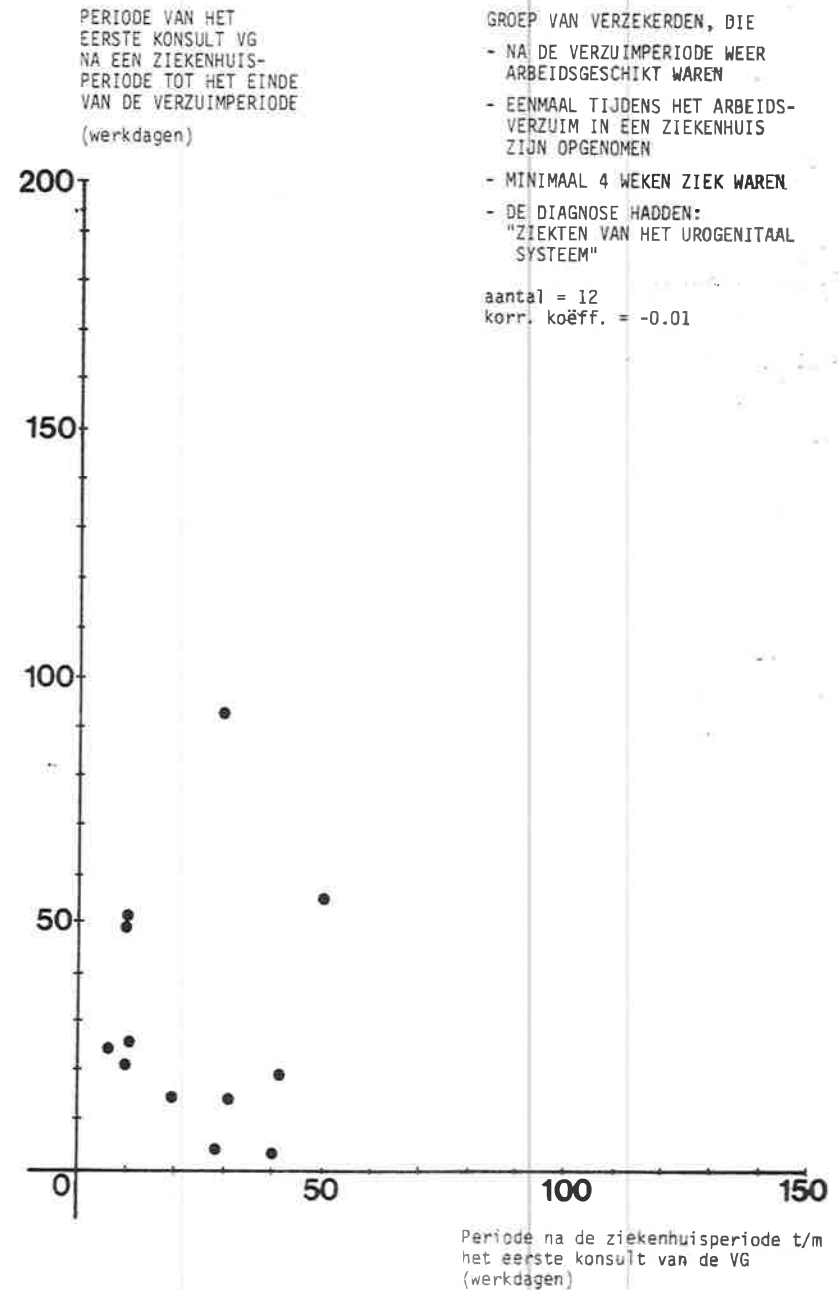
FIGUUR 3.2



FIGUUR 3.3



FIGUUR 3.4



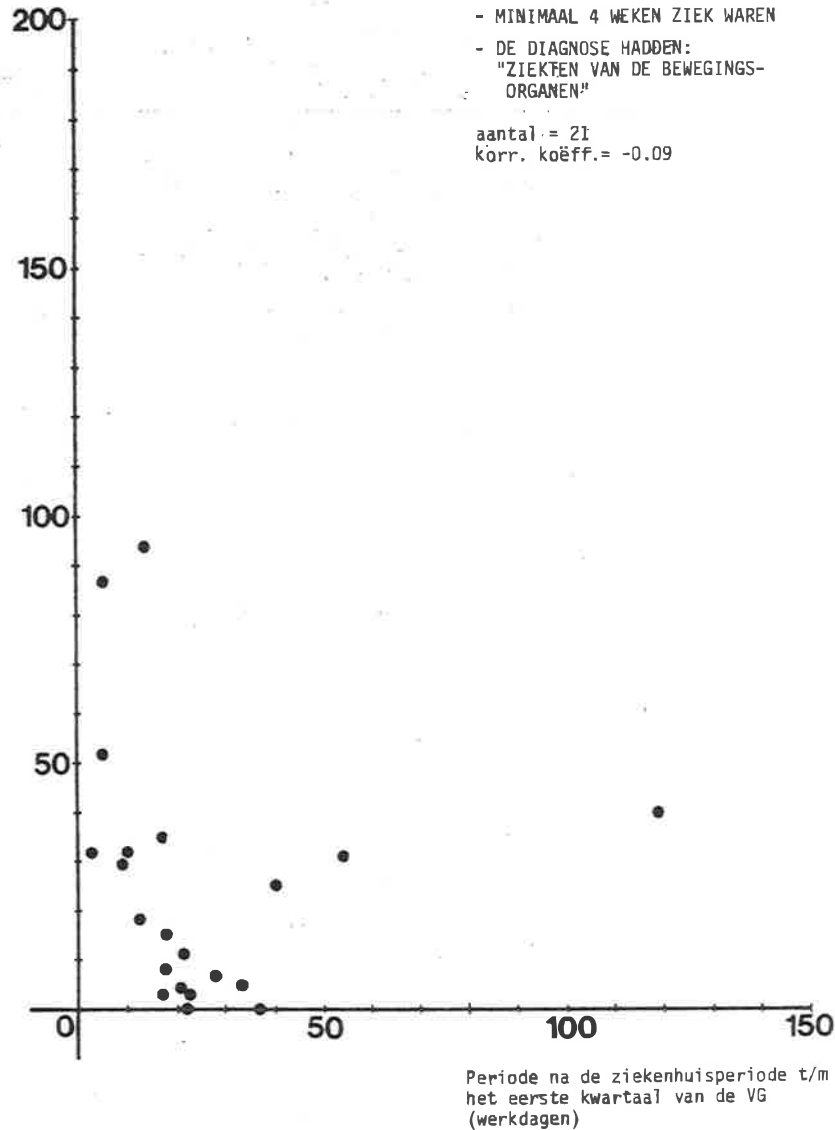
FIGUUR 3.5

PERIODE VAN HET
EERSTE KONSULT VG
NA EEN ZIEKENHUIS-
PERIODE TOT HET EINDE
VAN DE VERZUIMPERIODE
(werkdagen)

GROEP VAN VERZEKERDEN, DIE

- NA DE VERZUIMPERIODE WEER
ARBEIDSGESCHIKT WAREN
- EENMAAL TIJDENS HET ARBEIDS-
VERZUIM IN EEN ZIEKENHUIS
ZIJN OPGENOMEN
- MINIMAAL 4 WEKEN ZIEK WAREN
- DE DIAGNOSE HADDEN:
"ZIEKTEN VAN DE BEWEGINGS-
ORGANEN"

aantal = 21
korr. koëff. = -0.09



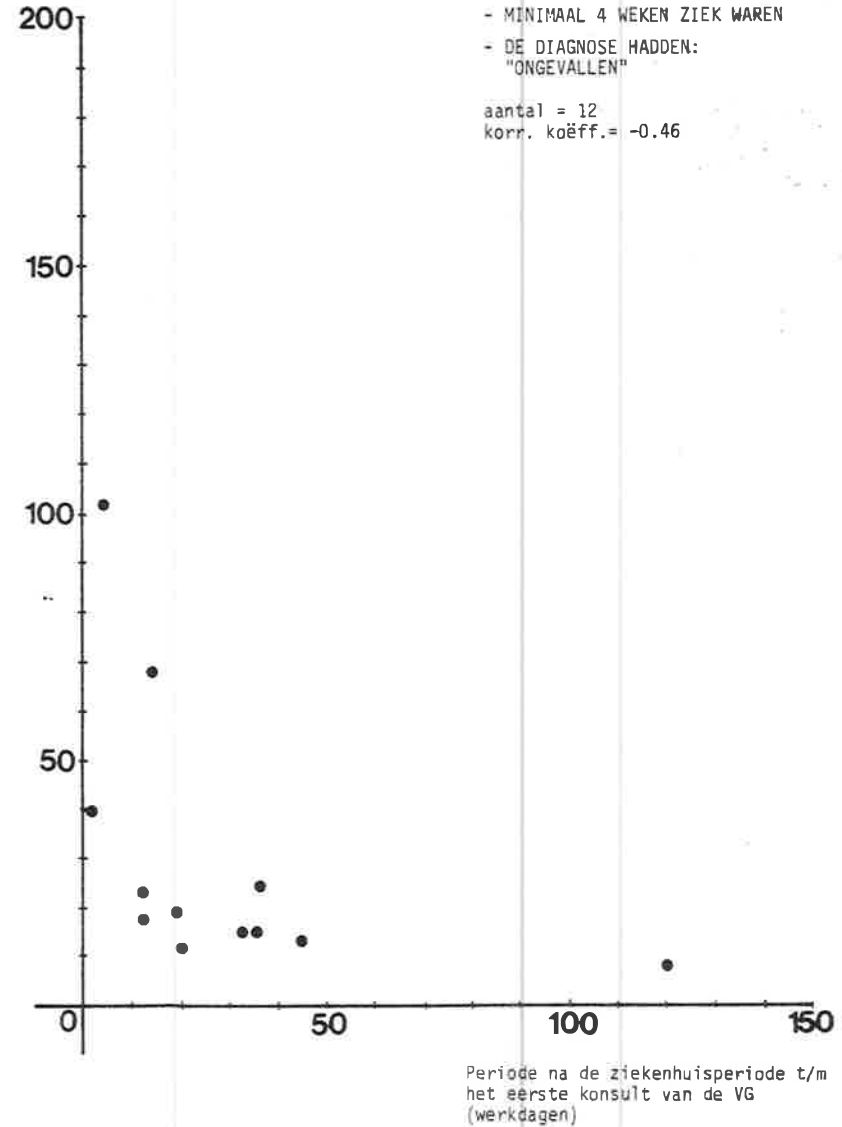
FIGUUR 3.6

PERIODE VAN HET
EERSTE KONSULT VG
NA EEN ZIEKENHUIS-
PERIODE TOT HET EINDE
VAN DE VERZUIMPERIODE
(werkdagen)

GROEP VAN VERZEKERDEN, DIE

- NA DE VERZUIMPERIODE WEER
ARBEIDSGESCHIKT WAREN
- EENMAAL TIJDENS HET ARBEIDS-
VERZUIM IN EEN ZIEKENHUIS
ZIJN OPGENOMEN
- MINIMAAL 4 WEKEN ZIEK WAREN
- DE DIAGNOSE HADDEN:
"ONGEVALLEN"

aantal = 12
korr. koëff. = -0.46

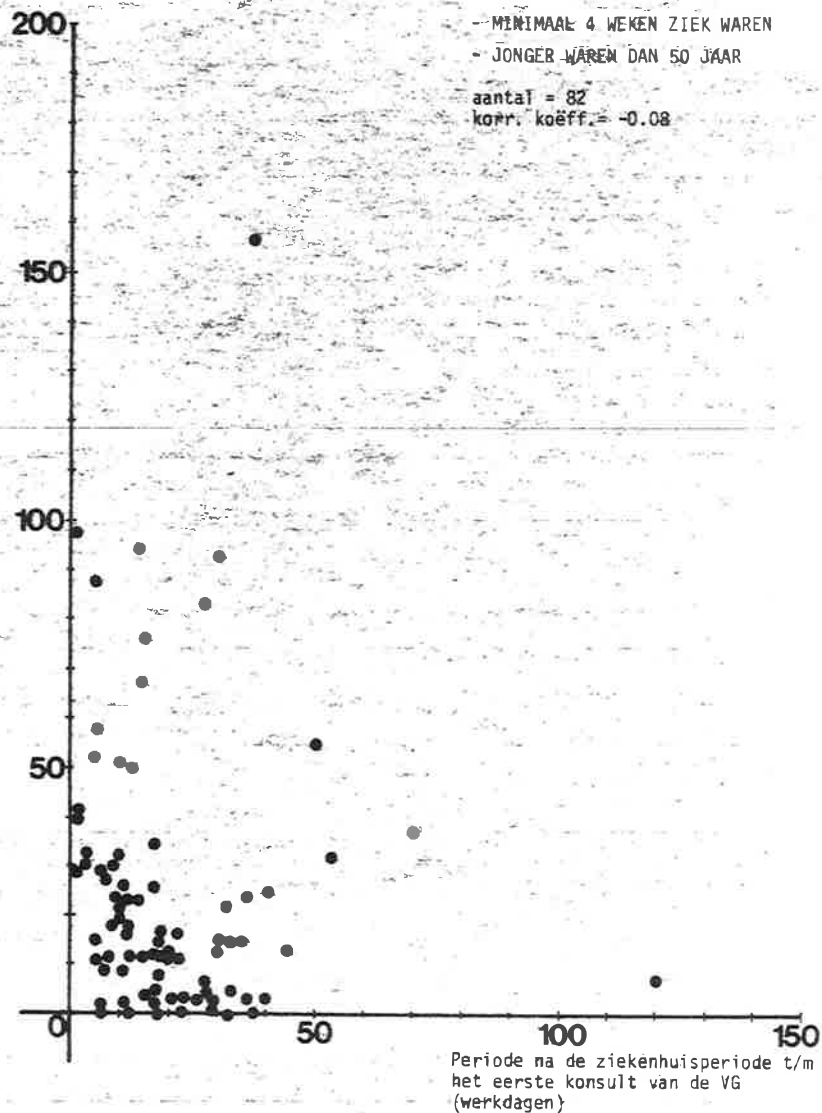


FIGUUR 3.7

PERIODE VAN HET
EERSTE KONSULT VG
NA EEN ZIEKENHUIS-
PERIODE TOT HET EINDE
VAN DE VERZUIMPERIODE
(werkdagen)

- GROEP VAN VERZEKERDEN, DIE
- NA DE VERZUIMPERIODE WEEER
ARBEIDSGESCHIKT WAREN
 - EENMAAL TIJDENS HET ARBEIDS-
VERZUIM IN EEN ZIEKENHUIS
ZIJN OPGENOMEN
 - MINIMAAL 4 WEKEN ZIEK WAREN
 - JONGER WAREN DAN 50 JAAR

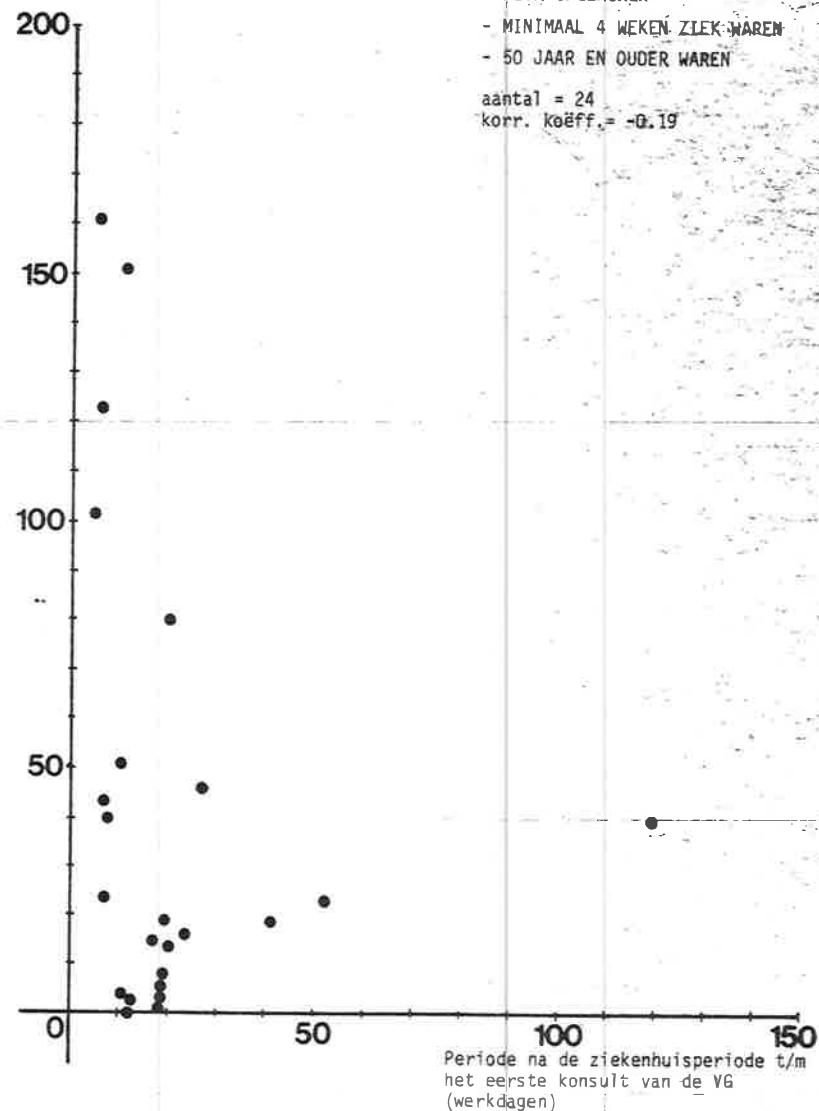
aantal = 82
korr. koëff. = -0.08



FIGUUR 3.8

- GROEP VAN VERZEKERDEN, DIE
- NA DE VERZUIMPERIODE WEEER
ARBEIDSGESCHIKT WAREN
 - EENMAAL TIJDENS HET ARBEIDS-
VERZUIM IN EEN ZIEKENHUIS
ZIJN OPGENOMEN
 - MINIMAAL 4 WEKEN ZIEK WAREN
 - 50 JAAR EN OUDER WAREN

aantal = 24
korr. koëff. = -0.19



Tabel 2-7

De wachttijden in het gezondheidszorgstelsel voor de groepen "niet werkhervatters". Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "Ziekten van de spijsverteringsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n = 98)					niet werkhervatters (n = 10)				
	gemidd. duur (werk- dagen]	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkda- gen]	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen]			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen]
de totale verzuimduur	54.1					230.3				
de totale wachttijd	15.3	87%				31.3	80%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	1.3	42	98	100	1.3	2.1	40	10	100	2.1
wachttijd voor op- name ziekenhuis	1.4	15	19	30	4.6	11.2	40	4	40	28.0
verwijzing van huis- arts naar specialist	2.7	33	40	41	6.7	5.7	20	3	30	19.0
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	1.1	9	10	40	10.3	0.0	0	0	0	-
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	0.21	3	3	3	7.0	4.1	20	2	20	20.5
wachttijd voor een verrichting	4.7	54	68	69	6.7	2.7	40	6	60	4.5
wachttijd na een diagn. verrichting	4.0	50	56	57	7.0	2.7	20	4	40	6.8
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	0.61	8	10	10	6.0	4.6	20	3	30	15.3
dagen voor rekening van de patiënt	1.2	37	36	37	3.3	2.7	20	2	20	13.5

de wachttijden in het gezondheidszorgsysteem voor de groepen werkhervatters en "niet-werkhervatters". Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "ziekten van de spijsverteringsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n= 98)					niet werkhervatters (n=10)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurtenissen	mediaan	gemiddelde duur per gebeurtenis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurtenissen	mediaan	gemiddelde duur per gebeurtenis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor opname ziekenhuis	34	0.50	3.9	5.5	0-18	5	18.0	22.4	25.1	0-63	-1.64	0.177
verwijzing van huisarts naar specialist	43	4.4	6.2	5.4	0-17	4	6.0	14.3	18.0	0-40	-0.89	0.439
verw. van een specialist naar een andere specialist	10	7.5	10.3	8.2	0-23	0					(-)	
wachttijd voor 1e consult v.e. paramedicus	3	8.0	7.0	4.6	2-11	3	15.0	13.7	4.2	9-17	-1.87	0.136
wachttijd voor een verrichting	199	2.3	4.1	5.6	0-40	19	1.8	3.1	3.8	0-10	0.75	0.452
wachttijd na een diagnostische verrichting	159	2.5	4.2	4.8	0-22	11	1.8	3.6	4.8	0-12	0.46	0.646
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	11	5.0	5.5	4.1	0-13	4	2.0	11.5	20.4	0-42	0.59	0.598

Tabel 2-9

De wachttijden in het gezondheidszorgsysteem voor de groepen "werkhervatters" en "niet werkhervatters". Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "Ziekten van de bewegingsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n = 177)					niet werkhervatters (n = 40)				
	gemidd. duur (werk- dagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkda- gen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)
de totale verzuimduur	60.7					219.0				
de totale wachttijd	17.3	88%				45.6	95%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	2.1	37	177	100	2.1	3.1	30	40	100	3.1
wachttijd voor op- name ziekenhuis	0.94	7	20	11	8.4	5.1	23	9	23	22.8
verwijzing van huis- arts naar specialist	4.5	39	79	45	10.0	7.2	55	23	58	12.5
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.45	4	7	4	11.3	3.3	23	11	28	11.9
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	4.2	41	90	51	8.2	10.9	63	30	75	14.6
wachttijd voor een verrichting	2.3	29	113	64	3.6	3.4	55	32	80	4.2
wachttijd na een diagn. verrichting	2.5	40	95	54	4.6	7.5	48	24	60	12.4
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	1.4	11	22	12	11.3	5.2	40	17	43	12.3
dagen voor rekening van de patiënt	1.8	38	67	38	4.7	3.5	30	12	30	11.6

en "niet-werkhervatters". Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "ziekten der bewegingsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n= 177)					niet werkhervatters (n=40)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	20	4.0	8.4	9.7	0-28	12	8.5	17.1	19.5	1-66	-1.44	0.170
verwijzing van huis- arts naar specialist	81	6.7	9.7	9.6	0-35	28	7.8	10.3	8.4	0-29	-0.25	0.803
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	7	11.0	11.3	4.4	4-18	13	3.0	10.1	14.2	0-51	0.28	0.780
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	100	3.8	7.4	8.9	0-38	50	3.5	8.7	12.2	0-59	-0.69	0.490
wachttijd voor een verrichting	186	0.38	2.8	6.2	0-45	85	0.64	2.6	3.7	0-14	0.34	0.735
wachttijd na een diagnostische verrichting	135	2.7	4.2	5.5	0-32	55	5.6	8.5	11.5	0-56	-2.66	0.010
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	27	6.7	9.2	12.2	0-55	17	8.0	12.2	11.0	0-35	-0.85	0.399

Tabel 2-11 De wachttijden in het gezondheidszorgsysteem voor de groepen "werkhervatters" en "niet werkhervatters". Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "Jonger dan 50 jaar"

ITEMS	werkhervatters (n = 533)					niet werkhervatters (n = 44)				
	gemidd. duur (werkdagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkdagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)
de totale verzuimduur	56.8					224.2				
de totale wachttijd	12.8	76%				39.6	93%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	1.7	33	533	100	1.7	3.0	32	44	100	3.0
wachttijd voor op- name ziekenhuis	1.4	8	87	16	8.4	6.4	34	20	45	14.1
verwijzing van huis- arts naar specialist	2.8	29	218	41	6.8	6.4	55	27	61	10.5
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.30	4	27	5	6.0	2.3	18	9	20	11.0
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	1.2	14	96	18	6.6	7.7	43	24	55	14.2
wachttijd voor een verrichting	2.3	29	345	65	3.6	3.6	55	33	75	4.8
wachttijd na een diagn. verrichting	2.5	35	291	55	4.5	6.1	46	28	64	9.5
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	0.98	13	77	14	6.8	4.6	36	20	45	10.2
dagen voor rekening van de patiënt	1.6	33	176	33	4.7	3.0	32	14	32	9.3

en "niet-werkhervatters. Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "jonger dan 50 jaar"

ITEMS	werkhervatters (n= 533)					niet werkhervatters (n=44)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	102	0.43	7.1	15.1	0-96	28	3.8	10.1	15.5	0-66	-0.91	0.366
verwijzing van huis- arts naar specialist	227	3.5	6.5	8.0	0-35	34	6.3	8.3	7.0	0-28	-1.26	0.209
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	28	3.2	5.8	6.7	0-23	11	2.3	9.0	15.0	0-51	-0.68	0.507
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	102	3.4	6.2	7.9	0-34	37	4.8	9.2	12.5	0-59	-1.36	0.180
wachttijd voor een verrichting	799	0.33	2.4	5.1	0-40	103	0.33	2.2	3.8	0-19	0.61	0.541
wachttijd na een diagnostische verrichting	549	2.1	3.9	5.3	0-32	66	3.5	6.0	9.0	0-56	-1.86	0.067
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	86	4.7	6.0	5.9	0-32	21	6.0	9.7	9.6	0-30	-1.66	0.110

Tabel 2-15 De wachttijden in het gezondheidszorgstelsel voor de groepen werkhervatters en "niet werkhervatters". Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "50 jaar en ouder"

ITEMS	werkhervatters (n = 216)					niet werkhervatters (n = 69)				
	gemidd. duur (werkdagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkdagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)
de totale verzuimduur	65.5					229.8				
de totale wachttijd	12.6	74%				35.0	86%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	1.0	28	216	100	1.0	2.1	29	69	100	2.1
wachttijd voor op- name ziekenhuis	0.56	7	32	15	3.8	5.7	17	16	23	24.5
verwijzing van huis- arts naar specialist	2.2	27	87	40	5.5	4.3	33	28	41	10.5
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.51	6	14	7	7.8	1.9	16	13	19	9.9
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	2.2	19	48	22	9.7	4.1	30	24	35	11.9
wachttijd voor een verrichting	2.9	26	142	66	4.4	5.5	48	52	75	7.3
wachttijd na een diagn. verrichting	2.6	27	109	50	5.1	5.2	42	40	58	9.0
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	1.2	10	25	12	10.6	6.5	22	16	23	28.0
dagen voor rekening van de patiënt	1.0	27	58	27	3.7	2.3	25	17	25	9.5

en "niet-werkhervatters". Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "50 jaar en ouder"

ITEMS	werkhervatters (n= 216)					niet werkhervatters (n=69)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	35	0.38	3.5	5.8	0-20	25	1.0	15.7	38.4	0-179	-1.58	0.127
verwijzing van huis- arts naar specialist	92	2.4	5.2	7.1	0-34	32	5.5	9.2	10.0	0-40	-2.08	0.044
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	17	6.0	6.4	5.9	0-18	16	3.2	8.1	10.8	0-35	-0.54	0.595
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	55	5.0	8.5	9.0	0-38	38	3.5	7.5	9.6	0-35	-0.49	0.626
wachttijd voor een verrichting	391	0.32	2.9	6.1	0-49	216	0.39	3.2	7.7	0.62	-0.50	0.616
wachttijd na een diagnostische verrichting	237	2.4	4.3	5.9	0-26	110	4.1	6.0	7.5	0-42	-2.08	0.039
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	28	5.5	9.5	12.2	0-55	18	8.5	24.9	36.1	0-123	-1.75	0.096

"niet werkhervatters". Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "jong dan 50 jaar met ziekten der bewegingsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n = 127)					niet werkhervatters (n = 21)				
	gemidd. duur (werkdagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkdagen)	% verzekerd met wacht- tijd ≠ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)
de totale verzuimduur	56.4					218.6				
de totale wachttijd	17.3	88%				56.3	100%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	2.2	38	127	100	2.2	3.4	24	21	100	3.4
wachttijd voor op- name ziekenhuis	1.3	10	20	16	8.4	9.7	38	8	38	25.4
verwijzing van huis- arts naar specialist	5.1	43	61	48	10.6	8.5	62	14	67	12.8
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.41	4	5	4	10.7	4.7	33	8	38	12.3
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	3.6	41	65	51	7.0	12.1	62	17	81	15.0
wachttijd voor een verrichting	2.2	29	80	63	3.4	3.4	62	17	81	4.2
wachttijd na een diagn. verrichting	2.5	39	69	54	4.5	7.8	52	13	62	12.6
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	0.92	11	17	13	6.9	6.8	48	11	52	13.0
dagen voor rekening van de patiënt	1.8	38	48	38	4.8	3.4	24	5	24	14.2

en "niet-werkhervatters". Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "jonger dan 50 jaar met ziekten van de bewegingsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n= 127)					niet werkhervatters (n=21)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	20	4.0	8.4	9.7	0-28	11	12.0	18.5	19.9	1-66	-1.59	0.137
verwijzing van huis- arts naar specialist	63	8.0	10.3	9.8	0-35	19	7.8	9.4	7.4	0-28	0.34	0.733
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	5	10.0	10.4	5.0	4-18	10	2.5	9.8	15.6	0-51	0.11	0.914
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	69	3.6	6.6	8.0	0-34	29	3.0	8.8	13.1	0-59	-0.84	0.404
wachttijd voor een verrichting	128	0.38	2.8	6.0	0-37	40	0.70	3.0	4.3	0-14	-0.22	0.829
wachttijd na een diagnostische verrichting	94	2.7	4.4	5.8	0-32	29	4.0	8.1	12.2	0-56	-1.62	0.116
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	20	4.0	5.9	7.2	0-32	11	12.0	13.0	10.8	0-30	-2.22	0.035

"niet werkhervatters", Analyse van de individuele wachttijden, uitgedrukt in werkdagen, voor de groep "50 jaar en ouder met ziekten der bewegingsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n = 50)					niet werkhervatters (n = 19)				
	gemidd. duur (werk- dagen)	% verzekerd met wacht- tijd $\neq$ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis			gemidd. duur (werkda- gen)	% verzekerd met wacht- tijd $\neq$ 0 werkdagen	de groep met een gebeurtenis		
			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)			aantal verze- kerden	% v.h. totaal verze- kerden	gemidd. duur per verzekerde (werkdagen)
de totale verzuimduur	71.6					219.4				
de totale wachttijd	17.6	88%				33.7	90%			
wachttijd bij begin van verzuimperiode	1.7	34	50	100	1.7	2.9	37	19	100	2.9
wachttijd voor op- name ziekenhuis	0.0	0	0	0	-	0.11	5	1	5	2.0
verwijzing van huis- arts naar specialist	2.9	30	18	36	7.9	5.7	47	9	47	12.0
verw. v.e. spec. naar een andere spec.	0.54	4	2	4	13.5	1.7	11	3	16	11.0
wachttijd voor 1e con- sult v.e. paramedicus	5.7	42	25	50	11.4	9.6	63	13	68	14.0
wachttijd voor een verrichting	2.6	30	33	66	4.0	3.3	47	15	79	4.2
wachttijd na een diagn. verrichting	2.5	42	26	54	4.8	7.1	42	11	58	12.2
wachttijd t.g.v. het niet gericht sturen v.h. med. systeem	2.6	10	5	10	26.2	3.5	32	6	32	11.0
dagen voor rekening van de patiënt	1.7	38	19	38	4.5	3.6	37	7	37	9.7

Tabel 2-18 De wachttijden in het Gezondheidszorgsysteem voor de groepen "werkhervatters" en "niet-werkhervatters". Analyse van de wachttijden per gebeurtenis in werkdagen voor de groep "50 jaar en ouder met ziekten van de bewegingsorganen"

ITEMS	werkhervatters (n=50)					niet werkhervatters (n=19)					T. toets	P. overschr. kans
	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range	aantal gebeurte- nissen	mediaan	gemiddel- de duur per ge- beurte- nis (werkd.)	st.dev.	range		
wachttijd voor op- name ziekenhuis	0					1	2.0	2.0	(-)	(-)	(-)	(-)
verwijzing van huis- arts naar specialist	18	5.5	7.9	8.9	0-34	9	8.0	12.0	10.3	1-29	-1.06	0.299
verw. van een spe- cialist naar een andere specialist	2	13.5	13.5	0.71	1-13	3	12.0	11.0	10.5	0-21	0.32	0.771
wachttijd voor 1e consult v.e. para- medicus	31	4.3	9.2	10.5	0-38	21	4.0	8.7	11.2	0-35	0.17	0.864
wachttijd voor een verrichting	58	0.38	2.8	6.9	0-45	45	0.58	2.2	3.1	0-14	0.53	0.600
wachttijd na een diagnostische verrichting	41	2.7	3.9	5.0	0-24	26	7.2	9.0	10.9	0-42	-2.23	0.033
wachttijd t.g.v.het niet gericht sturen van het med. systeem	7	14.0	18.7	18.5	1-55	6	4.5	11.0	12.4	3-35	0.87	0.404

DEEL 3 ONDERZOEK NAAR DE VRAAG OF ER EEN RELATIE BESTAAT
TUSSEN HET NABEZOEK VAN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE
NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS EN HET IN DIE FASE NOG
VOORTDUREN VAN HET VERZUIM, BEKEKEN PER DIAGNOSEGROEP

1. INLEIDING

Een onderzoek naar een mogelijk effect van een contact met de verzekeringsgeneeskundige (=VG) na een ziekenhuisopname op een in die fase nog voortduren van het arbeidsverzuim van de verzekerde impliceert het aanbrengen van een aantal selecties in de onderzoeksgroep van het project "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" (NIPG, maart 1978). Die onderzoeksgroep bestaat uit 862 verzekerden, die allen langer dan vier weken arbeidsongeschikt waren, afkomstig van vier GAK-kantoren, nl. Den Haag, Leiden, Haarlem en Amsterdam.

De selecties komen enerzijds voort uit de vraagstelling en anderzijds bepalen zij de subgroepen, waarbinnen de analyse moet plaatsvinden.

In eerste instantie wordt de vraagstelling bekeken. Deze betreft de verzekerden, die zijn opgenomen in een ziekenhuis gedurende hun arbeidsverzuim. In de gehele onderzoeksgroep van het project "Gezondheidszorg en lange ziekteduren" hadden 217 verzekerden één of meer ziekenhuisopnamen gekend. Daarvan waren er 183 verzekerden eenmaal, 27 verzekerden tweemaal en 7 verzekerden driemaal opgenomen in de onderzochte verzuimperiode.

Wanneer men ervan uitgaat dat de verzekerde met meerdere ziekenhuisopnamen afwijkend is van het gangbare behandelingspatroon en dus als gekompliceerd geval kan worden beschouwd.

Wanneer men de vraag in gedachte houdt naar een mogelijke invloed van de VG op de duur van het ziekteverzuim na een ziekenhuisopname, dan is het in eerste instantie wenselijk een effect vast te stellen bij normaal verlopende gevallen en de gekompliceerde gevallen niet mede te bekijken. In het vervolg zal dan ook het onderzoek zich beperken tot die verzekerden, die slechts eenmaal tijdens het ziekteverzuim zijn opgenomen in een ziekenhuis.

Een tweede overweging in de vraag van een mogelijke invloed van de verzekeringsgeneeskundige op de lengte van de periode na het ontslag uit het ziekenhuis is dat de VG op de beëindiging van de verzuimperiode een invloed kon hebben.

Dit betekent dat een dreigende WAO, overlijden etc., niet in het onderzoek mag worden betrokken.

Het onderzoek zal zich dus beperken tot die verzekerden, die arbeidsgeschikt zijn gebleken na de verzuimperiode.

In dit onderzoek betekent het arbeidsgeschikt zijn dat de verzekerde het werk heeft hervat, zodat deze termen als synoniemen worden gebruikt, hoewel daartegen formele bezwaren zijn.

Een derde overweging ten aanzien van de vraagstelling is het contact met een verzekeringsgeneeskundige na de ziekenhuisperiode van een verzekerde. In een aantal gevallen was er namelijk helemaal geen contact. Van de 155 verzekerden, die eenmaal in een ziekenhuis zijn opgenomen en die het werk hervatten, zagen 106 verzekerden na hun ontslag uit het ziekenhuis tijdens hun ziekteverzuimperiode de verzekeringsgeneeskundige. Dit betekent dat bij 32% van de geïndiceerde gevallen de verzekerde na de ziekenhuisperiode geen contact had met een VG, terwijl van de gevallen, die niet zijn opgenomen in een ziekenhuis, maar wel het werk hebben hervat, slechts 11% geen contact met de VG hebben gehad.

Deze bevinding, dat een verzekerde met een ziekenhuisopname tijdens het arbeidsverzuim minder contact had met een VG dan de verzekerde zonder een ziekenhuisopname, kan beter in de gehele onderzoeksgroep worden aangetoond. Tabel 3.1 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 3.1 De kontakten met de verzekeringsgeneeskundige, gerelateerd aan een ziekenhuisopname van de verzekerde tijdens de ziekteverzuimperiode
(gehele groep = 862 verzekerden)

	geen kontakt met de VG	wel kontakt met de VG	totaal %	abs.
- geen ziekenhuisopname	10%	90%	100	645
- wel ziekenhuisopname	24%	76%	100	217
- totaal onderzoeksgroep	14%	86%	100	862

In tweede instantie moet worden vastgesteld voor welke groepen de relatie tussen het contact van de VG na het ontslag uit het ziekenhuis en de resterende verzuimduur kan worden onderzocht.

Allereerst de diagnosegroepen.

In niet alle diagnosegroepen worden de verzekerden gelijkkelijk in het ziekenhuis opgenomen. Met bepaalde diagnosen heeft men een grotere kans opgenomen te worden in een ziekenhuis dan met andere diagnosen. Daarnaast zijn de 16 diagnose-kategorieën, die zijn gehanteerd in het onderzoek "Gezondheidszorg en lange ziekteduren", niet allen gelijkkelijk in het onderzoek vertegenwoordigd.

Tabel 3.2 geeft een overzicht van de opnamepercentages en het aantal verzekerden per diagnose-kategorie in het onderzoek "Gezondheidszorg en lange ziekteduren".

Tabel 3.2 De opname-percentages en het aantal verzekerden per diagnose-kategorie in de onderzoeksgroep, gerangschikt naar opname-percentages

Diagnose-kategorie, afkomstig van de nationale lijst van ziektegroepen t.b.v. ziekteverzuim Statistiek	totaal aantal verzeker- den in de onderzoeks- groep	ziekenhuisopname tijdens de arbeids- verzuimperiode	
		aantal	% van het totaal
- nieuwvormingen	9	7	78
- zwangerschap, baring, kraambed	12	8	67
- endocrine-stoornissen, stofwis- selings- en voedingszieken	8	5	62
- ziekten van het urogenitaal systeem	32	19	59
- ziekten van het circulatie- apparaat	87	44	51
- ziekten van het bloed en de bloedbevindende organen	4	2	50
- ziekten van de spijsverterings- organen	108	44	41
- ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	44	11	25
- ziekten van de huid en onder- huids-bindweefsel	9	2	22
- ziekten van de bewegingsorganen	217	39	18
- infectieziekten	13	2	15
- ongevallen	135	20	15
- onbekend	8	1	12
- ziekten van de ademhalingswegen	44	5	11
- psychische afwijkingen	130	8	6
- aangeboren misvormingen	2	0	0
- totale onderzoek	862	217	25