

Nu, aan het eind van de twintigste eeuw, wordt het maatschappelijk gebeuren rond gezondheid en ziekte meer bepaald door gedachten zoals ze door de WHO zijn verwoord: lichame-lijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Zelfs met het huidig diagnostisch arsenaal en de brede scala aan klinische specialismen blijkt het niet mogelijk elke klacht omtrent ongezondheid van een, ook door anderen verifieerbare, diagnose te voorzien. Voor de 'controlerend geneesheer' van nu is het onmogelijk objectief en spijkerhard bij een willekeurig individu 'gezondheid' vast te stellen, en al helemaal niet meer zelfstandig en onafhankelijk.

KEUREN VOOR ARBEID

De loondervingsregelingen waren aanvankelijk voor industriële en agrarische arbeiders bestemd: grote groepen dicht opeen wonende mensen die voor iedereen kenbare, gelijkvormige arbeid verrichtten. De exponentiële differentiatie en superspecialisatie in de betaalde arbeid maakt het voor artsen uitermate moeilijk verantwoord uitspraken te doen over geschiktheid voor specifieke arbeid. En daar gaat het over in de Ziektewetperiode: het eigen werk.

De overschatting van het vermogen van artsen (ook door henzelf) valide uitspraken te doen over gezondheid in relatie tot arbeidsgeschiktheid-in-de-toekomst komt duidelijk naar voren in de nota 'Goed gekeurd' van het Directoraat-generaal van de Arbeidsvoorziening (1990). Prognostiek is een zeer slecht ontwikkelde medische vaardigheid! Hoe algemeen de overschatting van de eigen beoordelingscapaciteit is, kan men nu dagelijks in alle kranten lezen als deskundigen, burgers en politici aan hun kritiek op regeringsvoorstellen ook een oordeel koppelen over de geschiktheid voor parlementaire arbeid van bepaalde personen . . .

MONDIGE WERKNEMERS

In elk geval zullen zij die de herziening van het systeem van de huidige sociale voorzieningen ter hand nemen, er goed aan doen genoemde beperkingen van artsen voor ogen te houden. 'Sturen' kunnen zij al evenmin. De arbeider van omstreeks 1990, de 'loonslaaf', die zich door baas en ook door dokter zwijgend en willoos liet sturen, bestaat echt niet meer. Met vrijheidsgraden die afhankelijk zijn van de gezondheidsklacht en de situa-

tie beslist de werknemer van nu zelf wanneer hij zich arbeidsongeschikt acht (verzuimdrempel) en wanneer hij weer in staat is te werken (hervattingsdrempel).

De adviezen uit de omgeving spelen bij die beslissingen zeker een rol, en dat wordt door behandelende artsen te weinig beseft. Ook werkomstandigheden en (financiële) prikkels in de arbeidsvoorwaardelijke sfeer zullen in die individuele besluitvorming worden meegewogen. Daar kunnen werkgevers, werknemers en overheid artsen naast zich vinden in het zoeken naar een combinatie van gezonde arbeid en bestaanszekerheid. De dreiging van aantasting van dit laatste blokkeert elk appel op medeverantwoordelijkheid en medewerking.

EUROPA '92

Europa '92 acht ik voor de artsen een dringende reden extra om nuchter en kritisch naar hun rol in het unieke Nederlandse sociale systeem te kijken. De van artsenzijde te verwachten werkbare suggesties zullen mijns inziens zeer dicht liggen bij die welke Royards reeds deed in MC nr. 23/1991, blz. 709, gebaseerd op demedicalisering, een ongeëtiketteerd arbeidsloos inkomen en een inspanningsverplichting.

Effectieve reumazorg vermindert instroom WAO

In het recent verschenen rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) 'Een werkend perspectief, arbeidsparticipatie in de jaren '90',¹ wordt geconstateerd dat in Nederland qua arbeidsjaren minder betaald werk wordt verricht dan in andere OESO-landen. Werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en vervroegde uittrekking, aldus de WRR, zijn onderdeel geworden van een negatieve spiraal.

Die spiraal kan worden doorbroken indien de arbeidsparticipatie toeneemt. Ook kabinet, werkgevers- en werknemersorganisaties ondersteunen deze doelstelling. Zij streven er elk vanuit een welgemeend eigenbelang naar zowel het stijgende ziekteverzuim (1990: 9,1% van de beroepsbe-

J. J. Rasker en S. Terpstra

Dertig procent van de nieuwe WAO-ers heeft een aandoening van het houdings- en bewegingsapparaat. Het is noodzakelijk dat er een betere scholing en nascholing plaatsvindt bij verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen op het gebied van deze aandoeningen en er betere overlegstructuren komen, ten einde de negatieve 'instroom'spiraal waarvan momenteel sprake is te doorbreken.

volking) als het toenemend gebruik van de WAO (880.000 = 13% van het aantal werknemers) af te remmen.² Verzekeringsgeneeskundigen en behandelend artsen kunnen samen hieraan een concrete bijdrage leveren en wel door via (eigen) overlegstructuren ervoor te zorgen dat, voor onder andere reumatische patiënten, de negatieve spiraal, geschetst door de WRR, wordt doorbroken. Over de wijze waarop zo'n doorbraak zou kunnen plaatsvinden gaat dit betoog.

OORZAKEN TOENAME

Een praktijkvoorbeeld: Een grote overheidsinstelling in het oosten van het land hield vroeger veel patiënten met diverse reumatische aandoeningen

aan het werk en wel door de patiënten in samenspraak met de bedrijfsarts en de behandelend arts aangepast werk te geven. De overheidsinstelling werd evenwel geprivatiseerd en daarmee veranderde ook het sociaal-medisch beleid ingrijpend. Voor patiënten met reumatische aandoeningen was geen aangepast werk meer beschikbaar. Met hun behandelend arts werd door de bedrijfsarts geen overleg meer gevoerd; de bedrijfsartsen hadden namelijk instructies gekregen voor een ander beleid.

Deze serie gebeurtenissen is illustratief voor de gang van zaken waarmee menig reumatoloog in de afgelopen jaren steeds vaker is geconfronteerd. De gemiddelde arbeidsproductiviteit in Nederland is hoger dan waar ook in Europa; dat moet ook wel wanneer er op elke niet-werkende slechts 1,4 werkende Nederlander is.³

Het *bedrijfsbelang*, of beter gezegd het belang op korte termijn van het management, is een van de oorzaken van het feit dat steeds meer Nederlanders gebruik moeten maken van de WAO; immers vermindering van de personele bezetting in een bedrijf lijkt een van de hoogste doelstellingen van het management. Het bedrijfsbelang wordt dan boven het belang van individu en samenleving gesteld; een ontwikkeling die welhaast vanzelfsprekend is geworden. Zolang de consequenties op langere termijn van deze management gedragskeuzes onbesproken blijven, zal dit proces eerder worden versterkt door het toeschrijven van allerlei slechte eigenschappen aan de groep van verliezers in de 'struggle for life', zoals de zwakkeren, de frequent zieken, de WAO-ers, de laag-productieven, de niet-actieven, in plaats van oplossingen te stimuleren.

Knepper en Croon constateerden onlangs: 'Het is denkbaar dat het begrip 'ziekte' in onze zo op harmonie gerichte samenleving meer dan elders een conflictvermijdende functie vervult. Arbeidsconflicten, reorganisaties en de problemen van de niet meer kunende, oudere werknemer worden zo 'opgelost'. Het verzachten van tegenstellingen door middel van financiële compensatie past goed bij onze traditionele handelsgeest'.⁴ (Naar onze mening past het ook bij onze diaconale traditie).

Er is ook een *medische* reden die illus-

tratief is voor een onnodige groei van het WAO-bestand.

Er zijn gegronde redenen om aan te nemen dat velen arbeidsongeschikt worden, omdat hun 'reuma' niet of niet tijdig wordt onderkend, gediagnosticeerd en behandelend. Dit laatste heeft alles te maken met ons onderwijs aan studenten in de geneeskunde, de opleiding tot huisarts en de plaats die de reumatologie daarbij inneemt. De consequenties daarvan, niet alleen voor de WAO-problematiek, willen wij aan de hand van een enkel voorbeeld toelichten.

Recent vervoegde zich bij mij een 35-jarige man met ernstige afwijkingen onder andere aan de handen. Afwijkingen die het late gevolg waren van de zogeheten 'Lyme disease'. Deze ziekte wordt, zoals nog maar enkele jaren bekend is, veroorzaakt door een spirochaet die overgebracht wordt door een tekebeet. De bewuste man was in 1978 gebeten door een besmette teek, lang dus voordat men de oorzaak van dit ziektebeeld kende. Ernstige neurologische afwijkingen, voor het grootste deel voorbijgaand, en ernstige chronische gewrichts-afwijkingen waren het gevolg; pas na instellen van medicatie in 1989 is het ziektebeeld enigszins tot rust gekomen; de ernstige afwijkingen zijn echter gebleven, waardoor hij zijn oorspronkelijke werk niet meer kon doen. Omscholing heeft er voor gezorgd dat deze man een nieuwe part-time baan kreeg.

Door een tijdige diagnose en juiste behandeling zouden anno 1991 alle bovengenoemde afwijkingen en verschijnselen kunnen worden voorkomen. Dit is een voorbeeld van hoe mensen onnodig in de WAO komen; voor diverse reumatische aandoeningen zijn immers meer en betere methoden ter beschikking gekomen. Men kan stellen dat de reumatologie zich in de afgelopen tien jaar als het ware geheel heeft vernieuwd; helaas wordt van de nieuwe verworvenheden onvoldoende gebruik gemaakt. Een aantal ziekten kunnen we nu in een vroeg stadium herkennen en behandelen. Voorbeelden hiervan zijn de genoemde Lyme disease en diverse vormen van reactieve arthritis (arthritis als gevolg van infectie met bepaalde organismen).

Gewrichtsbeschadigingen ten gevolge van jicht kunnen eveneens worden voorkomen door tijdige diagnostiek en behandeling. Door tijdig adequate therapie te geven kunnen patiënten met chronische reumatische aandoe-

ningen ook langer in het arbeidsproces blijven. In een aantal gevallen moet aangepaste arbeid worden gegeven; zo kunnen dan bijvoorbeeld de meeste patiënten met de ziekte van Bechterew zonder of met weinig problemen tot hun 65ste jaar blijven werken, als zij dat zélf wensen.

Samengevat: *Bij vroegtijdig signaleren is herstel mogelijk en kan in een aantal gevallen een uitstoot richting WAO worden voorkomen.*

ONVOLDOENDE COMMUNICATIE

Niet alleen voor de werknemer in het geprivatiseerde bedrijf, maar voor alle patiënten is meer en beter gestructureerd contact tussen verzekeringsgeneeskundige, behandelend arts (huisarts en specialist) en arbeidsdeskundige noodzakelijk. Het contact kan en mag niet van het toeval afhangen en tot incidentele gevallen beperkt blijven. Momenteel wordt slechts over ongeveer 10% van de patiënten informatie ingewonnen bij de behandelaars.⁵ Dit geldt nog meer voor adviezen in woning of werksfeer. In dit verband zou het goed zijn als ook arbeidsdeskundigen rechtstreeks overleg konden plegen met de behandelaars van patiënten.

Een van de oorzaken van het onvoldoende contact tussen verzekeringsgeneeskundige en behandelaar is de wettelijke barrière, die in het kader van de wet op de privacybescherming nog eens is versterkt: alleen met schriftelijke toestemming van de patiënt kan informatie over hen worden gegeven en dan nog uitsluitend schriftelijk.

In hoeverre is scheiding tussen behandelaar en verzekeringsgeneeskundige nodig? Herbezinning is gewenst op ons aller rol bij een effectievere samenwerking tussen bijvoorbeeld huisartsen, specialisten en sociaal-geneeskundigen; behandelend geneesheer en verzekeringsgeneeskundige vullen elkaar in feite aan.⁶ Een samenwerking die niet alleen aanzienlijke bezuinigingen in de WAO-sfeer zou kunnen opleveren, maar bovenal betrokken patiënten veel onnodig leed zou kunnen besparen. Niet de scheiding tussen verzekeringsgeneeskundige en behandelaar, maar de integratie van beider taken hoort voorop te staan. Dat zou heel wel kunnen betekenen dat de thans geldende regelgeving en gehanteerde

procedures ingrijpend moeten worden herzien.

Ook zal het nodig zijn dat behandelaren en verzekeringsgeneeskundigen uit hun ivoren torens te voorschijn komen en begrip voor elkaars werk krijgen. Van de Ziektewetarts worden immers initiatieven verwacht om terugkeer van de werknemer op de werkvloer te bevorderen. Begeleiding en reïntegratie werden aan zijn taak toegevoegd. Terugkeer bij de werkgever in eigen of aangepaste arbeid was het doel dat voorop kwam te staan. Recent heeft zelfs het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid de hoogste prioriteit gekregen bij de uitvoeringsinstanties van de Ziektewet. Het is de laatste toevoeging aan de taken van zowel de verzekeringsgeneeskundige van de Ziektewet als van de WAO: claimbeoordeling, begeleiding en preventie.⁷

Het besef dat de cliënt (mede)beslissingsbevoegdheid heeft in zijn situatie, groeit. Reeds gedurende de eerste zes weken van de ziekte heeft de bedrijfsgezondheidszorg in samenwerking met de bedrijfsvereniging een taak bij de begeleiding en zo mogelijk terugbegeleiding van de werknemer naar zijn werk. Na zes weken moet worden nagegaan of gedeeltelijke werkhervatting in eigen of andere passende functie mogelijk is. Na drie maanden moet een terugkeerplan worden ontwikkeld.^{6, 8}

HERORIËNTATIE

Nu Europa 1992 voor ons ligt, de arbeidsmarkt krappere zal worden door het verouderen van de bevolking, moeten wij ons afvragen waarom bijvoorbeeld in Duitsland de aantallen WAO-ers veel lager zijn. Door het hoge uitkeringsniveau in Nederland is het aantrekkelijker om in de WAO te gaan dan bij de oosterburen. Ook kennen zij psychische arbeidsongeschiktheid niet als zodanig.⁹ Is onze Nederlandse aanpak wellicht verkeerd? In hoeverre is de scheiding tussen behandelaren en controlerende instanties kunstmatig? Welke voor- en nadelen hebben de systemen in de andere EEG-landen?

Vergelijking met andere landen in Europa is erg moeilijk.⁴ In elk geval moeten wij ons heroriënteren. Er moet een juiste afweging zijn tussen het belang van de patiënt en het belang van de samenleving. Er zijn overigens talrij-

ke andere oorzaken van deze verschillen binnen de EEG te noemen.^{10, 11}

Arbeidsongeschiktheid is niet hetzelfde als uitkeringsgerechtigd zijn. De vraag of iemand recht op een arbeidsinkomenvervangende uitkering heeft is niet alleen een medische vraag.

Laat ik dit toelichten aan de hand van een voorbeeld.

Een patiënt van mij, een aannemer, had een ernstige listhesis L4-5 over 2 cm. In verband met rugklachten kwam hij in de WAO. Het bleek echter dat hij volledig werkte en de burens hebben hem aangegeven. Reden waarom een herkeuring werd aangevraagd. Mij werd om inlichtingen gevraagd. Hoewel hij volledig werkte, meende ik dat een dergelijke wervelkolom (overigens niet operabel) een onaanvaardbaar risico was voor het zware werk dat hij deed.

Uit dit voorbeeld blijkt dat deze man wel degelijk arbeidsongeschikt was, echter waarschijnlijk niet uitkeringsgerechtigd.

Er is een aantal Nederlanders dat tracht inkomen te krijgen zonder ervoor te werken. Ook is er het vermeend 'recht' van een individu in Nederland, dat het onheil dat hij krijgt, door de werkgever wordt gedragen (naarmate het bedrijf groter is, is dat 'recht' groter; een drogist met vier personeelsleden kan zich een dergelijk recht niet veroorloven).

De verzekeringsgeneeskundige wordt geacht zowel het belang van de samenleving als dat van de patiënt in acht te nemen. Dit doet hij door beoordelingen krachtens de ZW/AAW-WAO uit te voeren in overeenstemming met de door de bedrijfsvereniging gegeven regels en richtlijnen.

LOKETTENSYSTEEM

De wijze waarop wij onze geneeskundige zorg hebben georganiseerd is eveneens een factor van belang voor het voorkomen van blijvende arbeidsongeschiktheid bij patiënten met reumatische aandoeningen. Ook dit kan met een voorbeeld uit een reumatologenpraktijk worden toegelicht.

Een man van 50 jaar met klassieke hernia nucleï pulposi met uitvalsverschijnselen. Huisarts en fysiotherapeut zagen het twee maanden aan. Na een wachttijd van vier weken nam de neuroloog hem op en verwees hem na caudografie naar de neurochirurg. Pas na drie maanden kon hij wor-

den geopereerd. De revalidatie duurde acht weken. Inmiddels zit deze patiënt dus acht maanden in de Ziektewet. Hem is verteld dat hij onherroepelijk in de WAO komt, terwijl hij dat zelf niet wil; hij vindt dat hij zijn werk als conciërge, in elk geval ten dele, best kan hervatten.

Het heeft er dus alle schijn van dat men gemakkelijk tijdelijk en/of gedeeltelijk in de WAO komt.

Niet voor niets pleit de WRR voor een 'activerend beleid', gericht op langdurig zieken (langer dan zes maanden) en uitkeringsgerechtigde arbeidsongeschikten, van wie kan worden aangenomen, dat ze aangepast werk kunnen verrichten. Een activerend beleid dat begint met een effectievere samenwerking tussen bijvoorbeeld huisartsen, medisch specialisten en verzekeringsgeneeskundigen. Een samenwerking die niet alleen een bijdrage levert aan het afremmen van de toeloop op de WAO, maar die – en dat is toch het voornaamste – de patiënt zelf ook onnodig leed zou kunnen besparen.

Dat het in de praktijk ook anders kan, wordt geïllustreerd door een praktijkervaring in Enschede. Hier hielden een huisarts en een fysiotherapeut samen spreekuur en op deze wijze gelukte het veel van hun patiënten in samenspraak met de verzekeringsgeneeskundige terug in het arbeidsproces te nemen.

Het lokettensysteem van de geneeskunde met zijn wachttijden voor spreekuren in ziekenhuizen en in de GAK-kantoren kan klaarblijkelijk er toe bijdragen dat men in de WAO komt.

REUMA EN WAO

Een andere reden voor de samenspraak tussen behandelend reumatoloog en verzekeringsgeneeskundige is, dat meer dan 30% van de nieuwe WAO-ers een aandoening heeft van het houdings- en bewegingsapparaat. Een substantieel deel hiervan wordt dus veroorzaakt door reumatische aandoeningen. Het klinkt dan ook paradoxaal dat de scholing van verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen op het gebied van de reumatologie tijdens hun opleiding tot sociaal-geneeskundigen vrijwel nihil is. Het is denkbaar dat patiënten door onvoldoende kennis onnodig in de Ziektewet blijven en in de WAO ko-

men; immers als men in dubio staat, zal men eerder ertoe neigen iemand arbeidsongeschikt te verklaren. Mede daarom zou ook een specialist – vooral als het gaat om partieel arbeidsongeschikten – kunnen bijdragen in de opvang en begeleiding van de patiënt. Een grote bijdrage kan hier komen uit onderzoek naar relaties tussen mens en machine; vanzelfsprekend heeft de bedrijfsarts hierbij een centrale rol in samenspraak met ergonom, ontwikkelingsingenieur, proceschemicus, produktiemedewerkers en veiligheidsdeskundigen.

REGELGEVING

Het activerend beleid, zoals door de WRR is voorgesteld, zou tevens moeten betekenen dat de huidige WAO-regelgeving kritisch wordt getoetst. Is men nu langer dan drie maanden in de Ziektewet, dan blijft 30% in de Ziektewet en komt tijdelijk/gedeeltelijk in de WAO.¹² De wrange ironie wil, dat met name patiënten met reumatische aandoeningen vaak langer dan drie maanden klachten hebben. Of anders geformuleerd: ze hebben dus langer dan drie maanden nodig om te herstellen. Tegen wil en dank komen ze dan toch in de WAO terecht met vaak grote psychotrauma's voor patiënt en familie. (Hoewel we ons natuurlijk realiseren dat iemand die in de WAO is gekomen nog niet is afgekeurd, is dit eerder regel dan uitzondering). Een proces dat in schril contrast staat met de mogelijkheden die bijvoorbeeld moderne technologieën offeren aan (gedeeltelijk) invalide mensen om alsnog actief te participeren in het (aangepaste) arbeidsproces.

Dit alles terwijl in de WAO niet alleen 'de zieke' als centraal begrip fungeert (een fenomeen, dat in het lichaam of de geest van de patiënt moet worden gevonden), maar ook de 'zelfontplooiing'.⁷

De regelgeving kan dus mede oorzaak zijn van het langdurig blijven in de Ziektewet. Wellicht moet de inrichting van het sociale verzekeringsstelsel eens op de helling. Zou de Ziektewetperiode van één jaar niet net als in andere landen voor veel patiënten aanzienlijk kunnen worden bekort? Ze verdwijnen dan ook uit de verzuimcijfers van het bedrijf. Voor andere patiënten kan de Ziektewet verlengd worden naar twee jaar, zonder over-

gaan naar de WAO, wanneer volledig herstel mogelijk is.¹³

FLEXIBEL MODEL

Een flexibel model is nodig van gedeeltelijk werken, Ziektewet en WAO. * Een nieuw model waarvan een flexibele toepassing in de praktijk noodzakelijk dient te zijn gegarandeerd. De flexibiliteit is zinnig nu steeds meer licht werk beschikbaar zou moeten komen, dankzij de techniek en aldus meer, en dus ook invalide mensen kunnen worden ingeschakeld. Denk bijvoorbeeld aan de nieuwe, meer flexibele werkvorm van telewerken. Een tweede mogelijkheid voor de flexibiliteit is dat meer vrouwen zullen gaan werken, waardoor er ook meer deeltijdbanen zullen komen in de toekomst.

Meer mogelijkheden dus die ook demografisch verder worden ingekleurd. De Nederlandse bevolking verouderd; verwacht mag worden dat een van de consequenties van deze ontwikkeling zal zijn, dat meer vrouwen in het arbeidsproces zullen worden betrokken en zij ook meer laaggekwalificeerd lichamelijk werk zullen verrichten.¹⁴ Dit is meestal werk met een slechte kwaliteit van arbeid.¹⁵ Het zogenoemde repeterend inspanningsletsel en andere klachtenpatronen zullen dan een verhoogde WAO-instream geven; hierbij komt het feit dat vrouwen in Nederland meestal ook de huishoudelijke taak voor hun rekening nemen naast hun baan buitenshuis en aldus dubbel worden belast. Reumatische aandoeningen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Om deze redenen is de verwachting gewettigd dat er meer vrouwen met reumatische aandoeningen de komende decennia in de WAO terecht zullen komen. Over de oorzaken van WAO bij vrouwen is relatief weinig bekend uit de beschikbare statistieken.¹⁶

PATIËNT EN ARTS

De WAO is voor mensen in dienstverband die arbeidsongeschikt worden.

* Zelfs het huidige ZW/AAW-WAO model maakt het mogelijk om mensen gedeeltelijk te laten werken. Blijkbaar slaagen de verzekeringsgeneeskundigen er onvoldoende vaak in gebruik te maken van de mogelijkheden, die artikel 30 ZW en artikel 33-34 AAW en artikel 44-45 WAO hun bieden.

Voor sommigen is de WAO een tegenvaller, voor anderen een recht. Voor artsen kan het een dilemma zijn (Kan ik een man die opziet tegen de WAO arbeidsongeschikt verklaren? Kan ik een man die zich verheugt op de WAO arbeidsongeschikt verklaren?). De (voor)oordelen over misbruik van de WAO door werkgever en werknemer hier onbesproken latend, is het goed om stil te staan bij hetgeen patiënt en arts in hun onderscheidende rollen typeert; ook hier liggen mogelijkheden tot verbetering van de huidige situatie die alles hebben te maken met hoe wij als mensen met elkaar omgaan:

- a. De patiënt zelf draagt bij aan de aantallen WAO en niet alleen doordat hij simuleert. De moderne mens maakt de denkfout: 'Ik heb pijn, dus moet die pijn verdwijnen. Zolang deze pijn er is, ben ik niet in staat te functioneren'.
- b. De patiënt is vaak te passief; anderen beslissen wel voor hem. Hij wordt object, voorwerp, geen partij. Het kan met de huidige regelgeving ook moeilijk zijn hierin inspraak te krijgen.
- c. Zelden wordt door artsen de vraag gesteld: 'Verergert de klacht tijdens het werken eigenlijk?' Immers indien de klacht niet verergert tijdens het werken, is het in een aantal gevallen mogelijk om het werk te hervatten.
- d. Onze maatschappij medicaliseert. Dit komt tot uiting in de Ziektewet die de verzekeringsgeneeskundige opdracht geeft te denken in termen van ziekte, 'gebrek' en controle (voorschriften).⁷ De grootste genezing zal wellicht te verkrijgen zijn door de medicalisering terug te dringen.⁸

TERUGDRINGEN: HOE?

Resteert de vraag: wat kan ieder van ons en wat kunnen we met elkaar vanuit een stuk welgemeend eigenbelang doen om ervoor te zorgen dat het aantal WAO-ers, veroorzaakt door ziekten van het bewegingsapparaat, minder snel toeneemt?

Allereerst zal de zogenaamde quotumregeling van de WAGW moeten worden doorgezet om de industrie te dwingen meer lichtere arbeidsplaatsen te reserveren, bijvoorbeeld 6-7%, zoals in Duitsland voor minder validen als richtgetal wordt gehanteerd. Het antwoord vindt men terug in het vorig jaar gepubliceerde rapport 'Reu-

maonderzoek in Nederland'.¹⁷ Hierin wordt gepleit voor de oprichting van regionale reumacentra. De commissie van reumaonderzoek TNO denkt aan zeven bij de universiteiten horende centra, die samen een netwerk vormen. De taak van dit netwerk is: het informeren en adviseren van huisarts, fysiotherapeut, GMD, GAK, wijkverpleging en maatschappelijk werk en eventueel revalidatiearts.¹⁸ Een netwerk dat door samenspraak een actieve rol kan spelen bij het ontwikkelen van standaarden van de reumazorg en van kwaliteitsnormen; zorg en normen die het belang van de patiënt/werknemer centraal stellen. Dat betekent dat hij of zij zelf nog meer in het besluitvormingsproces moet worden betrokken. Dit geldt onder andere voor de sociale omstandigheden en de werkomstandigheden.

Samengevat: Door een verdere integratie van de zorg voor de reumapatiënt van verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts, huisarts/specialist, kan een aantal misverstanden worden weggewonnen en oplossingen worden gezocht en gevonden, waardoor het levensgeluk van een patiënt en zijn familie in een aantal gevallen kan worden verbeterd.

CONCLUSIE

Er is een scheiding tussen behandelaren en verzekeringsgeneeskundigen. Er zijn veel argumenten om de communicatie tussen beiden structureel te verbeteren. Daartoe zal nascholing en scholing moeten plaatsvinden bij verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen op het gebied van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Anderzijds is het essentieel dat behandelaren en specialisten op het gebied van reumatische aandoeningen hun kennis verbeteren met betrekking tot sociale verzekerings- en begrip krijgen voor het werk van de sociaal-geneeskundigen. Het is een vaak moeizaam werk om bin-

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

nen organisaties en bedrijven een betere gezondheidsbescherming en een beter welzijn te bereiken. Door het instellen van regionale reumacentra kan de communicatie tussen behandelaren en beoordelaren structureel verbeteren.

Ook de bij- en nascholing van beide disciplines kunnen hierdoor beter ter hand worden genomen. Te verwachten is dan dat de WAO-instroom ten gevolge van reumatische aandoeningen afneemt.

Met dank aan B. Roberti, bedrijfsarts, en T. van Genderen, adviserend geneeskundige, voor hun waardevolle aanvullingen en suggesties en aan mevrouw H. J. W. Heutink-Penterman voor hulp bij het tot stand komen van het manuscript.

Referenties

1. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Een werkend perspectief (38). Arbeidsparticipatie in de jaren '90. SDU. Uitgeverij 's Gravenhage, 1990.
2. Spreeuwenberg C. Arts bestrijder arbeidsongeschiktheid? Medisch Contact 1990; 45: 1427.
3. Van der Meulen JC. Nederland is niet lichamelijk maar geestelijk ziek. NRC Handelsblad, 8 januari 1991.
4. Knepper S, Croon NHTh. Arbeidsongeschiktheid in Nederland: een gezondheidskundige balans. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 267-72.
5. Persoonlijke mededeling.
6. Streng JC. Het handelen van artsen bij ziekteverzuim. Tijdschr Soc Gezondheidszorg, 1983; 61: 646-51.
7. Croon NHTh, Langius SWTh. Hoe een arts de arbeidsongeschiktheid kan bevorderen. Medisch Contact 1991; 46: 434-5.
8. Post D. Nederland is niet ziek, het ziektebegrip is opgerekt. Trouw, 10 januari 1991.
9. WAO typische Nederlandse oplossing. Arbeidsongeschikten belanden in andere landen vaker in WW of VUT. NRC Handelsblad, 24 januari 1991.
10. Prins R. Hier wel en daar niet. Internationale verschillen in de sociaal-medische begeleiding en ziekteverzuim. Tijdschr Verzekeringsgeneesk 24: 92-6 (1986).
11. Prins R. Sickness absence in Belgium, Germany (Fr) and The Netherlands, a comparative study. Nia, Amsterdam 1990.
12. Horst P ter, Köhler W. Hoe een gezond land 860.000 arbeidsongeschikten kreeg. NRC Handelsblad, 1 december 1990.
13. Bestuur Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde: Preventie van arbeidsongeschiktheid, een bijdrage vanuit de bedrijfsgezondheidszorg. Medisch Contact 1991; 46: 431-3.
14. Knepper S. Met pijn naar de sociale verzekering? Symposium 'Met de pijn aan het werk, chronische pijn soma-psyche-WAO', 1 februari 1991, Enschede.
15. McCormack RR, Inman RD, Wells A, Berntsen C, Imbus HR. Prevalence of tendinitis and related disorders of the upper extremity in a manufacturing workforce. J Rheumatol 1990; 17: 958-64.
16. Jaarverslag GAK 1989.
17. Reumaonderzoek in Nederland. Een strategische erkenning van de jaren negentig door de Commissie Reumaonderzoek TNO, Leiden. NIPG TNO, 1990.
18. Murer CG, Brick LL. Work hardening: The New Generation of Outpatient Rehabilitation. Spectrum: Health Care Delivery, Decision Resources, 4 april 1990.

Symposium 'Kind, ontwikkeling en geneeskunde'

Op 27 september a.s. organiseert de KNMG afdeling Heerlen en omstreken het symposium 'Kind, ontwikkeling en geneeskunde' in het psychiatrisch centrum 'Welterhof' te Heerlen. Als sprekers treden op A. Parent en de psychiater Dr. J. Weinberg. Aansluitend is er een forumdiscussie. Aan de orde komen onder andere de invloed van de maatschappij en het medisch handelen op het normale en het abnormale kind. Ontvangst om 19.15 uur. Start programma 20.00 uur.