

# Verzekeringsgeneeskunde

Over de rol van de sociale verzekeringsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskundige bij de beheersing van het ziekteverzuim en de begeleiding van de verzuimende verzekerde

30-319

WORDT NIET UITGELEEND



CCOZ forumreeks

# **Verzekeringsgeneeskunde**

Over de rol van de sociale verzekeringsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskundige bij de beheersing van het ziekteverzuim en de begeleiding van de verzuimende verzekerde

Dr. R. Holthuis  
Amsterdam, oktober 1980



## Inhoud

Voorwoord	- 5 -
1. Inleiding	- 7 -
2. Globale beschrijving van het controlesysteem	- 10 -
Thuisblijven	- 11 -
Het GAK	- 14 -
De GMD	- 15 -
3. De scheiding van behandeling en controle	- 20 -
4. De opleiding en bijscholing van verzekerings- geneeskundigen	- 25 -
5. De toekomstige ontwikkeling van de medische diensten van de uitvoeringsorganen	- 30 -
Enkele slotbeschouwingen	- 36 -
Enkele konklusies en aanbevelingen	- 38 -
-----	
Gespreksverslagen	- 40 -
Samenvatting	- 51 -
Literatuurlijst	- 53 -



## Voorwoord

De focus van de bijdragen die de Stichting CCOZ levert aan de aanpak van ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid is vanouds gericht op beïnvloedingsmogelijkheden binnen de afzonderlijke werkorganisaties. Dat betekent echter niet, zoals vastgelegd in de optiek van de Stichting CCOZ, dat men de ogen kan sluiten voor de invloeden op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid die op andere niveaus worden uitgeoefend.

Voorbeelden daarvan leveren de geneeskundige benadering van preventie, opvang en begeleiding van werknemers door de bedrijfs-geneeskundige dienst(en) in het bedrijfsleven en de sociale verzekeringsgeneeskundigen van de uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringen en de zorg die door de curatieve medische sector aan de werknemers wordt besteed.

In recente publikaties (Tordoir, Wiersma) is de relevantie van de verschillende geneeskundige activiteiten rondom ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid nog eens onderstreept.

De aandacht van de Stichting CCOZ voor de medische zorg binnen de werkorganisaties, de relatie tussen de arbeidsorganisatie, de organisatie van de uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringen en de organisatie van de gezondheidszorg heeft geleid tot een drietal verkennende studies waarvan het tweede deel, handelend over de bedrijfsgeneeskunde, nu voor u ligt.

Het eerste deel, waarin de bedrijfsgeneeskunde wordt belicht is tegelijkertijd gereedgekomen, terwijl het derde deel, waarin de curatieve geneeskunde centraal staat, nog in voorbereiding is en medio 1981 mag worden verwacht.

In dit tweede deelrapport wordt een drietal kernproblemen van de sociale verzekeringsgeneeskunde belicht: een verandering van de opleiding om de sociaal-geneeskundigen beter toe te rusten voor hun veranderende taak, de scheiding tussen behandeling en controle en de toekomstige ontwikkeling van medische diensten. De verbinding tussen deze drie problemen komt aan de orde in een schets van de concrete gang van zaken bij de ziektegeschiedenis van een willekeurige werknemer.

De doelstelling van dit deelrapport is tweeledig: enerzijds hoopt de Stichting CCOZ zo een aandeel te leveren in de nu bestaande diskussies over de medische opvang en begeleiding van zieke en arbeidsongeschikte werknemers binnen werkorganisaties, anderzijds hoopt de stichting dat de reacties van vakgenoten zullen bijdragen aan de binnen het bestuur nog te voeren diskussie over de richting en omvang van de verdere activiteiten van de Stichting CCOZ op dit terrein.

V.Chr. Vrooland  
september 1980

Tordoir, W.  
Gezondheid en lange ziekteduur, Leiden 1978

Wiersma, D.  
Psychosociale stress en langdurige arbeidsongeschiktheid, 1980

## 1. Inleiding

De verzekeringsgeneeskunde is in ons land een van de eerste takken van sociale geneeskunde geweest; met het tot stand komen van de Ongevallenwet - onze eerste loondervingswet - in 1901 ontstond de noodzaak te kunnen beschikken over artsen die deskundig waren in het beoordelen van de rechtmatigheid van de aanspraken op uitkering krachtens deze wet en in het kwantificeren van de mate van invaliditeit. Dit bleek namelijk een gebied te zijn dat een dermate gespecialiseerde kennis vereiste, dat een opleiding hiervoor noodzakelijk was en dit leidde derhalve tot de opleiding van (ongevals)-verzekeringsdeskundige artsen.

Zoals bekend, heeft het - door allerlei politieke oorzaken - geduurd tot 1934 voordat de Ziektewet in werking kwam; ook deze vereiste artsen die de aanspraken op een ziektewetuitkering konden beoordelen. Hiervoor bediende de toenmalige uitvoeringsorganen zich grotendeels van huisartsen die, naast hun curatieve praktijk, het controlewerk als parttime nevenactiviteit beoefenden. Dit instituut van huisarts-parttime-kontrole-arts bestaat nog heden ten dage, voornamelijk in kleinere plaatsen, maar ook systematisch bij enkele bedrijfsverenigingen. Er is echter meer en meer overgegaan tot het zo mogelijk aanstellen van artsen die zich fulltime bezig hielden met het beoordelen en begeleiden van patiënten die krachtens de Ziektewet een uitkering meenden te mogen claimen. Om deze artsen te voorzien van de nodige kennis, is in 1963 begonnen met de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige, waarmee deze tak van sociale geneeskunde een officiële erkenning kreeg als vierde tak (naast arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, jeugdgezondheidszorg en algemene gezondheidszorg). De ontwikkeling van ons sociale verzekeringsstelsel, met name het opgaan van de Ongevallenwet in de Ziektewet, het totstandkomen van WAO en AAW, het concentreren van de activiteiten van een aantal uitvoeringsorganen in het GAK, het oprichten van de GMD, heeft er in hoge mate toe bijgedragen, het vak van verzekeringsgeneeskundige te professionaliseren. Zo zijn er momenteel in Nederland



ongeveer vijfhonderd verzekeringsgeneeskundigen in volle dagtaak werkzaam, gedeeltelijk in het kader van de Ziektewet, gedeeltelijk in dat van WAO en AAW. In een aantal gevallen wordt hun beoordeling ook gevraagd ten aanzien van uitkeringen krachtens de Werkloosheidswet<sup>1)</sup>. De uitvoering van al deze wetten is in handen van de bedrijfsverenigingen, lichamen die paritair worden bestuurd door werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers. Er zijn 26 van dergelijke bedrijfsverenigingen, die met elkaar het totale bedrijfsleven in Nederland overdekken. Van deze 26 hebben momenteel 16 hun administratie, inclusief de medische controle opgedragen aan het Gemeenschappelijk Administratiekantoor; de overige zijn zogenaamd 'zelfadministrerend'. Als uitzondering hierbij dient de medische controle bij een aantal grotere 'eigen risikodragende' bedrijven te worden genoemd, die zelf een verzekeringsgeneeskundige dienst bezitten.

Meer dan welke tak van geneeskunde dan ook, is het de verzekeringsgeneeskunde die qualitate qua wordt gekonfronteerd met het fenomeen arbeidsongeschiktheid. Dit impliceert dat wij in het kader van onze activiteiten als CCOZ uitvoerig willen ingaan op het doen en laten in deze sector. Het is duidelijk dat er ten aanzien van het werk van de verzekeringsgeneeskunde en -kundige een bepaald verwachtingspatroon bestaat, dat gekleurd wordt door belangenpatronen en maatschappijvisies van diegenen en die instanties die zich met deze materie bezighouden.

Enkele vragen imponeren daarbij in eerste instantie: in welke mate en op welke wijze is de verzekeringsgeneeskundige in staat het ziekteverzuim te beïnvloeden? Hoe werkt het controlesysteem? Wat is het effect van controle (positief en negatief) ten aanzien van verzuimduur, arbeidsmotivatie, persoonlijke problematiek? Welke wijzigingen hebben zich de laatste jaren voltrokken in de controlemethodiek? Op grond van welke overwegingen zijn deze tot stand gekomen? Wat is het antwoord op deze vragen zowel vanuit de verzekeringsgeneeskundige zelf als vanuit de buitenwacht? Hoe past het controlesysteem in

1) Een aantal verzekeringsgeneeskundigen werkt in dienst van particuliere verzekeringsmaatschappijen.

het totale netwerk van geneeskundige activiteiten? Wat is er met name te zeggen over de scheiding van behandeling en controle? Zijn er structurele samenwerkingsverbanden met andere sectoren van gezondheidszorg (behandelende sektor, bedrijfsgeneeskunde, arbeidsinspectie)? Is de doorsnee-verzekeringsgeneeskundige voldoende geëquipeerd om de functie van begeleidingskoördinator van de verzui-  
mende werknemer op zich te nemen die hem wordt toegedacht? En - last but not least - heeft de verzekeringsgeneeskundige in de vorm zoals hij momenteel funktioneert nog wel bestaansrecht? (Muntendam).

Al met al een skala van vragen en problemen. Om daarin de weg te vinden zijn wij in de eerste plaats te rade gegaan in de literatuur die de verzekeringsgeneeskunde en -kundige beschouwt van binnenuit en van buitenaf. Verder hebben wij gesprekken gevoerd met door ons representatief geachte vertegenwoordigers uit het vak <sup>2)</sup>.

Het is ons gebleken dat de problematiek rond de verzekeringsgeneeskunde zich in hoofdzaak toespitst op drie kernprobleemvelden:

1. het opleiden van sociaal-geneeskundigen om hen beter toe te rusten voor een taak die aangepast is aan gewijzigde maatschappelijke en anthropologische inzichten
2. de scheiding van behandeling en controle
3. de toekomstige ontwikkeling van de medische diensten.

Wij willen ons in deze publikatie vooralsnog grotendeels beperken tot deze drie punten, waarbij de bovengestelde vragen voor het merendeel ter sprake zullen komen. Het is nuttig dat wij, voorafgaande hieraan, een kort overzicht geven van wat zich in een konkrete situatie kan voordoen op het gebied van medische controle c.q. begeleiding.

2) Wij spraken met:

De heer J. de Pater, arts, medisch adviseur van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor te Amsterdam

De heer J.C. Streng, arts, medische adviseur van de Sociale Verzekeringsraad te 's-Gravenhage

De heer H.P. ter Meulen, arts, medisch adviseur van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen te Zeist.

Terwijl wij incidenteel overleg pleegden met de heren A.F.J. Gentis en G.P. Sijses, respektievelijk medisch adviseur en adjunct-direkteur van de bedrijfsvereniging voor de Textielindustrie te Enschede.

## 2. Globale beschrijving van het controlesysteem

De heer A voelt zich ziek en meldt (of laat melden) aan zijn werkgever dat hij niet op zijn werk zal komen. Vanaf dat moment treedt er een mechanisme van maatregelen in werking dat varieert van bedrijfsvereniging tot bedrijfsvereniging, maar waarvan de grote lijnen toch wel grotendeels identiek zijn. De werkgever geeft de ziekmelding door aan de bedrijfsvereniging. Deze (of het GAK, als de betreffende bedrijfsvereniging zijn medische controle daaraan heeft overgedragen) bevestigt de ontvangst ervan en stuurt de heer A een mededeling waarin is vervat een aantal gedragsregels waaraan hij zich te houden heeft. Als voorbeeld hiervan de gedragsregels van het GAK:

Geachte heer, mevrouw, mejuffrouw,

Van uw werkgever ontvingen wij bericht van uw arbeidsongeschiktheid.

Zodra u uw werk kunt hervatten moet u dat doen.

U hoeft daarmee niet te wachten op een bezoek van onze verzekeringsgeneeskundige of van onze buitendienstbeambte.

Als u hersteld bent, dient u bijgaande kaart aan ons terug te zenden.

Wij verzoeken u:

- a. op de kaart te vermelden de dag van herstel;
- b. de kaart te ondertekenen;
- c. de kaart niet later terug te zenden dan op de dag waarop u hersteld bent.

(Mocht u uw werk reeds hebben hervat wilt u de kaart dan direkt verzenden?).

Wij zenden u hierbij ook een exemplaar van de voorschriften Ziekte-wet. Wilt u deze goed lezen?

Uitsluitend voor dit ziektegeval behoeft u zich niet te houden aan punt 1 van deze voorschriften. In plaats daarvan geldt het aan de achterzijde van dit formulier afgedrukte voorschrift.

De overige punten van bijgaande voorschriften blijven volledig van toepassing.

Als u in een ziekenhuis of een andere verpleeginrichting bent opgenomen, wilt u (of een van uw huisgenoten) ons daarvan dan mededeling doen? Ook dit kan geschieden door invulling en terugzending van de kaart.

Hoogachtend  
Gemeenschappelijk Administratiekantoor

THUISBLIJVEN

Als de behandelend arts daartegen geen bezwaar heeft, mag u buitenthuis gaan, maar u dient de eerste 3 weken thuis te zijn:

- 's morgens tot 10 uur
- 's middags van 12 tot 14.30 uur.

Tijdens bovengenoemde uren mag u alleen van huis gaan voor bezoek aan de behandelend arts of aan de verzekeringsgeneeskundige of om het werk te hervatten.

Indien uw arbeidsongeschiktheid onverhoopt langer dan 3 weken zou duren, vervalt de plicht om tijdens de hierboven genoemde uren thuis te zijn, tenzij door de verzekeringsgeneeskundige anders mocht worden bepaald.

Wanneer u meent, dat daartoe aanleiding is, kunt u de verzekeringsgeneeskundige vrijstelling vragen van de verplichting gedurende bepaalde uren thuis te zijn.

Soms gaan de gedragsregels vergezeld van een oproep om op het spreekuur van de verzekeringsgeneeskundige (kontrole-arts) te verschijnen. Dit hoeft hij niet te doen als hij daartoe niet in staat is wegens bedlegerigheid, verbod door de behandelende geneeskundige, ziekenhuisopname, bezoek aan de behandelende arts, of als hij het werk inmiddels heeft hervat.

Soms is zo een oproep niet ingesloten. In dat geval kan het zijn dat hij bezoek ontvangt van een rapporteur (lekenkontroleur), die zich van zijn toestand op de hoogte komt stellen, die hem dan alsnog een oproep ter hand kan stellen of aan de verzekeringsgeneeskundige vraagt hem te bezoeken.

Dit is dan zijn eerste kennismaking met het controle-apparaat van de bedrijfsvereniging. Intussen heeft hij meestal zijn huisarts ingeschakeld en soms heeft deze hem doorverwezen naar een specialist.

Hij komt dus nu ook in aanraking met het kuratieve systeem. Binnen dit kuratieve systeem worden hem nu adviezen gegeven. Het kan zijn dat dit advies luidt dat de heer A binnen een paar dagen zover hersteld zal zijn, dat er geen bezwaar tegen bestaat dat hij zijn werk hervat. (Formeel gesproken mag de behandelend arts zich hierover niet uitlaten; dit sluit uiteraard een advies niet uit.) In dat geval doet hij zijn relatie met de bedrijfsvereniging of het GAK administratief af, stuurt (als hij hersteld is voordat hij bij de verzekeringsgeneeskundige is geweest) een kaart in met de mededeling dat hij hersteld is en per datum x zijn werk heeft hervat. Is hij nog niet hersteld, dan komt er een contact tot stand tussen de heer A en de verzekeringsgeneeskundige, hetzij op diens spreekuur, hetzij bij de heer A thuis. Tijdens dit contact is het in de eerste plaats de taak van de verzekeringsgeneeskundige om te beoordelen of de heer A inderdaad in de zin der wet arbeidsongeschikt is wegens ziekte. Nemen wij aan dat dit zo is, dan geeft de verzekeringsgeneeskundige hem een zogenaamde uitsteldatum, dat wil zeggen een datum tot welke hij arbeidsongeschikt geacht wordt. Op die datum zal er opnieuw contact zijn van de heer A en de verzekeringsgeneeskundige, tenzij hij intussen in een ziekenhuis is opgenomen of zijn werk heeft hervat. In het eerste geval wordt een nieuwe uitsteldatum gegeven, in het laatste geval wordt hij administratief afgevoerd. Leidt het contact met de verzekeringsgeneeskundige tot een nieuwe uitsteldatum dan herhaalt zich deze procedure totdat, op een gegeven moment, de heer A hersteld is en arbeidsgeschikt wordt verklaard, ofwel niet herstelt en een jaar lang ziekengelduitkering ontvangt. De medische dienst van de bedrijfsvereniging respectievelijk het GAK doet hem dan over aan de GMD, want - zoals bekend - na één jaar werkt de Ziektewet niet meer en treedt de WAO in werking die, na advies door de GMD, eveneens wordt uitgevoerd door de bedrijfsverenigingen. Hierover later meer.

Ten aanzien van het voorgaande nog enkele verijningen:

Sommige bedrijfsverenigingen staan erop, direkt controle uit te

oefenen, zelfs op de eerste dag. Andere schakelen pas na een bepaald aantal dagen de controle in, tenzij iemand door de werkgever niet wordt vertrouwd en een spoedcontrole wordt gevraagd. Ten aanzien van het controlebeleid zijn er ook verschillen: het kan integraal gedaan worden (dus iedereen) of selektief (alleen bepaalde categorieën; volgens welke criteria?).

Is de verzekeringsgeneeskundige van oordeel dat de heer A waarschijnlijk binnen een jaar niet weer aan het werk zal komen, dan meldt hij dit aan de GMD (zogenaamde spontane melding); deze neemt dan de begeleiding over.

Hoe komt nu de verzekeringsgeneeskundige tot zijn beoordeling? In veel gevallen zal het nodig zijn dat hij overleg pleegt met de handelend arts en/of bedrijfsarts, immers het gaat om de vraag of betrokkene geschikt is voor zijn werk; verder zou hij inzicht moeten hebben in psychosociale achtergronden. Op dit punt kan een goede rapporteur soms basisinformatie verstrekken, soms zou het gewenst zijn, andere disciplines te benaderen (bijvoorbeeld psychologen, maatschappelijk werkers, bedrijfsmaatschappelijk werker, personeelsfunktionaris enz.), maar hiervan komt vaak niet zoveel terecht.

Nu de situatie na één jaar: de taak van de GMD is dan te bepalen welk verlies aan vermogen te kunnen verdienen bestaat (vertaald in een percentage, dat de mate van arbeidsongeschiktheid aangeeft) en in hoeverre betrokkene geschikt is voor passende arbeid. Deze geschiktheid wordt dan uitgedrukt in een percentage en hierop is zijn uitkering gebaseerd. Aangezien zijn toestand zich in de loop der jaren kan wijzigen, kan deze beoordeling van tijd tot tijd worden herhaald. Bij deze beoordelingen spelen loonkundige facetten uiteraard een belangrijke rol.

Nu is er één komplikatie. Bij de bepaling van het arbeidsongeschiktheidspercentage speelt niet alleen de medische en arbeidskundige beoordeling een rol, maar ook de mogelijkheid om een werkkring

te vinden (konjunkturele beoordeling); de wet (artikel 21) laat de mogelijkheid open, het percentage te verhogen als deze mogelijkheid gering of afwezig is. Door deze "oneigenlijke" beoordelingsnormen fungeert de WAO mede als substituut voor de WW en/of een pensioenfonds.

De uitkering uit de WAO kan zo - in het uiterste geval - doorgaan tot onze heer A 65 jaar geworden is; hij valt dan onder de AOW en wordt derhalve geacht zijn WAO-uitkering niet meer nodig te hebben.

Tenslotte: is de heer A het met een beslissing inzake zijn uitkering niet eens, dan kan hij daartegen in beroep gaan. Hij moet dan bij de bedrijfsvereniging een voor beroep vatbare beslissing aanvragen en kan hiertegen beroep instellen bij één van de tien Raden van Beroep. Doet deze een uitspraak in zijn nadeel, dan kan hij - onder bepaalde voorwaarden - nog een keer in beroep gaan, nu bij de Centrale Raad van Beroep te Utrecht.

De instanties die bij de beoordeling van de verzekerde betrokken zijn, zijn: het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK), de medische diensten van de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen en de Gemeenschappelijk Medische Dienst (GMD). Een korte karakterisering van hun werkzaamheden laten wij hier volgen.

#### Het GAK

Deze instelling - oorspronkelijk een onderdeel van Centraal Beheer - voert de Ziektewet uit voor 16 van de 26 bedrijfsverenigingen.

Er is een hoofdkantoor te Amsterdam en 27 distriktskantoren, waar de eigenlijke controle-werkzaamheden zich afspelen. Onder leiding van een adviserend geneeskundige werken hier verzekeringsgeneeskundigen, met assistentie van rapporteurs Ziektewet en een administratief apparaat. De werkzaamheden van de verzekeringsgeneeskundige bestaan uit:

- het vaststellen van de rechtmatigheid van de aanspraken op uitkering van de verzekerden
- het beoordelen van de prognose met betrekking tot genezing en werkhervatting

- het eventueel vaststellen van een hersteldatum
- het - in verband hiermee - in voorkomende gevallen doen van spontane meldingen bij de GMD bij te verwachten langdurige arbeidsongeschiktheid en daardoor overgang naar de WAO, waarbij het begrip spontaan betekent, dat niet wordt gewacht tot het einde van het ziektewet-jaar.

Het hoofdkantoor beschikt verder over een aantal adviserende specialisten (chirurgie, orthopaedie, neurologie), die de verzekeringsgeneeskundigen van de distriktskantoren in moeilijke gevallen terzijde kunnen staan met beoordelingsadviezen.

De medische diensten van de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen zijn bemand door verzekeringsgeneeskundigen, onder leiding van een medisch adviseur. Hun taak is identiek aan die van de distriktskantoren van het GAK: Zij beoordelen de mate van arbeidsongeschiktheid en adviseren de bedrijfsvereniging over de verzekering; zij bepalen na onderzoek, de hersteldatum en zij verzorgen ook de spontane meldingen. Enkele van de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen maken voor vrijwel de gehele ziektewet-periode of voor een deel daarvan, bij voorkeur gebruik van huisartsen, die de kontrolerende werkzaamheden op verrichten basis uitvoeren. Als voordeel daarvan wordt vooral de betere mogelijkheid van communicatie tussen de behandelende artsen en de (ter plaatse goed ingevoerde) huisarts/verzekeringsgeneeskundige gezien en ervaren.

#### De GMD

De GMD is betrokken bij de uitvoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) en heeft hierin als taak het adviseren van de bedrijfsverenigingen met betrekking tot de toekenning, herziening, intrekking, heropening, verhoging, verlaging van de uitkering, evenals de toekenning van voorzieningen (een en ander gebeurt onder bepaalde omstandigheden al in de ziektewet-periode via een spontane melding).



Deze toekenning gebeurt op grond van medische en arbeidskundige beoordeling; deze vindt als regel gedecentraliseerd plaats; moeilijke gevallen en gevallen met precedentwerking worden centraal beoordeeld.

Er is een centraal kantoor (Amsterdam) en 27 perifere kantoren. Het personeel bestaat uit (cijfers uit 1975):

Direktie en staf	13
Verzekeringsgeneeskundigen (parttime omgerekend tot fulltime)	155
Arbeidsdeskundigen	290
Arbeidsdeskundige-analisten	29
Arbeidsdeskundige-technici	14
Adjunkt distrikts-arbeidsdeskundigen	26

De administratie van de GMD wordt gevoerd door het GAK; formeel hebben de GMD medewerkers dus geen enkele zeggenschap over het administratieve personeel. Qua organisatie en uitvoering van de administratieve werkzaamheden heeft de GMD hier slechts indirecte zeggenschap, qua hiërarchische en beheersmatige verhoudingen zelfs in het geheel niet. Deze situatie is in de praktijk slechts dankzij persoonlijk goede verhoudingen werkbaar en vormde overigens onlangs aanleiding tot nadere basis-afspraken tussen GAK en GMD.

De perifere verzekeringsgeneeskundige beoordeelt invaliditeit en restvaliditeit en geeft samen met de arbeidsdeskundige een advies over arbeidsongeschiktheidspercentage, voorzieningen, revalidatie, herplaatsing (de behandelende arts moet akkoord gaan). Hij pleegt daartoe overleg met behandelend arts, arbeidsdeskundige, arts van het GAK of van de bedrijfsvereniging, administratie, revalidatie-instelling, ziekenfonds, sociale werkplaats, bedrijfsgeneeskundige dienst enz. Bij verschil van inzicht tussen verzekeringsgeneeskundige en behandelend arts is er verplicht overleg onder leiding van een neutrale voorzitter, die zelf geen besluiten kan nemen; deze procedure wordt in de praktijk nooit gebruikt.

Vermeld is reeds dat een aantal grotere bedrijven (de wet laat daar-

toe onder bepaalde omstandigheden de mogelijkheid) de ziektewet in eigen beheer uitvoert. Als regel gebeurt dit dan als onderdeel van de personeelsafdeling. Ongeveer 25% van de ziektegevallen valt onder deze regeling.

Na deze procedurele schets nog een paar opmerkingen van inhoudelijke aard.

Het karakter van de controle-activiteiten is in de loop van de jaren wat aan het veranderen, althans er worden pogingen in die richting gedaan. Symptomatisch hiervoor is bijvoorbeeld de verandering van het woord 'kontrole-arts' in 'verzekeringsgeneeskundige', 'leke-kontroleur' in 'rapporteur ziektewet', 'kontrole' door 'begeleiding', veranderingen die wat mitigerend pogen te werken ten aanzien van de indruk die het systeem naar buiten maakt. Ten grondslag aan deze poging tot veranderende beeldvorming ligt het feit, dat zich een wat andere attitude aan het ontwikkelen is ten aanzien van de verzuimer, als gevolg waarvan men tracht het echt politionele karakter aan de controle te ontnemen en deze een meer begeleidende activiteit te laten zijn. In allerlei opzichten bestaat de neiging, de scherpe kanten wat van het systeem af te halen: de eerstedagscontrole is niet meer zo in gebruik; het eerste contact tussen verzekerde en controle-apparaat wordt door verschillende bedrijfsverenigingen een aantal dagen uitgesteld; er wordt meer overgelaten aan het eigen inzicht en de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde.

Het is de vraag, in hoeverre dit alles reëel is; het doel van de verzekeringsgeneeskundige controle is nog altijd, de rechtmatigheid van de aanspraken van de verzekerde vast te stellen, met andere woorden te bepalen of en in hoeverre hij ongeschikt is tot het verrichten van zijn arbeid. Waarschijnlijk is het meest reële moment in het veranderingsproces dat hierbij de maatstaven veel ruimer zijn geworden, met andere woorden dat naast medische ook andere, dus met name psycho-sociale oorzaken van de arbeidsongeschiktheid als legitiem zijn en worden erkend. De verzekeringsgeneeskundige activiteiten

bewegen zich nu eenmaal in een spanningsveld tussen vertrouwen en wantrouwen en, zolang de mens niet helemaal goed of helemaal slecht is, zal dat wel zo blijven.

De vraag zou kunnen resteren: hoe komt de verzekeringsgeneeskunde respectievelijk -kundige over bij de verzekerde? Het moge ietwat onthutsend klinken als het antwoord op deze vraag luidt dat hieromtrent nauwelijks iets bekend is, dit antwoord benadert de werkelijkheid maar al te zeer.

Uiteraard is het klassieke beeld bekend van iedere controlerende instantie of representant daarvan als de niets en niemand ontziende vertegenwoordiger van de werkgever, wie geen zee te hoog gaat om ten koste van alles de werknemer zo gauw mogelijk weer aan het werk te jagen. Het zou kunnen zijn dat, onder invloed van veranderende inzichten, verhoudingen en werkwijzen, dit beeld langzamerhand aan enige wijziging toe is.

Een schuchtere poging om een en ander te peilen is gedaan door Van Zaal: Meningingen van GMD-kliënten (31), waaruit enkele konklusies kunnen worden overgenomen:

Het ging om een enquête onder 100 patiënten van de GMD, die dus al een jaar ziektewet-uitkering achter de rug hadden. Gekonstateerd werd dat er niet meer echt ouderwets 'gecontroleerd' wordt. De verzekeringsgeneeskundige besteedt weinig tijd en over het algemeen te oppervlakkige aandacht aan de verzekerde. Er wordt te weinig en te summiere informatie gegeven. Er is onzekerheid over wat de GMD met de patiënt zal gaan doen; dit leidt tot een defensieve houding van de patiënt. Van de 100 geënquêteerden bleken

16 tevreden over de GMD medewerkers

20 redelijk tevreden

12 wisselende ervaringen te hebben

18 vrij negatief te zijn (stelt niet zoveel voor)

22 slechte of zeer slechte ervaringen te hebben

12 geen oordeel te hebben.

Enkele saillante opmerkingen: De patiënt voelt zich als een kat in een vreemd pakhuis, wordt gemengeld tussen soms tegenstrijdige uitspraken van verschillende instanties c.q. personen. Werkgevers blijken bang te zijn voor de risico's verbonden aan het tewerkstellen van WAO-ers. Er wordt meer gelet op een uitkering dan op werk. De benadering is onpersoonlijk, formeel.

In dit alles klinken nog de bekende negatieve geluiden door uit het verleden, weliswaar ietwat gemitigeerd, maar zeker niet fundamenteel gewijzigd.

Het is een kleinschalig onderzoek geweest en heeft als zodanig niet meer dan een indicatieve betekenis. Toch maant het de uitvoeringsorganen tot waakzaamheid, zorgzaamheid en bezinning.

### 3. De scheiding van behandeling en controle

De scheiding van behandeling en controle, een situatie waarin Nederland uniek is in de wereld, is indertijd tot stand gekomen dankzij de moeilijkheden die ontstonden bij het afgeven van doktersattesten ten behoeve van verzekeringsmaatschappijen. Het in 1934 door de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst uitgegeven Artsenboekje licht ons hierover in. Hieruit heeft zich langzamerhand de visie afgetekend dat het voor de verhouding van de behandelende arts tot zijn patiënt beter was als de arts zich kon distantiëren van de problematiek van arbeidsgeschiktheid, waarbij voor zijn patiënt financiële overwegingen gaan meespelen. Intussen is de scheiding van behandeling en controle in ons land gemeengoed geworden en als vast gegeven verankerd in de medische gedragsleer. Tot stand gekomen dus op aandrang vanuit de behandelende sektor, heeft hij minstens dit positieve resultaat opgeleverd, dat er een reële afbakening van taken en bevoegdheden is gekreëerd, die in het algemeen geen aanleiding heeft gegeven tot al te grote interkollegiale moeilijkheden. Niettemin lijkt het nuttig, ons te beraden over de konsekventies waartoe deze situatie aanleiding heeft gegeven.

De ervaring leert, dat veel behandelende medici, ontheven van de verplichting zich een oordeel te vormen omtrent sociale implicaties van ziekte, zich daarvan dan ook ten principale distantiëren. Hoewel de huidige opleiding van artsen daarin zeker aanwijsbare verbetering heeft gebracht, valt het op hoe weinig de doorsnee huisarts of specialist afweet van ziektewet, WAO, AAW, ziekenfondswet en in feite ook van sociale implicaties van ziekte in het algemeen. Dit is eigenlijk wel te begrijpen. De noodzaak van deze kennis doet zich ogenschijnlijk niet zo direkt gelden; de beslissingen op het sociale nivo worden wel genomen door hen die geacht worden qualitate qua deze kennis wel te bezitten. Bovendien - en dit is misschien nog meer essentieel - past de veelal naar de juridisch neigende denkwijze van diegenen die met het hanteren van wetten en

reglementen te maken hebben niet in het medisch denken en wekt bij de meer patiëntgerichte benaderingswijze van de medicus weerstanden op, waardoor een integratie van deze twee gedachtenwerelden wordt belemmerd.

Merkwaardig is dat in Duitsland deze koppeling tussen kliniek en sociale verzekeringsgeneeskunde veel vlotter tot stand is gekomen. Reeds in 1904 ontstond het blad 'Der Medizinische Sachverständige'; regelmatig vinden sociaal-geneeskundige bijeenkomsten plaats, veelal op universitair nivo, waarbij blijkt hoezeer juist van klinische zijde belangstelling bestaat voor deze maatschappelijke kant der geneeskunde. Ongetwijfeld heeft tot deze ontwikkeling bijgedragen de omstandigheid dat in Duitsland de scheiding van behandeling en controle niet in die mate is doorgevoerd als bij ons.

Intussen wordt de Nederlandse behandelende arts toch regelmatig met deze vraagstukken gekonfronteerd. Bijna dagelijks worden hem adviezen gevraagd waarbij de maatschappelijke gevolgen van het ziek-zijn in het geding komen en waarbij hem een oordeel wordt gevraagd over vragen als werkstaking, werkhervatting, verandering van werkring, afkeuring, ontslagname, omscholing, tewerkstelling in een beschut milieu, revalidatie enz. enz. Op deze punten blijkt zich veelal het gebrek aan deskundigheid van behandelende artsen te wreken in allerlei ongemotiveerde en inadekwate adviezen en voorschriften.

Hoe veelvuldig deze aanleiding geven tot iatrogen werkverzuim, is niet te schatten. Jaren geleden is door Van der Pas (in een niet gepubliceerd rondschriften) een aantal stellingen geponeerd waarin het bovenstaande nog wat principiëler is geformuleerd:

1. de behandelende artsen zijn formeel buiten de uitvoering van de sociale verzekering gesteld en in feite hebben zij zich hiervan gedistantieerd.
2. in de praktijk dragen de behandelende artsen, onder andere door gebrek aan kennis en inzicht, er doorlopend toe bij, dat ten onrechte aanspraken op verstrekkingen door de sociale ver-

zekering worden gemaakt, hetgeen vele teleurstellingen en overbodig werk met zich meebrengt.

3. de klinisch-wetenschappelijke beoefening der geneeskunst is, onder meer door gebrek aan kennis en inzicht van de sociale verzekering, tot op zekere hoogte gedesinteresseerd ten aanzien van de sociale implicaties van ziekte, ongeval enz., waardoor de bewerking van speciaal verzekeringsgeneeskundige vraagstukken in ons land ten achter is gebleven en behandelende en kontrolerende artsen zonder hulp van de kliniek hierin niet kunnen voorzien.

De toestand is dus in feite deze, dat enerzijds de scheiding van behandeling en controle op effectieve wijze is gerealiseerd, maar anderzijds de synthese van deze twee, die elkaar toch zeer nodig hebben, niet of zeer gebrekkig tot stand is gekomen, dit tot schade van voornamelijk de patiënt, die nogal eens gemangeld wordt tussen twee tegengestelde adviezen.

Rekeninghoudend met het bovenstaande, is het van belang na te gaan in hoeverre het mogelijk zou zijn een deel van de taak van de verzekeringsgeneeskundige over te hevelen naar de behandelende arts. Waarom is dit nodig? Alles loopt ten onzent toch aardig goed; ieder heeft zijn eigen competenties; er zijn betrekkelijk weinig konflikten, waarom zouden wij hierin verandering aanbrengen?

De tegenvraag zou wellicht op zijn plaats zijn of iedereen wel zo gelukkig is met het bestaande systeem, of wij niet veelal langs elkaar heen werken en ten principale, of niet de strikt doorgevoerde scheiding van behandeling en controle de behandelende arts berooft van een deel van zijn werk, dat toch zeker tot zijn taak gerekend moet worden.

Behalve objectief genezen, of althans arbeidsgeschikt, moet de patiënt zijn arbeidsgeschiktheid zelf ook kunnen aanvaarden. Hem zover te brengen is een taak die typisch een onderdeel uitmaakt van de behandeling. Het is immers de taak van de behandelend arts om zijn patiënt te genezen, dat wil zeggen weer aan zijn milieu af te leveren. Als de behandelend arts in deze zin zijn taak opvat, heeft de verzekeringsgeneeskundige geen taak meer. Het blijkt dat in de overgrote meerderheid

van de gevallen er geen verschil van mening bestaat tussen behandelend arts en verzekeringsgeneeskundige omtrent het tijdstip van werkhervatting. Als dat zo is, waarom dan ook niet de eenvoudige administratieve handeling die daarmee gepaard gaat, namelijk het afgeven van een arbeidsgeschiktheidsverklaring overlaten aan de behandelend arts?

#### Een mogelijk model

In het buitenland blijkt deze procedure bij de artsen geen gewetensprobleem op te roepen; er is in de historie van de Nederlandse verzekeringsgeneeskunde een saillant voorbeeld waarin de behandelend arts een stem had bij de beoordeling van de arbeidsgeschiktheidsdatum, namelijk ten tijde van het bestaan van de Ongevallenwetten; in dat kader werd regelmatig aan de behandelend arts gevraagd om (tegen betaling) een verklaring van arbeidsgeschiktheid af te geven. Deze handeling werd gedekt door een overeenkomst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst met de Sociale Verzekeringsbank. Mits omkleed met waarborgen dat de relatie van de behandelend arts tot zijn patiënt en die van de artsen onderling niet in gevaar worden gebracht, zou een systeem te ontwikkelen zijn, waarbij zowel voor de behandelend arts als voor de verzekeringsgeneeskundige een taak blijft bestaan terzake van de arbeidsgeschiktheidsbepaling.

Een dergelijk systeem zou de volgende elementen - nader gepreciseerd en uitgewerkt - kunnen inhouden:

- a. Tot uitkering van ziekingeld wordt slechts overgegaan, als de behandelend arts een verklaring van arbeidsongeschiktheid afgeeft, waarop vermeld staat het geschatte minimum aantal dagen dat de ziekte gaat duren. De bedrijfsverenigingen zouden het recht moeten hebben, op de verklaringen medische controle te laten uitoefenen. Voordelen: van deze controle kunnen worden uitgesloten de verklaringen van die artsen die bekend zijn als niet lichtvaardig met het afgeven van verklaringen; binnen het getaxeerde minimum aantal dagen hoeft geen verdere controle plaats te hebben.
- b. Wordt het minimum aantal dagen overschreden, dan kan het uitvoeringsorgaan, als daartoe aanleiding bestaat, zijn controle-apparaat in werking stellen. Dit wordt dan wel aan de behandelend arts medegedeeld.



c. Bij het beëindigen van de arbeidsongeschiktheid zou de behandelende arts de arbeidsgeschiktheidsverklaring direkt aan het uitvoeringsorgaan kunnen afgeven; bij hervatting op de daarin genoemde datum hoeft er verder niets te gebeuren. In alle andere gevallen treedt wederom het controle-apparaat in werking.

Een op deze of analoge wijze opgezet systeem heeft het voordeel, dat het eigenlijke controle-apparaat van de uitvoeringsorganen kan worden ingekrompen, en - wat veel belangrijker is - de behandelend arts zou ook ten aanzien van de sociale componenten van het ziekzijn een eigen verantwoordelijkheid krijgen, zonder dat daarbij zijn vertrouwenspositie ten opzichte van zijn patiënt wordt aangetast. De angst hiervoor is het namelijk die de Nederlandse medische wereld ervan weerhoudt, af te zien van de absolute scheiding van behandeling en controle. Voor deze angst behoeft geen grond te zijn, immers:

- als iedereen het eens is is er geen vertrouwenscrisis,
- als de behandelend arts een patiënt arbeidsgeschikt acht en hij hervat zijn werk niet, dan neemt de bedrijfsvereniging de controle over en de behandelend arts blijft buiten schot, hij delegeert dan de beslissing,
- als de behandelend arts een patiënt arbeidsgeschikt verklaart, en de verzekeringsgeneeskundige meent, om welke reden dan ook, het hiermee niet eens te kunnen zijn, dan zou dit de enige situatie zijn waarin theoretisch een vertrouwenscrisis zou kunnen ontstaan. Maar dit zal hoogst zelden voorkomen en is door interkollegiaal overleg altijd oplosbaar,
- een vertrouwensrelatie tussen behandelend arts en patiënt wordt door gans andere factoren bepaald dan door het in de ogen van de patiënt al of niet terecht afgeven van een arbeids(on)geschiktheidsverklaring. Anders gezegd: als er een vertrouwensrelatie is, dan zal deze nooit worden verbroken door adviezen waarmee de patiënt het in eerste instantie niet direkt eens is; hij weet namelijk dat bij deze adviezen zijn belang voorop staat.

#### 4. De opleiding en bijscholing van verzekeringsgeneeskundigen

Er is reeds opgemerkt, dat er verschillende factoren zijn die maken dat de verzekeringsgeneeskundige in veel gevallen niet in voldoende mate ingeschoten is op de eisen die aan hem worden gesteld en zeker in de toekomst zullen worden gesteld ten aanzien van zijn functie als 'begeleider' van de verzekerde. Nu is dit woord 'begeleiden' wellicht een wat beladen woord; het veronderstelt een ietwat vaderlijke attitude van de begeleider, een bij de hand nemen van de begeleide. Het woord moet in hetzelfde licht worden gezien waarin de term 'kontrole-arts' werd vervangen door 'verzekeringsgeneeskundige', een voor de buitenwacht een wat mitigerende, minder bedreigend overkomende benadering van reeds lang bestaande begrippen. Toch zou het wat te simplistisch zijn als dit de enige verklaring was voor de invoering van het begrip begeleiding. Want er is in de loop van het laatste decennium ook inhoudelijk wel het een en ander gebeurd. Met name is er getracht, het oude begrip controle een wat ruimere inhoud te geven. Ging het vroeger voornamelijk om de bepaling van het al of niet arbeidsongeschikt zijn voor zijn werk, nu trachten wij tevens een inzicht te krijgen in de oorzaken van deze arbeidsongeschiktheid; daarnaast proberen wij, bij arbeidsongeschiktheid voor 'zijn' werk, alternatieve mogelijkheden te vinden voor inpassing in andere vormen van arbeid.

Een faktor van geheel andere aard is, dat de algemene attitude ten aanzien van het begrip 'arbeid' zich in snel tempo is gaan wijzigen. Hoe wij daarover persoonlijk ook mogen denken, vast staat dat de arbeid in ons leven niet meer die absoluut centrale plaats inneemt die hij twintig jaar geleden deed. Mede door de maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij arbeid een steeds schaarser wordend artikel is geworden, hebben wij geleerd, de betekenis van deze arbeid voor ons leven wat te relativeren en ook mogelijkheden te overwegen op andere wijze dan door baten-opleverende arbeid tot levensvervulling en -ontplooiing te komen.

Al deze factoren plaatsen de verzekerde, zijn werk, zijn verzuim, de controle hierop en de daarbij gehanteerde maatstaven, inclusief de controlerende instanties en personen, in relaties tot elkaar, die fundamenteel afwijken van die welke wij voorheen gewend waren.

Het zich eigen maken van deze veranderingen en de daaraan verbonden problematiek schept een taak voor de uitvoeringsorganen van de sociale verzekering, om hun medewerkers de gelegenheid te geven op deze veranderingen en problemen adequaat in te spelen.

Dat dit duidelijk door deze uitvoeringsorganen wordt gezien is gebleken uit gesprekken die wij mochten voeren met leiders van medische diensten. Zo blijkt het GAK zijn artsen-medewerkers al in hun opleidingsperiode in aanraking te brengen met, naast medische en sociaal-medische, tal van onderwerpen van gedragswetenschappelijke en bedrijfskundige aard, waardoor zij beter in staat zijn de verzuimer te beoordelen, te adviseren en te begeleiden in zijn relatie tot werk en gezondheid. Ook tijdens zijn later functioneren wordt de arts-medewerker regelmatig bijgeschoold op deze punten. Ditzelfde gebeurt meer of minder intensief, ook bij zelfadministrerende bedrijfsverenigingen. Het viel ons op dat bijvoorbeeld de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheidszorg, geestelijke en maatschappelijke belangen die, zoals bleek, zeer veel controlewerkzaamheden laat verrichten door huisartsen, deze huisartsen regelmatig op bijeenkomsten inlicht over ontwikkelingen, niet alleen van medische aard.

Wij hebben derhalve de indruk dat de uitvoeringsorganen wel degelijk inzicht hebben in de ontwikkelingen ten aanzien van de opvattingen over de relatie mens-werk-gezondheid en de consequenties die deze wijzigingen hebben ten aanzien van het controle- en begeleidingsbeleid, er is een grote mate van bereidheid, het beleid af te stemmen op nieuwere inzichten en opvattingen, voorzover deze als positief worden ervaren.

Toch blijven er vragen over van principiële aard. Om op dit punt wat dieper in te gaan, willen wij enkele gedachten overnemen van Wiersma (30). Hij haalt Giel aan, die stelt dat ziekteverzuim een

komplexe zaak is, bij de beoordeling waarvan andere dan medische kennis een rol speelt, dat het niet alleen de verzekeringsgeneeskundige aan dit soort andere kennis ontbreekt, maar ook aan voldoende medische en maatschappelijke zeggingskracht of - zo men wil - macht om zijn taak naar behoren te kunnen uitoefenen. Wiersma adstrueert deze stelling met de resultaten van een onderzoek naar verwachte en feitelijke verzuimduur. Bleken deze te ver uit elkaar te liggen, dan werd nagegaan hoe dat kwam. Hieruit leren wij: de verzekeringsgeneeskundige komt na 3 tot 4 maanden in een/derde van de gevallen niet tot een duidelijke uitspraak doordat:

- de diagnose niet voldoende duidelijk was;
- het tijdstip van opname en/of operatie nog niet bekend was;
- er onzekerheid was over het verloop van het herstel;
- er onduidelijkheid was over de mate waarin het werk aan de toestand van de patiënt kan worden aangepast.

Na 3 tot 4 maanden bestond er bij 44% van de verzekerde zieke werknemers onzekerheid door geen of onvoldoende informatie over de verwachting ten aanzien van de duur en gevolgen en/of door een prognose van de verzuimduur die korter is dan de werkelijke duur.

Naar het oordeel van de verzekeringsgeneeskundige was, na afloop van de verzuimperiode, de verzuimduur in 59% reëel, in 12% te kort, in 29% te lang. Hoe komt nu volgens de verzekeringsgeneeskundige de diskrepantie tussen prognose en werkelijke verzuimduur tot stand?

De te lange verzuimduren zijn voor 40% te wijten aan medische-organisatorische factoren, zoals: lange wachttijden, trage verwijzing, trage berichtgeving door behandelend geneeskundige en verzekeringsgeneeskundige, verschil van mening tussen verschillende behandelend geneeskundigen over diagnose en therapie, (te) lange fysiotherapie, onvoldoende medisch onderzoek, geen duidelijk behandelingsplan.

In 45% was de persoonlijkheid van de patiënt mede oorzaak: angst en overbezorgdheid, aggravatatie, neurotische fixatie aan de klachten.

In 40% speelde de motivatie van de patiënt een rol: geen of weinig motivatie voor het werk, gebrek aan doorzettingsvermogen, laksheid

ten aanzien van het doen van lichaams oefeningen of doorzetten van programma's (bijvoorbeeld vermagering) het uitbuiten van de situatie. In 10% was er sprake van belemmerende familieomstandigheden, in 17% van belemmerende werkomstandigheden. (30%).

Ook bij de verzekeringsgeneeskundige zijn er verzuimverlengende factoren: hij moet veelal zijn medische kennis van de behandelend geneeskundige krijgen. Veelal staat hij ook machteloos tegenover bijvoorbeeld langdurige fysiotherapie zonder revaliderend effect (bij 44% geen baat) en tegenover mededelingen en voorschrijfgedrag van de behandelend geneeskundige die veelal sterk verzuimverlengend werken ('versleten rug'). De verzekeringsgeneeskundige kan hiertegen weinig uitrichten, evenmin tegen de persoonlijkheids- en motivatieaspecten van de verzekerde (inklusief gezins- en familie-omstandigheden); hij is hiervoor niet opgeleid en bevindt zich bovendien niet in de rol van vertrouwensman. Het herstel van belemmerende arbeidsomstandigheden is een wellicht nog groter probleem; veelal weigert de werkgever gedeeltelijke hervatting; ook de situatie op de arbeidsmarkt speelt een rol mee.

Tenslotte: de medische kennis van de verzekeringsgeneeskundige bestaat uit: algemene medische basiskennis, verzekeringsgeneeskunde, kennis overgedragen door de behandelend geneeskundige en psychologische en medisch-sociologische kennis. Iedereen weet nu, dat hij deze kennis gebruikt met een doel: het beïnvloeden van de verzuimduur. Hierdoor wordt zijn rol als medicus in veler ogen een oneigenlijke. Hij bekleedt in de medische wereld veelal een geïsoleerde positie en heeft weinig status.

Aan deze beschouwingen kunnen wij nog toevoegen die van Giel (14), die stelt dat de begrippen ziekte en ziektegedrag elkaar gezinszins behoeven te dekken. Door zijn ziektegedrag bevindt de patiënt zich in de ziekenrol.

Om ziekte te onderkennen is medische kennis nodig; om ziektegedrag te onderkennen en te waarderen is veel meer kennis nodig. Nu neemt in onze tijd het beeld van ziekte kwantitatief af, dat van ziektege-

drag neemt toe door veranderingen in gedragingen, houdingen, opvattingen met betrekking tot de interactie van individu met zijn omgeving. Door dit prevaleren van het ziektegedrag boven het ziektebegrip wordt dit laatste oneigenlijk gehanteerd. Waar het, om tot een uitkering te geraken, medisch gesanktioniseerd moet worden, wordt hiermee tevens de rol van de medicus een oneigenlijke.

Dit alles klinkt vrij negatief en trekt een zware wissel op het kennen en kunnen van de verzekeringsgeneeskundige. Toch zal hij, ook in de toekomst, moeten blijven funktioneren. Dat betekent dat hij zich de nodige kennis zal moeten eigen maken om bestand te kunnen zijn tegen de eisen die er op hem en zijn functie afkomen.

Het feit dat - zoals wij al zeiden - de leidende figuren van de uitvoeringsorganen deze problematieken veelal wel onderkennen en, voorzover mogelijk, proberen de leemten in kennis en ervaring bij hun medewerkers op te vullen, neemt niet weg dat het in de nabije toekomst noodzakelijk zal zijn, de relatie van de geneeskunde tot andere disciplines in het beoordelingsproces waartoe de uitvoeringsorganen geroepen zijn, vast te leggen en te kwantificeren.

## 5. De toekomstige ontwikkeling van de medische diensten van de uitvoeringsorganen

Zoals reeds eerder vermeld, hebben 16 van de 26 bedrijfsverenigingen hun administratie opgedragen aan het GAK en daarmee ook hun medische activiteiten, terwijl de overige 'zelfadministrerende' bedrijfsverenigingen er eigen medische diensten op nahouden.

Daarnaast adviseert de GMD aan alle bedrijfsverenigingen inzake de WAO en de AAW.

Regelmatig zijn er stemmen opgegaan om te komen tot één landelijke dienst, onder meer met als motief dat daardoor de uniformiteit van beoordeling, de continuïteit van de begeleiding en de efficiency zouden worden bevorderd. In 1976 nam de Tweede Kamer de motie Tilanus aan, waarin gepleit werd voor één medische dienst voor de gehele sociale verzekering. Van medische zijde is tegen een totale integratie in deze zin bezwaar gemaakt, omdat het karakter van de medische werkzaamheden in het kader van de loondervingswetten (ZW, WAO en AAW) volkomen verschilt van die in het kader van de verstrekkingverzekeringen (ZW, AWBZ). Een vraag is verder of een eventueel te creëren medische dienst geïntegreerd zou moeten zijn in de uitvoeringsorganen of niet. De doelstelling van een medische dienst in het kader van ZW/WAO kan, mede op grond van de bestaande toestand en de tot nu toe opgedane ervaringen, worden geformuleerd als het voorkomen en beperken van het disfunctioneren van de mens in zijn werk en in de maatschappij tengevolge van stoornissen in zijn gezondheid en zijn welzijn. Dit gebeurt dan door

- a. het toetsen van de rechtmatigheid van zijn aanspraken op uitkering
  - b. het sociaal-medisch begeleiden van de verzekerde.
- ad a): Op grond van de bevindingen van de rapporteur en de verzekeringsgeneeskundige wordt een advies uitgebracht aan het uitvoeringsorgaan ten aanzien van de uitkeringsgerechtigheid.
- ad b): De begeleiding speelt een rol bij de totstandkoming van het advies tot werkhervatting, waarbij veelal overleg noodzakelijk

is met de behandelend geneeskundige en de bedrijfsarts, bovendien bij zogenaamde spontane meldingen en bij de medische dienst van de GMD, bij het verstrekken van voorzieningen (aangepaste woningen en vervoermiddelen, kunst- en hulpmiddelen) en bij de revalidatie en de herinpassing in het arbeidsproces, dit laatste met medewerking van de arbeidsdeskundige.

Tegen de huidige structuur van de medische diensten zijn in de loop der tijden van verschillende zijden bezwaren ingebracht die neerkomen op het volgende:

- de bedrijfstaksgewijze organisatie van de medische diensten geeft een onevenwichtige spreiding van intake- en begeleidingspunten en onvoldoende aansluiting bij plaatselijk werkende gezondheids- en welzijnsorganisaties
- de kennisoverdracht omtrent de patiënt wordt belemmerd
- administratief werkt het systeem inefficiënt
- het systeem leidt tot onnodige herhalingen van het onderzoek door soms weer andere deskundigen
- er moeten kunstmatig aandoende afspraken worden gemaakt tussen GMD enerzijds en medische diensten van bedrijfsverenigingen anderzijds
- het ziektejaar werkt anti-revaliderend
- het medische potentiën wordt onvoldoende en niet optimaal gebruikt
- er is onvoldoende samenwerking met de eerstelijns welzijnszorg, mede door het ontbreken van wettelijke structuren en voorschriften.

Bij een eventuele integratie van diensten zou men zich de volgende theoretische hoofdmodellen kunnen voorstellen:

- a. medische diensten geïncorporeerd in de uitvoeringsorganen
  1. Eén GMD voor ZW en WAO, onder te brengen bij het GAK (dus één dienst).
  2. Eigen medische dienst voor ZW/WAO bij GAK en zelfadministrerende bedrijfsverenigingen (4 diensten).
- b. medische diensten gedeeltelijk wel en gedeeltelijk niet geïncorporeerd. Eén dienst ZW/WAO voor het GAK, één voor de overige bedrijfsverenigingen gezamenlijk (twee diensten)
- c. medische diensten niet geïncorporeerd:
  1. Eén onafhankelijke dienst (GMD) ZW/WAO voor alle bedrijfsverenigingen, administratie bij GAK (één dienst).
  2. Iden, maar met eigen administratief apparaat (één dienst).



### Nieuwe organisatiestructuur

In 1976 besloot het Ministerie van Sociale Zaken tot het instellen van een projektgroep 'Organisatie van de Beheersing van de Sociale Zekerheid', met onder andere als opdracht het voorbereiden van een adviesaanvraag aan de SER en daarbij een blauwdruk van een nieuwe organisatiestructuur. De SER gaf, ook in 1976, opdracht aan de buro's Berenschot en Bosboom-Hegener om door te gaan op het door deze buro's in 1972 uitgebrachte alternatievenrapport.

Er werd in dit verband gewezen op

- de verbrokkelde structuur en uitvoering van de sociale overheidsregelingen tegenover de eenduidige structuur van de arbeidsvoorziening,
- de deels bedrijfstaksgewijze, deels lokale uitvoering van de sociale zekerheid tegenover een over het algemeen regionale of lokale uitvoering op aanverwante beleidsterreinen,
- het ontbreken of onvoldoende funktioneren van overlegstructuren, mede als gevolg van het ontbreken van beslissingsbevoegdheid daarbij,
- het te grote isolement van de sociale verzekeringsgeneeskunde ten opzichte van de bedrijfsgezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg en mede als gevolg daarvan ten opzichte van de potentiële gebruikers van uitkeringen en begeleidingsmogelijkheden in hun werkomgeving.

Naar het oordeel van de bovengenoemde projektgroep is een regionale uitvoering van de sociale zekerheid te overwegen omdat:

- in regionaal verband de meest relevante aspecten qua beheersing, volumebeleid en individu-gerichte werkwijze het best tot hun recht komen,
- de bereikbaarheid voor de gebruikers het meest optimaal is,
- het aantal koördinatielijnen kan worden geminimaliseerd.

Het voorstel is, te komen tot zowel uitvoeringstechnische als bestuur-

lijke regionalisatie van een aantal functies door regionale uitvoeringsorganen van alle sociale zekerheidsregelingen, gericht op gevalsbehandeling. Deze organen zouden eigen bestuurlijke bevoegdheden moeten hebben. Wel zou deze gedecentraliseerde uitvoering moeten plaatsvinden in het kader van en getoetst moeten worden aan landelijk vastgestelde regels.

Bestuurlijk zouden bij deze organen betrokken dienen te worden:

- vertegenwoordigers van werkgevers- en werknemersorganisaties
- eventueel ook andere maatschappelijke organisaties
- gemeentelijke en eventueel provinciale besturen
- de minister.

De gevallenbehandeling van alle sociale zekerheidsregelingen zou moeten worden opgedragen aan deze organen.

Over de vraag, welke instantie hiermee zou moeten worden belast, stelt de projektgroep drie alternatieven:

1. een beheersingsorgaan met zowel uitvoerende als toezichthoudende taken
2. de Sociale Verzekeringsbank
3. een nieuw te creëren autonoom orgaan, mede te belasten met de gekoördineerde informatieverzameling.

De nadruk wordt gelegd op de samenwerking van de verschillende uitvoeringsorganen in het eventueel vastleggen daarvan in een Kaderwet Uitvoering Sociale Zekerheid. De bedrijfsverenigingen blijven de bedrijfstaksgebonden uitvoeringsorganen. Toch worden de bedrijfstaksgebonden aspecten gedeeltelijk verdrongen door algemeen maatschappelijke aspecten.

Waar de individuele begeleiding centraal staat, verdient een regionale aanpak de voorkeur; daar waar de nadruk ligt op de bedrijfsgebonden aspecten ligt voor de hand een aanpak in de bedrijven en een uitbreiding van de taken van de bedrijfsverenigingen.

Een en ander is vastgelegd in de nota 'Organisatie van de beheersing van de sociale zekerheid' van de Staatssekretaris van Sociale Zaken aan de Tweede Kamer, zitting 1978-79, 15594 nummers 1-2 (27).

De reacties op deze nota zijn niet uitgebleven. Het is met name de Vereniging van Nederlandse Gemeenten geweest, die zich ertegen teweer heeft gesteld. Op 7 september 1979 schreef deze aan de Vaste Commissie voor Sociale Zaken ondermeer:

De in het rapport neergelegde gedachten zijn dusdanig tegengesteld aan

- de doeleinden van het ook door u voorgestane decentralisatiebeleid,
- de wens van de gemeentebesturen dit deel van het sociaal beleid ten behoeve van hun burgers te continueren,
- het streven naar individualisering van het gemeentelijk sociaal beleid,

dat wij tegen de realisering hiervan de meest ernstige bezwaren hebben. Ten tijde van het schrijven van deze nota is intussen het eindrapport gereed gekomen van de buro's Berenschot/Bosboom en Hegener (augustus '79) (4). In dit rapport is niet ingegaan op de inhoudelijkheid van de wettelijke regelingen, alleen op het organisatorische kader ervan. Ook de Ziekenfondswet en A.W.B.Z. blijven buiten beschouwing. Getracht is, een uitvoeringsorganisatie te vinden die doelmatig, doorzichtig, bestuurbaar, beheersbaar en zorgvuldig is. In het ontworpen stelsel is rekening gehouden met een eigen verantwoordelijkheid voor de overheid enerzijds en het bedrijfsleven (werknemers, werkgevers) anderzijds. Ook is gepoogd, aansluiting te realiseren aan organen van arbeidsomstandighedenbeleid, arbeidsvoorziening, werkgelegenheidsbeleid, gezondheidszorg, welzijnsbeleid. De voorstellen van de buro's, die uiteindelijk moeten leiden tot een advies van de SER aan de regering, komen neer op het volgende:

- er komen regionale kantoren waar alle sociale verzekeringen worden uitgevoerd en van waaruit contacten met andere regionale organen kunnen worden onderhouden.
- het bedrijfsleven (B.V.'s) blijft verantwoordelijk voor de toepassing van de regelingen.
- er is een centraal orgaan voor toezicht en informatie.
- er is één gemeenschappelijk bestuursorgaan voor de totale uitvoering.
- de hele regeling is sterk cliënt-gericht; de mogelijkheid is inge-

bouwd voor aanpassingen en wijzigingen op grond van maatschappelijke en andere ontwikkelingen.

- er komt een gemeenschappelijk bestuursorgaan (G.B.O.) voor de centrale koördinatie van zowel bestuurlijke als uitvoerende activiteiten.

De verwachting is, dat de totale bestuurlijke en uitvoerende reorganisatie ongeveer tien jaar zal vergen.

De bedoeling is dat

- de individuele gevalsbehandeling lokaal/regionaal plaatsvindt,
- de premie-inning via de bedrijfsverenigingen loopt,
- de gegevensverwerking gebeurt op 10-15 landelijk verspreide kantoren.

De medische diensten zijn, evenals de arbeidskundige, een onderdeel van de regionale kantoren. De centrale medische dienst van het G.B.O.-kantoor geeft de centrale richtlijnen.

Het lijkt ons onvruchtbaar te spekuleren over de toekomstige ontwikkelingen ten deze. Uiteindelijk zijn de beslissingen hierover van politieke aard, en wij weten maar al te goed, hoe hierbij nogal eens voor de buitenstaander irrelevante overwegingen een rol spelen. Niettemin is het duidelijk dat, hoe de bal ook rollen moge, enigerlei vorm van regionale uitvoering van de sociale verzekeringsregelingen tegemoet gezien kan worden.

## Enkele slotbeschouwingen

In tegenstelling tot de bedrijfsgeneeskunde die, binnen bepaalde grenzen, in zijn toekomstige ontwikkeling vrij aardig voorspelbaar is, is de verzekeringsgeneeskunde dit, dankzij de politieke invloeden die de beslissingen mede bepalen, slechts in zeer beperkte mate; dit maakt dan ook dat de rol die deze tak van gezondheidszorg in de toekomst zal gaan spelen met betrekking tot zijn beïnvloeding van het ziekteverzuim, op dit moment nog op geen stukken na af te bakenen is.

Het kan niet anders of deze vage toekomstbeeldvorming ten aanzien van het werk en de positie van de verzekeringsgeneeskundige draagt er niet toe bij, de animo om dit vak te gaan beoefenen te versterken.

De motivering om dit vak te kiezen is al vrij negatief. Willen wij in de toekomst verzekerd zijn van een kwantitatief en kwalitatief adequate bezetting van deze discipline, dan is hiervoor duidelijkheid van zijn opdracht en zijn mogelijkheden noodzakelijk.

Er zijn een paar rode draden die door al onze beschouwingen heenlopen:

1. de onhoudbaarheid van de absolute scheiding van behandeling en controle zoals die in ons land nog steeds bestaat,
2. het goed tegen elkaar afwegen van de wel en niet bedrijfstaksgebonden aspecten in de begeleiding van de verzekerden,
3. het goed voorbereiden van de sociaal verzekeringsgeneeskundige op zijn toekomstige taak.

Het effect van controle en begeleiding is, na de publikatie van Holt-huis uit 1960 (17) nooit meer uitgebreid ter discussie gesteld of getoetst aan de inmiddels veranderde omstandigheden; de verzekeringsgeneeskunde zal zich, nu en in de toekomst, dienen af te vragen niet alleen hoe zijn werkwijze is, maar vooral wat deze werkwijze teweegbrengt. Hier ligt ons inziens nog een mogelijkheid voor veel en goed wetenschappelijk werk.

Wij zijn niet ingegaan op de positie van de Sociale Verzekeringsraad. Ook deze zal in de nabije toekomst onderwerp zijn van politieke overwegingen. Dat deze versterking behoeft en dat een dusdanige versterking

goede mogelijkheden biedt voor een optimaal funktioneren van deze raad, willen wij hier wel met enige nadruk stellen. Met name de medische inbreng kan hierbij uitermate vruchtbaar zijn.

## Enkele konklusies en aanbevelingen

Aan enigerlei vorm van controle zal voorlopig niet te ontkomen zijn; teneinde in de toekomst een zo humanitair mogelijk beleid te realiseren en hiervoor het klimaat te scheppen, zal het nu al zaak zijn, een zo groot mogelijk beroep te doen op het eigen initiatief en eigen verantwoordelijkheidsgevoel van de verzekerde.

Op de een of andere wijze zal een inpassing van verzekeringsgeneeskundige activiteiten in een totaal welzijnsbeleid nodig zijn teneinde de inbreng van deze activiteiten te optimaliseren.

Teneinde de relatie van de verzekerde tot zijn werk maximaal te betrekken in de oordeelsvorming over zijn arbeidsgeschiktheid, is het gewenst, de verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden in de toekomst indien en waar mogelijk bedrijfstaksgebonden te doen plaatsvinden.

Overleg van alle betrokken instanties is op korte termijn dringend nodig teneinde te komen tot een genuanceerde afschaffing van het systeem van scheiding van behandeling en controle.

In dit verband ware nader te onderzoeken in hoeverre de situatie in het buitenland, waar de absolute scheiding van behandeling en controle niet bestaat, al of niet aanleiding geeft tot frikties.

Bij de opleiding van verzekeringsgeneeskundigen zal in ruime mate aandacht moeten worden geschonken aan andere dan medische aspecten van het ziekteverzuim. In het algemeen zal deze opleiding zich meer moeten aanpassen aan de gewijzigde taakstelling en verantwoordelijkheid van de verzekeringsgeneeskundigen.

Ditzelfde geldt voor al die medici-specialisten die zich met ZW/WAO rapportage bezighouden, inclusief de deskundigen van de Raden van Beroep.

Het nuttig rendement van de controle zou op een statistisch verantwoorde wijze moeten worden onderzocht.

Overwogen zou moeten worden, het door Van Zaak verrichte onderzoek (31) op grotere schaal te herhalen, teneinde een meer genuanceerd zicht te krijgen op de visie van de verzekerden op de medische diensten van de uitvoeringsorganen.

Het principieel andere karakter van het werk van de bedrijfsarts en de verzekeringsgeneeskundige maakt, dat wij Muntendam niet kunnen volgen in zijn afwijzen van het bestaansrecht van de verzekeringskundige. Te discussiëren valt over de mate waarin bedrijfsarts, verzekeringsgeneeskundige en behandelend arts moeten en kunnen deelnemen aan het begeleiden van de verzekerde; het is en blijft zo dat ten principale

- het werk van de behandelende arts kuratief werk is, wat dat dan ook moge inhouden,
- het werk van de bedrijfsarts gericht is op de aanpassing van bedrijf en werknemer (verzekerde) aan elkaar,
- het werk van de verzekeringsgeneeskundige een wetsuitvoerend karakter heeft.

De rol die de Stichting CCOZ in de ontwikkelingen ten deze kan spelen, komt voort uit zijn taakstelling als koördinerend orgaan en bestaat uit:

- het inventariseren van stromingen die de ontwikkelingen beïnvloeden, met de daarachter liggende motiveringen,
- het trachten bij elkaar aan tafel te krijgen van personen die bij de problematiek betrokken zijn en het initiëren van discussies tussen hen,
- het zelf participeren als onafhankelijke instantie bij overlegsituaties,
- het signaleren van opvattingen van ontwikkelingen en de mening daarover van de Stichting CCOZ vanuit zijn eigen optiek ten aanzien van de relatie mens-werk-gezondheid.



---

## Gespreksverslagen

---

Verslag van het gesprek met de heer D.de Pater, arts, medisch adviseur van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor op 14 november 1979 te Amsterdam (door R. Holthuis)

---

De rol van de verzekeringsgeneeskundige is in de loop van de jaren ingrijpend gewijzigd; zijn funktioneren is met name dichter bij dat van de kuratieve sektor gekomen. In dit kader vormt de scheiding van behandeling en controle wel een belemmering voor het efficiënt werken van beide sectoren; deze scheiding zal op korte termijn waarschijnlijk niet geheel verdwijnen en dat is misschien goed, maar een feit is wel dat de controle met één been in de reguliere gezondheidszorg staat.

De taak van de verzekeringsgeneeskundige is ook heden ten dage een belangrijke. In de eerste plaats moet hij, als medicus, de rechtmatigheid van de aanvraag voor een uitkering op medische merites en volgens medische normen toetsen.

Daarnaast is hij verantwoordelijk voor het tot stand komen van een afgerond beeld van toestand en toekomstmogelijkheden van de patiënt, hetzij door eigen onderzoek, hetzij door contacten met behandelende arts(en) en/of bedrijfsarts; het is van belang dat dit beeld zo snel mogelijk wordt gevormd, omdat uitstel alleen maar vervagend werkt en dus de prognose verslechtert. Tevens moet de verzekeringsgeneeskundige zich beraden over de mogelijkheden om een aan de patiënt aangepaste toekomst te realiseren. Kortom, hij moet een duidelijke prognose maken.

Wat betekent nu in dit verband begeleiding? Veelal wordt hieronder verstaan het alles in orde maken voor iemand wat men denkt dat hij nodig heeft; dit betekent het hem ontnemen van alle eigen initiatief. Aannemelijker is een werkwijze waarin de patiënten hun problematiek duidelijk wordt gemaakt en tevens de wegen worden aangegeven naar de oplossing ervan. In dit verband is de GMD in het voordeel omdat deze beschikt over arbeidsdeskundigheid. Het is jammer dat de bedrijfsverenigingen deze niet ter beschikking hebben, met name in verband met de toepassing van artikel 30 Ziektewet.

Hoe probeert het GAK nu zijn verzekeringsgeneeskundigen hiertoe te equiperen? Bij indiensttreding krijgt een beginnende verzekeringsgeneeskundige een introductieperiode van vier (wordt acht) weken; daarna wordt hij geacht min of meer zelfstandig te kunnen werken. Na ongeveer 5 maanden krijgt hij dan een centrale opleiding, intern, van een week, waarin algemene onderwerpen aan de orde komen zoals: het functioneren en de problemen van de verzekeringsgeneeskundige; arbeidsomstandigheden en bedrijfsveiligheid (er is nauwe samenwerking met het Veiligheidsinstituut); beroepsprocedures; rapportage en correspondentie; kommunikatiemogelijkheden; wetstechniek; statistiek en registratie; samenwerking tussen verzekeringsgeneeskundige en rapporteur; buitenlandse werknemers, enzovoort.

Na deze centrale opleiding volgen na ongeveer een maand nog twee follow-up-dagen. Er vinden regelmatig regionale bijeenkomsten plaats, waar over medische problemen wordt gesproken, zo mogelijk aan de hand van casuïstiek. Ook kunnen de verzekeringsgeneeskundigen een cursus gesprekstechniek volgen.

Het GAK heeft specialisten in dienst (chirurgie, orthopaedie, neurologie) die zo nodig als konsulent van de verzekeringsgeneeskundige kunnen optreden. Als handleiding kunnen de verzekeringsgeneeskundigen gebruiken het Handboek voor de Verzekeringsgeneeskundige, dat losbladig is en regelmatig wordt geaktualiseerd. Tenslotte kunnen de verzekeringsgeneeskundigen de landelijke opleiding A en B tot verzekeringsgeneeskundige volgen; het GAK stelt dit (tot nu toe) niet verplicht. Nadat een ziektegeval vier maanden heeft geduurd moet de verzekeringsgeneeskundige een rapport maken (op standaardformulier) waardoor hij gedwongen wordt zich te realiseren hoe het actuele beeld is van de patiënt, c.q. in hoeverre dit verheldering of aanvulling behoeft. Dit rapport wordt in teamverband besproken met een wetstechnicus. Indien gewenst volgt op dat moment een spontane melding bij de GMD. Bij twijfel wordt het geval nogmaals besproken, nu met GMD-arts en -arbeidsdeskundige.

Het GAK is tegen een spontane melding na 13 weken als automatisme; voorzien wordt een noddeloze papiermassa; liever wil men meer cliënt-tericht werken, dus selektief.

Bij een verzuimduur van 6 - 7 maanden krijgt de verzekeringsgeneeskundige het geval weer op tafel. Zo nodig volgt dan alsnog een spontane melding en de zorg wordt verder overgedragen aan de GMD.

Er zijn variaties in controlesystemen; sommige medische diensten van bedrijfsverenigingen (bijvoorbeeld B.V.T.) werken sterk bedrijfsgericht; het GAK kan dat niet zo sterk doorvoeren en werkt derhalve meer rayongericht. Wel ligt er een plan klaar om de verzekeringsgeneeskundigen bij te scholen in bedrijfsgeneeskundige vraagstukken.

Dat er in de toekomst een integratie van verzekeringsgeneeskundige activiteiten gaat plaatsvinden, is wel zo goed als zeker. Nu kan dit in principe twee kanten opgaan: of de verzekeringsgeneeskundige breidt zijn kennis uit, of de medicus haalt hulp bij andere disciplines. Hoe dit in de toekomst zal gaan is in feite een politieke beslissing. De twee voornaamste principiële alternatieven zijn:

- a. alle activiteiten komen aan de GMD, die andere disciplines ingebouwd heeft; in wezen is dit dus een medische dienst met hulpkrachten.
- b. variant I van het rapport Berenschot/Bosboom en Hegener: er komen regionale organen waarin de medische diensten als geïntegreerd onderdeel functioneren. Dit betekent in feite een 'opgeknipte' GMD.

Problemen zijn tenslotte:

- de revalidatie: bij de GMD is hiervan niet zoveel terechtgekomen. Dit is niet alleen en in hoofdzaak de schuld van de GMD; ook de kuratieve sektor is er zeker mede debet aan.
- de scheiding van behandeling en controle. De normen van de KNMG zijn moeilijk hanteerbaar. Eigenlijk zou niet de inlichtingenvrager, maar de inlichtingengever een machtiging van de patiënt moeten hebben. Er zijn nu al grote ziekenhuizen die zonder machtiging van de patiënt iedere inlichting weigeren.

Verslag van het gesprek met de heer J.C. Streng, arts, medisch adviseur van de Sociale Verzekeringsraad te 's-Gravenhage, op 12 december 1979 (door R. Holthuis)

---

Het begrip 'begeleiding' is wat ongelukkig; het is waarschijnlijk historisch bepaald omdat men afwilde van het begrip 'kontrolle'. Maken wij onderscheid tussen kort verzuim (tot enkele maanden) en lang verzuim, dan kan worden gesteld dat de begeleiding van kort verzuim vooral kontrolerend, deels ook signalerend is. Bij lang verzuim betekent begeleiding mede hulp bij reïntegratie (medisch, arbeidskundig, sociaal). De begeleiding naar andere arbeid ligt op de weg van de arbeidsdeskundige en is eigenlijk minder een direkte taak voor de verzekeringsgeneeskundige. Langs indirecte weg is zijn inbreng echter onontbeerlijk in verband met het onderkennen van de beperkingen en mogelijkheden, maar ook het duidelijk maken daarvan aan de verzekerde. De begeleidingstaak omvat ook koördinerende en sturende aspecten. Hij zou bijvoorbeeld kunnen overleggen met of verwijzen naar de bedrijfsarts, de GMD en/of de kuratieve sektor. In zekere zin heeft de verzekeringsgeneeskundige hier een tevens kuratieve rol, al wordt deze niet overal en altijd geaccepteerd. Een verzekeringsgeneeskundige zou een empathische relatie moeten aangaan; dit betekent een gedragswetenschappelijke begeleiding. Dit nu lukt lang niet altijd, hetzij door de beperkte mogelijkheden van de verzekeringsgeneeskundige, hetzij door de attitude van de patiënt. Nogal eens voorkomende attitudes bij de verzekeringsgeneeskundige zijn: waken over de uitgaven aan ziekingeld en de weg van de minste weerstand bewandelen, dat wil zeggen te lang verzuim toestaan.

Toch is het vak verzekeringsgeneeskunde aantrekkelijker dan men vaak denkt. Alleen de Erasmus Universiteit kent tijdens de huisartsenopleiding een stage verzekeringsgeneeskunde als keuzevak. In alle uitgebrachte rapporten over de toekomstige ontwikkeling van de medische diensten ontbreekt een fundamentele analyse van de taak en de rol van de verzekeringsgeneeskundige. Deze rol zou men kunnen onderscheiden

in:

zijn rol bij kort verzuim: deze is in hoofdzaak kontrolerend, knopen doorhakkend, signalerend (met name ten aanzien van de GMD);

zijn rol bij lang verzuim: hier is hij meer de koördinator die contacten heeft met anderen: bedrijfsarts, behandelend arts, andere disciplines.

Het is duidelijk dat hier sprake is van twee typen verzekeringsgeneeskundigen; het ware wenselijk dat beide typen in één dienst waren ondergebracht en komplementair ten aanzien van elkaar werkten (teneur van het rapport Berenschot/Bosboom en Hegener). In dit verband wordt opgemerkt dat de bedrijfsarts niet zou moeten terugschrikken voor bepaalde kontrolerende activiteiten; direkt wordt daarbij erkend dat dit waarschijnlijk niet haalbaar zal zijn.

Een cruciaal punt in de beschouwingen over begeleiding van de patiënt is het geïnstitutionaliseerde overleg tussen de verschillende medische sectoren: behandelend arts, verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsarts. Zo dat al gebeurt, dan gebeurt het nog te veel ad hoc. Daarover is momenteel de SVR bezig. Een eerste stap was het experiment Haarlem. Dit betrof alleen klinische patiënten; kollega Eeftink Schattenkerk fungeerde als trait-d'union tussen medische staf van het ziekenhuis en het GAK. Dit experiment had zijn beperkingen. Vooral het GAK zelf acht dit experiment niet geheel maatgevend; de figuur van de onderzoeker was vrij uniek, de onderzoeker was zelf onderdeel van het experiment en het klimaat in het ziekenhuis voor deze activiteiten was zeer gunstig.

Over dit experiment is gepraat in de C.B.O.Z.; samen met de resultaten van het onderzoek Tordoir c.s. heeft dit geleid tot een aantal aanbevelingen aan de Raad:

- a. de verzekerde krijgt een kaart waarop zijn bedrijfsvereniging en zijn verzekeringsgeneeskundige staat; de huisarts of specialist kan dan gemakkelijker contact opnemen.
- b. na 3-6 weken verzuim schriftelijke informatie door verzekeringsgeneeskundige aan behandelend geneeskundige.

c. het ziekenhuis stuurt ook aan de verzekeringsgeneeskundige bericht van opname en ontslag.

Deze plannen nu worden momenteel uitgewerkt met de K.N.M.G. en de N.Z.R. Verder is aan het NIPG gevraagd nadere analyses te maken van het materiaal van Tordoir, onder andere om meer duidelijkheid te krijgen over de coördinerende rol van de verzekeringsgeneeskundige en ook om na te gaan of er verschillen zijn tussen hervatter en niet-hervatter.

Ook heeft de Raad gedacht over een vervolg van het experiment Haarlem. In dit verband zijn vier alternatieven gesteld:

1. niets doen
2. het experiment herhalen met andere verzekeringsgeneeskundigen
3. het experiment herhalen met algemeen sociaal-geneeskundigen
4. het bevorderen van geïnstitutionaliseerd overleg.

Gekozen is tenslotte voor het laatste alternatief.

Maar hier zitten vele voetangels en klemmen:

Van de kant van de behandelende sektor wordt voor het verstrekken van schriftelijke mededelingen veelal betaling geëist. Deze betaling nu blokkeert mondeling en telefonisch overleg. De Federatie van Bedrijfsverenigingen, de GMD en de SVR zijn hierover in gesprek met de Nederlandse Vereniging van Ziekenfondsen. Alle instanties zijn het erover eens dat onbetaalde schriftelijke mededelingen eigenlijk een onderdeel vormen van de kuratieve taak. Maar dit zou wel een aanpassing vereisen van de ziekenfondshonorering. Deze materie ligt momenteel bij de Ziekenfondsraad en zal daar nog wel geruime tijd van bestudering vergen. Overigens krijgen specialisten nu reeds een vergoeding (f 16,-- 32,-) voor administratieve kosten bij schriftelijk verstrekte informatie, terwijl daarnaast, in verband met de verwerking van het stuwmeer AAW aan behandelende artsen f 36,50 werd vergoed voor het invullen van het AAW-formulier met uitgebreide informatiemogelijkheden.

De erkenning dat overleg met en informatieverstrekking aan verzekeringsgeneeskundigen een wezenlijk onderdeel vormt van het kuratieve takenpakket zou voor huisartsen overigens een krachtig argument tegenover

de ziekenfondsen zijn om tot praktijkverkleining te geraken zonder het inkomstennivo aan te tasten. Het is echter de vraag of deze gedachte nu reeds in brede kring van huisartsen wordt onderkend, hoewel het beginsel hiervan hun niet onwelgevallig zou moeten zijn. Tevens is aan de orde de ontwikkeling van een integrale statistiek en registratie; het ontbreken van een integrale verzekerdenregistratie wordt als een belangrijke lakune gezien. Voorzitter van de betreffende commissie van de SVR is de heer Van Beek (Philips). Tenslotte wordt op het ogenblik aandacht besteed aan de rol van het medisch systeem in de processen van ziekteverzuim en invaliditeit. Deze rol is van belang bij het etiketteren van de verzekerden. Er is bij de verzekerden een duidelijke voorkeur voor een WAO-uitkering boven een WW-uitkering. Dit nu kan alleen via een beslissing op medisch nivo. En dit is de oorzaak van een grote instroom in het medisch systeem. Vele kuratieve verwijzingen of op verzoek van verzekeringsgeneeskundigen verrichte expertises hebben als onderliggende reden het bestaan van onbegrepen klachten. De verwijzing of expertise wordt dan nodig om eventuele pathologie uit te sluiten. Vindt de specialist niets, dan volgt nogal eens doorverwijzing naar andere specialismen. Ook al is het uiteindelijk resultaat ook dan nog negatief, de cliënt loopt door alle specialistische onderzoek kans versterkt te worden in de patiëntenrol. Ongewild kan het medisch systeem op deze wijze een iatrogeen effect uitoefenen. De oorzaak hiervan ligt enerzijds in het imago van het medisch apparaat, dat tot zeer veel in staat wordt geacht, anderzijds in het stelsel van loondervingsregelingen, welke slechts op basis van ziekte of gebrek een optimale, blijvende hoogte van uitkering bieden.

Verslag van het gesprek met de heer H.P. ter Meulen, arts, medisch adviseur van de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen te Zeist, op 12 december 1979 (door R. Holthuis).

---

Enkele gegevens: Deze bedrijfsvereniging telt ongeveer 700.000 verzekerden, met ongeveer 850.000 ziekmeldingen per jaar (ongeveer 1/3 van de capaciteit van het GAK); er is een stijging van het aantal verzekerden met 7-8% per jaar. Het aantal werknemers bij de bedrijfsvereniging is 1.300. Het verzuimpercentage is ongeveer 6. De gezinsverzorgsters en bejaardenverzorgsters imponeren door hoge percentages; in de zieken- en verpleeghuizen de civiele diensten eveneens.

Het vraagstuk van de begeleiding van verzuimers is bij de B.V.G. intensief aan de orde.

Er wordt gewerkt, naast het hoofdkantoor te Zeist, met rayonkantoren, binnenkort uit te breiden tot 12. Op deze kantoren zitten de vaste verzekeringsgeneeskundigen, in principe twee per kantoor. Verder worden de controles verricht door 350 huisarts-verzekeringsgeneeskundigen. Deze konstruktie wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van het verzekerden-bestand; dit bestaat voor een niet onaanzienlijk deel uit vrouwen die niet over een eigen auto beschikken; de verzekeringsgeneeskundige moet dus dicht in de buurt zijn. 60% van de vrouwen komt op de fiets naar de verzekeringsgeneeskundige (de man heeft de auto mee). Verder werken aan ieder rayonkantoor assistenten medische dienst; dit zijn verpleegkundigen die het 'bedrijf' kennen en die, mede, hierdoor, erin slagen, 30% van de arbeidsongeschikten in de eigen bedrijfstak te herplaatsen.

De gang van zaken is nu, dat gedurende het eerste halfjaar de controle/begeleiding wordt gedaan door de huisarts-verzekeringsgeneeskundigen; na een half jaar ziet de vaste verzekeringsgeneeskundige iedere patiënt. Voor deze onderzoeken wordt drie kwartier uitgetrokken; de vaste verzekeringsgeneeskundige ziet 10-12 patiënten per dag.



Hierbij wordt naast een lichamelijk onderzoek ook een uitgebreide psycho-sociale anamnese opgenomen. Het streven is, bij voldoende mankracht, de termijn voor dit onderzoek door de vaste rayon-verzekeringsgeneeskundige terug te brengen tot 3 maanden. In dit onderzoek worden de patiënten uitgeselecteerd over een paar groepen: een aantal (naar schatting 30%) kan door de huisarts-verzekeringsgeneeskundige verder worden begeleid, een aantal kan intensiever worden begeleid (waarvoor dan uiteraard meer tijd ter beschikking is); voor een aantal kan herplaatsing worden overwogen; bij dreigende blijvende arbeidsongeschiktheid kan de GMD ingeschakeld worden. Met de huisarts-verzekeringsgeneeskundigen worden intensieve contacten onderhouden; tweemaal per jaar worden met groepjes van hen werkbesprekingen gehouden waar zij worden ingelicht over algemene problemen en waar zij ervaringen kunnen uitwisselen. Mede als resultaat van dit overleg valt op dat het aantal spontane meldingen van eventueel blijvende arbeidsongeschiktheid sterk is toegenomen. Verder is het evident dat bij de huisarts-verzekeringsgeneeskundigen de interesse in het vak verzekeringsgeneeskunde sterk toeneemt. Verschijnt een huisarts-verzekeringsgeneeskundige niet op de werkbesprekingen, dan wordt aangenomen dat hij geen belangstelling heeft en wordt hij vervangen. Tevens worden er met groepen werkgevers regionale bijeenkomsten gehouden waarin hun kennis over de werkwijze van de bedrijfsvereniging wordt aangevuld. Als resultaat hiervan maken meer en meer werkgevers gebruik van de mogelijkheid contact met de bedrijfsvereniging op te nemen, bijvoorbeeld bij een (te) hoog verzuim. Bovendien kunnen dan eventuele herplaatsingsmogelijkheden worden overlegd. Dit heeft enorme financiële consequenties: iedere herplaatsing brengt zeker 250.000 gulden op (gekapitaliseerd tot het 65ste jaar). Het is duidelijk dat bij deze bedrijfsvereniging op deze wijze getracht wordt een team op te bouwen waarin zowel vaste rayon-verzeke-

ringsgeneeskundige, huisarts-verzekeringsgeneeskundige, assistent medische dienst en werkgevers betrokken worden. Dit samenbrengen van partijen kan op den duur alleen maar gunstig werken; het beïnvloedt ook de werksfeer. Een verzekeringsgeneeskundige of het nu een vaste of een huisarts-verzekeringsgeneeskundige is, moet zich in zijn dienst thuisvoelen.

Het is sprekers indruk dat juist deze begeleiding van de huisarts-verzekeringsgeneeskundigen te wensen overlaat bij verschillende bedrijfsverenigingen. Het criterium voor de oudere huisarts-verzekeringsgeneeskundige is veelal: kunnen ze werken of niet; de vraag: zo niet, wat dan wel? komt nauwelijks aan de orde.

De problematiek van de systematische begeleiding van de patiënt is in het overleg van medisch-adviseurs in zijn totaliteit nog niet aan de orde geweest.

De ontwikkeling en de eventuele integratie van de medische diensten is een kwestie die voornamelijk politiek zal worden uitgevochten. Voorzover er dezerzijds al enkele opmerkingen over te maken zijn, het volgende:

Als het tot regionale lichamen zou komen, dan moeten deze een hoge graad van autonomie bezitten, anders is hun functioneren van den beginne af aan tot mislukken gedoemd.

Aan een bedrijfstak-eigen karakter van een dienst wordt speciaal bij een bedrijfsvereniging als deze veel waarde gehecht. Ook in een eventueel nieuwe organisatie zullen de artsen zich moeten thuisvoelen, zich moeten weten opgenomen in een team; de energie gestoken in teamvorming verdient zich later terug.

Het 13-wekenplan van de minister wordt gezien als heilloos; het gaat veel tijd kosten en het rendement zal laag zijn, dit is veel hoger via een werkwijze met inschakeling van de huisarts-verzekeringsgeneeskundigen.

Ook de plaats van de medische dienst in het totaal van de organisatie is van belang. Bij het Sociale Fonds Bouwnijverheid stond de medische

dienst onder de buitendienst; dit is teruggedraaid; nu zit de medisch-adviseur onder de directeur beleidszaken. Je moet als medisch-adviseur direkt onder de direktie zitten; dat werkt het meest direkt en effectief.

## **Samenvatting**

Na een inventarisatie van de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde, en van de activiteiten van de verzekeringsgeneeskundige en de uitvoeringsorganen van de Ziektewet en de WAO/AAW wordt, aan de hand van een drietal probleemgebieden (opleiding van verzekeringsgeneeskundigen, scheiding van behandeling en controle, toekomst van de medische diensten) een aantal konklusies getrokken en desiderata geformuleerd, en getracht de rol vast te leggen die de Stichting CCOZ bij de uitwerking hiervan zou kunnen spelen.



## Literatuurlijst

1. Aalderen, prof.dr.H.J.: Marokkanen en de Ziektewet. Med. Contact 3/(1976), 481-482
2. Aling, dr.H.: De verzekeringsgeneeskundige als zondebok. Med. Contact 33 (1978), 1003-1004
3. Berenschot, Bureau- en Bureau Bosboom & Hegener: Vereenvoudiging van de uitvoering der sociale verzekering op langere termijn; rapport aan de begeleidingscommissie onderzoek vereenvoudiging sociale verzekering van de S.V.R. Hengelo (0) 1971
4. Berenschot, Bureau - en Bureau Bosboom & Hegener: Vervolgonderzoek van de sociale verzekering op lange termijn; rapport aan de S.V.R., deel 1-5 1978-1979 + eindrapport (aug. 1979)
5. Blijham, dr.H.: Gastarbeiders en Verzekeringsgeneeskunde. Med. Contact 33 (1978), 479-480
6. Blijham, dr.H.: Over fout zitten in de verzekeringsgeneeskunde. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 57 (1979) 229-231
7. de Boer, L.: Afschaffing medische Ziektewetcontrole. Medisch Contact 31 (1976), 801-802
8. Boersma, T. e.a.: Uitwisseling van medische informatie tussen artsen. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 55 (1977), 689-691
9. Boersma, dr.W.: Enorme toename aantal 'arbeidsongeschikten', Med. Contact 8-6-79, 746-748
10. Commissie Bestudering Ontwikkeling Ziekteverzuim: Aanbevelingen n.a.v. rapporten inzake bestudering ontwikkeling ziekteverzuim, aan de Sociale Verzekerings Raad, nov. 1979
11. Doleman, dr. H. en D. de Pater: Afschaffing medische Ziektewetcontrole. Med. Contact 31 (1976) 964-966.
12. Eyk, C.v. & M. Numans: Arbeidsongeschiktheid, Med. Contact 5-5-79, 680-683
13. Giel, prof.dr.R.: Het dilemma van de medische beroepsuitoefening. Med. Contact 31 (1976) 1021-1026
14. Giel, prof.dr.R.: De verzekeringsgeneeskundige en de ziekenrol resp.

- het ziektegedrag van de verzekerde. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 55 (1977) 520-524
15. Grond, dr. J.Th.H.: De verzekeringsgeneeskundige als zondebok. Med.Contact 33 (1978), 643-644
  16. Hilverink, drs. H.G.: Arbeidsongeschikt of arbeid ongeschikt? Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978), 631-636. Oorspronkelijk verschenen in: Arbeidsongeschiktheid, enkele invalshoeken, uitg. GMD 1977.
  17. Holthuis, R.: De betekenis van de krachtens de Ziektewet uitgeoefende geneeskundige controle, Dissertatie Enschede 1961
  18. de Jong, H.: Opbouw, uitvoering en kritiek op het sociale verzekeringsstelsel in Nederland. Intern stuk CCOZ, aug. 1977
  19. Josten, drs. J.G.J.E.: Tussen zorg en zelfstandigheid; een samenvatting op schaal, Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978) 608-612. Oorspronkelijk verschenen in: Arbeidsongeschikt, enkele invalshoeken; uitg. GMD, 1977
  20. de Klerk, drs. J.M.: Psychosociale revalidatie. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978) 425-432. Oorspronkelijk verschenen in: Arbeidsongeschikt, enkele invalshoeken, uitg. GMD 1977
  21. Koten, J.W.: Het medisch functioneren binnen de GMD na 10 jaar, of de groei naar een nieuw verzekerings-geneeskundig paradigma. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978) 420-424. Oorspronkelijk verschenen in: Arbeidsongeschikt, enkele invalshoeken, uitg. GMD 1977.
  22. Loon, dr. P.C.J. van: Hebben artsen monopoliepositie bij beoordeling van ziekte en gezondheid? Med. Contact 9-6-79, 749-751
  23. Ned. Ver. v. Verzekeringsgeneeskunde, Bestuur: De verzekeringsgeneeskundige als zondebok. Med. Contact 33 (1978) 889-890
  24. Pasmooij, drs. J. en drs. H.G. Hilverink: Ziekteverzuim en bezoeken aan bedrijven; lezingenverslagen, 1976
  25. Ruys, R.: Misbruikers van de Ziektewet, een andere benadering. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 54 (1976) 639-641 (inkl. commentaar van dr. H. Doeleman)

26. Smits, E.L.: De verzekeringsgeneeskundige en de transculturele problematiek van gezondheid en ziekte bij buitenlandse werknemers in de EEG. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978) 413-414
27. Sociale Zekerheid, Organisatie van de beheersing van de -; Nota van de Staatssecretaris van Sociale Zaken aan de Tweede Kamer; mei 1979 (kamerstukken zitting '78-'79, 15594 nrs. 1-2)
28. Timmer, M.: Op verkenning in het mangrovebos. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978) 607-620
29. Wielen, Dr.Y.v.d.: Begeleiding van verzekerden in de gezondheidszorg van morgen. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978) 416-419
30. Wiersma, drs.D.: Het dilemma van de verzekeringsgeneeskundige bij de uitoefening van zijn beroep. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 55 (1977) 517-526
31. Zaal, drs.M.J. van: Meninge van GMD cliënten. Tijdschrift voor sociale geneeskunde 56 (1978) 613-620. Oorspronkelijk verschenen in: Arbeidsongeslacht, enkele invalshoeken, uitg. GMD 1977.



De "forumreeks" van de Stichting CCOZ omvat werkstukken waarvan naar de mening van de Stichting CCOZ de inhoud een bijdrage kan leveren aan de gedachtenwisseling over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid binnen het wetenschappelijk en maatschappelijk forum. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten rust bij de auteur.