

# INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

## In Holland staat een huis

Het artikel van Meijler (1985; 1294-5) behoeft mijns inziens op een paar punten wel enig commentaar. Hij beschrijft een verzekeringsgeneeskunde, die geen verzekeringsgeneeskunde is. Van een verzekeringsgeneeskundige wordt verwacht dat hij zich een oordeel vormt over iemands arbeidsongeschiktheid, uitgaande van de medische diagnostiek, de daaruit voortvloeiende belastbaarheid en de belasting die het laatst verrichte werk of arbeid in het algemeen vormt. Inzicht in het werk verkrijgt de verzekeringsgeneeskundige uit eigen inspectie, of uit een gedegen arbeidskundige rapportage, eventueel ook overleg met de bedrijfsarts, indien aanwezig. Inzicht in de belastbaarheid wordt verkregen uit eigen onderzoek, dat behalve een gerichte anamnese en onderzoek ook het verkrijgen van een algemeen beeld omvat. Daarnaast zal informatie bij de behandelende artsen ingewonnen worden. De daaruit zichtbaar wordende belastbaarheid wordt dan ook niet alleen door (de som van) de belastbaarheden van de orgaansystemen bepaald, maar ook door de invloed die een en ander op de psyche van de patiënt/belanghebbende heeft. De collega van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor heeft dat blijkbaar allemaal goed op waarde kunnen schatten. De „keuringsarts” van de bank beperkte zich blijkbaar tot wat papierwerk, de cardioloog van de bank beperkt zich tot zijn deelspecialisme, maar spreekt daarnaast op onduidelijke gronden zijn twijfel uit over de diagnostiek van een ander orgaansysteem. Kennis van de arbeidssituatie lijken de laatste twee geen van beiden te hebben, een beeld van de totale belastbaarheid kunnen ze, gericht op hun eigen kleine vakgebied, ook nooit gehad hebben. Het zonder vakbekwaamheid beoefenen van de verzekeringsgeneeskunde, dus. Het bezwaar tegen het inschakelen van een psychiater kan ik in zoverre onderschrijven, dat, als er eerder bij de medische adviseur voldoende inzicht in de totale belastbaarheid was geweest, het niet zover had behoeven te komen. Als het bezwaar voortkomt uit vooroordelen, en het ontkennen, dat een hartaandoening meer dan een litteken, een verstoord EEG en alle daaruit voortvloeiende lichamelijke klachten is, dan kan ik dat niet onderschrijven.

Het hart is een dermate beladen orgaan dat problemen hiermee, meer dan bij andere stoornissen direct de hele persoon belasten, en vaak tot grote onzekerheid aanleiding geven. Dat dit dan weer aanleiding moet zijn tot een gulden regel, volgens welke de hartpatiënt zelf zijn arbeidsongeschiktheid bepaalt, vind ik te ver gaan. Met evenveel (on)recht kunnen psychiatrische patiënten, patiënten met rugklachten, patiënten met hoofdpijn, suikerpatiënten enz. een dergelijk recht claimen. Beoordelen van arbeids(on)geschiktheid dient daarom voorbehouden te blijven aan de facto werkende verzekeringsgeneeskundigen.

Muiden, juli 1985

J.W. SMITS

De strekking van het commentaar van collega Smits kan ik in zijn algemeenheid wel onderschrijven. Het vraagt echter toch om een reactie mijnerzijds.

Na een kwart eeuw cardiologische praktijkervaring heb ik geleerd dat het moeilijk is de psychische, mentale en (of) fysische belastbaarheid van een hartpatiënt te beoordelen. Ik heb te veel fouten zien maken om in dit opzicht in de onaantastbare deskundigheid van medici te geloven. Artsen

doen er in het algemeen verstandig aan uit te gaan van de stelling dat de patiënt altijd gelijk heeft. Dit geldt in hoge mate voor de hartpatiënt met een coronaria-aandoening. Ik ken patiënten die met een ernstig gestoorde hartfunctie een volle dagtaak vervullen, terwijl anderen met minder ernstige functionele beperkingen zich niet tot werken in staat achten.<sup>1</sup> Met name patiënten met een coronaria-aandoening kunnen meestal niet op hun functionele cardiale reserve beoordeeld worden, omdat levenbedreigende calamiteiten daar niet noodzakelijkerwijs mee samenhangen. Een arts die van een hartpatiënt met een coronaria-aandoening vergt tegen diens zin of eigen oordeel te gaan werken, neemt een verantwoordelijkheid op zich die niet gedekt wordt door zijn inzicht in het potentiële verloop van de ziekte. Nu ging het in het onderhavige geval niet om gewongen werkhervatting, maar om een duidelijke sanctie tegen de arbeidsongeschiktheid.

De coronaria-aandoening is een grillige en onvoorspelbare ziekte en als een patiënt op zijn werk overlijdt, na gedwongen te zijn te werken, dan kan dat een situatie scheppen waarbij de arts zich (mede)schuldig kan voelen, ook al is sterven tijdens werken niet hetzelfde als sterven door het werken. Het omgekeerde is minder dramatisch, maar even ongewenst. Hartpatiënten die graag willen werken, worden nogal eens op advies van artsen buiten het arbeidsproces gehouden.<sup>2</sup> Mensen met een hartziekte die graag werken, late men werken, hartpatiënten die zeggen niet te kunnen en (of) te willen, dient men daartoe niet te dwingen.

Dit is mijn „gulden regel” waarop uiteraard uitzonderingen mogelijk zijn. Deze regel hoeft niet te gelden voor de andere categorieën patiënten waarvan collega Smits spreekt.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Meijler FL. Hoe arbeids(on)geschikt is een patiënt met coronarialijden? Arts Soc Verz 1977; 15: 116-21.

<sup>2</sup> Meijler FL. Gemaskeerde werkloosheid. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 1437-9.

Utrecht, juli 1985

F.L. MEIJLER

Opnieuw trekt Meijler (1985; 1294-5) ten strijde tegen enkele collega's die ingeschakeld werden bij het beoordelen van een verzekeringsclaim. Ditmaal betreft het de medische adviseur van een hypotheekbank die in eerste instantie het oordeel vraagt van een huisarts. De huisarts zou het absolute nulpunt bereikt hebben op het gebied van verzekeringsgeneeskunde en tenslotte waagt dan een collega cardioloog het te twijfelen aan de juistheid van de mening van collega Meijler! En passant wordt de gehele bedrijfstaking van Verzekeringsmaatschappijen en in het bijzonder de daaraan verbonden medische adviseurs verweten dat zij dictatoriaal optreden tegenover een verzekerde die volkomen rechteloos is. Een dergelijke voorstelling van zaken is mijns inziens tendentius en ongenueanceerd. In een ingezonden brief past geen uitgebreide analyse van de vele onjuistheden die collega Meijler uit. Beschreven wordt dat een patiënt na een geslaagde behandeling wat langere tijd onzeker blijft en mede door minder gunstige werkomstandigheden uiteindelijk het werk staakte. „Met de gestelde diagnose kunnen andere mensen hun werk normaal verrichten, maar het is nu eenmaal een gulden regel dat een hartpatiënt zelf zijn arbeidsongeschiktheid bepaalt, zoals

ook erkend door het GAK te . . .”, aldus Meijler. Geldt deze regel alleen voor hartpatiënten? Neen! Ieder mens kan voor zichzelf uitmaken of hij al dan niet de arbeid hervat, maar men kan moeilijk volhouden dat dit automatisch gepaard moet gaan met uitkeringen. Prof. Meijler zou het *Medisch Contact* ter hand moeten nemen waarin vanuit diverse disciplines het probleem arts en arbeidsongeschiktheid beschreven wordt.<sup>1</sup> De toenmalige hoofdredacteur collega Bol lanceerde ook een gulden regel: „Meewerken aan de invalidering van een patiënt is wel het laatste wat je van een dokter mag verwachten”.

De keurende huisarts heeft op zijn dieptepunt blijkbaar meer inzicht gehad in de patiënt als totale persoon dan Meijler. Immers op advies van deze huisarts werd in tweede instantie het psychiatrische onderzoek verricht. De huisarts twijfelde over de mate van arbeidsongeschiktheid. Dit conform de tegenstrijdige mening van twee cardiologen. De psychiater/deskundige acht op zijn gebied patiënt algeheel arbeidsongeschikt. Meijler ergert zich er blijkbaar aan dat zijn oordeel niet zonder meer als gezaghebbend door de geneeskundige adviseur is overgenomen. Hier kan ik inkomen, maar zonder bestudering van het volledige dossier – waarbij ook zeker behoort, gezien de gesignaleerde werksituatie, een arbeidsdeskundig rapport – lijkt een uitspraak in dezen hachelijk. Het is zeer ongebruikelijk dat een verzekeringsmaatschappij een claimbehandeling laat financieren door de verzekerde. Ook het inschakelen van de ombudsman brengt voor de verzekerde geen kosten met zich mee. Het aanwijzen van een huisarts of specialist door de geneeskundige adviseur heeft alles te maken met diens specifieke deskundigheid.<sup>2,3</sup> Ik zal het GAV-bestuur voorstellen om in 1986 Meijler uit te nodigen als gastspreker op een van onze wetenschappelijke vergaderingen. Wij kunnen van elkaar leren ten gunste van de patiënt/verzekerde.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Bol FA. Arts en arbeidsongeschiktheid. *Med Contact* 1980; 37: 1115.

<sup>2</sup> Knepper S. De jongste en de oudste risicofactor. (Ingezonden). *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 330.

<sup>3</sup> Raadt HK de. De jongste en de oudste risicofactor. (Ingezonden). *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 525-6.

Dordrecht, juli 1985

H.K. DE RAADT

Het is duidelijk dat ik met mijn artikel „In Holland staat een huis” de toorn van collega De Raadt heb gewekt. Niet duidelijk wordt, welke onjuistheden in mijn artikel de harmonie van collega De Raadt zo ernstig verstoren. Hij acht een ingezonden brief niet het passende kader voor een analyse. Daar is deze rubriek, als de analyse niet al te uitgebreid is, overigens wel voor bedoeld, veel meer althans dan voor woedeuitbarstingen. Gezien mijn antwoord aan collega Smits beperk ik mij verder tot een aantal hoofdzaken.

Collega De Raadt leest slordig en citeert onjuist. Tussen aanhalingstekens wordt mijn tekst net even verdraaid en net even scherper en ongenueanceerder weergegeven dan het er in werkelijkheid staat. En verder generaliseert hij in termen, die ik niet heb gebezigd, mijn stellingname, die specifiek op deze patiënt en op deze hypotheekbank van toepassing was. Iemand die zo slecht leest, kan maar beter geen oordeel vellen. Indien echter collega De Raadt in alle rust en zonder vooringenomenheid mijn artikel nog eens zou nalezen, dan zal hij tot de conclusie moeten komen dat hij zich onnodig boos heeft gemaakt. Alleen met een zakelijke gedachtenwisseling kunnen wij elkaar bereiken.

Iedereen (verzekeringsgeneeskundigen en cardiologen) mag (mogen) aan de juistheid van mijn mening twijfelen;

dat gebeurt ook geregeld; maar dan wel op grond van grotere deskundigheid, meer en (of) betere gegevens of een beter inzicht in en kennis van de betreffende ziekte. Dit was hier niet het geval. Deze patiënt werd voor eigen rekening en op straffe van het verspelen van de kwijtschelding van zijn hypotheekschuld aan een keten van in mijn ogen overbodige onderzoeken onderworpen. Collega De Raadt kan, als hij erom vraagt het volledige dossier ter bestudering ontvangen, de patiënt heeft dat goedgevonden. Ik ben benieuwd hoe daarna zijn standpunt zal zijn.

Tenslotte wil ik collega De Raadt de verzekering geven dat ik een uitnodiging door het GAV-bestuur om als gastspreker voor zijn vereniging op te treden met meer dan het gebruikelijke genoeg zal aanvaarden.

Utrecht, juli 1985

F.L. MEIJLER

Collega Meijler beschrijft een patiënt bij wie paroxismaal boezemfibrilleren onder invloed van de behandeling met digoxine overgaat in permanent boezemfibrilleren. Daarnaast bestaat er een milde vorm van diabetes mellitus. Mede door de ongunstige werkomstandigheden voelde patiënt zich niet in staat zijn werk te hervatten. Collega Meijler is van oordeel dat een hartpatiënt zelf zijn arbeidsongeschiktheid dient te bepalen. (Verschillende GAK-collegae deelden mij desgevraagd mede een dergelijke gulden regel niet te kennen.)

Deze opvatting lijkt mij in tegenspraak met de eerste alinea, waarin erop gewezen wordt, dat beoordeling van medische verzekeringsaspecten tenminste even grote deskundigheid vraagt als de diagnostiek en behandeling van ziekten. De verzekeringsgeneeskundige dient te beoordelen of naar objectief medisch oordeel de belasting in het beroep binnen de belastbaarheid van de gekeurde valt. Zoals collega Meijler zelf aangeeft, zijn er mensen die met diabetes en boezemfibrilleren normaal hun werk doen. Het ontgaat mij waarom in dit geval sprake zou zijn van een cardiologische reden voor arbeidsongeschiktheid. Collega Meijler acht een psychiatrisch onderzoek overbodig en niet rechtvaardig. Anderzijds stelt hij, dat het zich aan zijn competentie onttrekt om te beoordelen of dit een neurotische, weinig flexibele man is. Ook wordt vermeld dat de werkomstandigheden minder gunstig zijn. Aangezien de cardiologische belastbaarheid niet zodanig verminderd is, dat patiënt daarmee zijn werk niet zou kunnen verrichten, is het mijns inziens alleszins verantwoord om aandacht te besteden aan de psychische belastbaarheid, te meer, daar patiënt al vanaf 1981 niet meer werkt. Het lijkt mij niet verstandig allerlei kwalificaties te bezigen over het rapport van de cardiologische deskundige, „breedsprakig, weinig zakelijk, tegengestelde opinies inzake dezelfde bevindingen, gratuite conclusies” zonder dit aan te tonen.

Tot slot moge ik opmerken, dat door een dergelijk artikel de mogelijkheden om passend werk te vinden voor mensen met boezemfibrilleren, zonder hemodynamische consequenties, verminderd worden. Een geval van „catch 22” van de Nederlandse cardiologie?

Roermond, juli 1985

J.J.P.A. SMIJERS

Na hetgeen ik heb geantwoord aan de collegae Smits en De Raadt heb ik weinig commentaar op de ingezonden brief van collega Smijers. Hij heeft (nu achteraf gezien) gelijk dat mijn kwalificaties inzake het rapport van de cardiologische deskundige mijn artikel niet sieren. Een mens is nooit te oud om te leren.

Wat zijn laatste alinea betreft het volgende. Als artsen