

Rapport over schadeclaims zendt verkeerd signaal uit

Beroepsziekte niet aanmoedigen



beeld: iStockphoto

Cees Renckens, vrouwenarts

Correspondentieadres:
renckens@xs4all.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Serieuze onderzoekers breken in het rapport *Leerzame schadeclaims* een lans voor erkenning van substraatloze aandoeningen als RSI en schildersziekte. Het is een voorbeeld van slechte geneeskunde die slachtoffergedrag en juristerij in de hand werkt.

**In ons land krijgen
elk jaar 25.000 mensen
een beroepsziekte**

Het alumniblad Spui van de UvA maakte er in het augustusnummer trots melding van: het eerste Nederlandse rapport over beroepsziekteclaims, getiteld *Leerzame schadeclaims*. De auteurs – medewerkers van UvA, AMC en UM, en verzekeringsartsen en juristen – analyseren 37 gevallen. Volgens hen krijgen in ons land elk jaar 25.000 mensen een beroepsziekte. De laatste jaren stijgt het aantal mensen dat een schadevergoeding eist. De beroepsziekten waar het om gaat, zijn *repetitive strain injury* (RSI) en organisch psychosyndroom (OPS). RSI zou het gevolg zijn van repeterende bewegingen en OPS – schildersziekte – van inhalatie van oplosmiddelen uit verf. Merkwaardig genoeg gaat het boekje geheel voorbij

aan een rapport van de Gezondheidsraad dat gebruik van de term RSI afraadt, en stelt dat hier van een echte ziekte geen sprake is.¹ Het gaat om specifieke klachten van arm en schouder. Ook de diagnose OPS is omstreden en kan in ons land alleen worden gesteld door twee Solvent Teams. Daar worden klachten van neuropsychologische aard per exclusionem tot OPS gebombardeerd.

Erkenning

Voordat er sprake was van claims in de onderzochte casuïstiek zijn er volgens het rapport talrijke kansen gemist, allereerst door superieuren, die de klagers meestal adviseren door te werken. Er zou onvoldoende aandacht zijn voor het feit dat arbeidsverhoudingen en werkdruk ook tot de syndromen kunnen leiden. Indien de werknemer in contact kwam met een bedrijfsarts werd de diagnose bijna nooit gesteld en



Patiënten met posttraumatische stressstoornis en chronische vermoeidheidssyndroom die claimen zijn minder goed te behandelen.

beeld: Corbis



De literatuurlijst en een link naar het rapport Leerzame claims staan bij dit artikel op www.medischcontact.nl.


werd zelden een relatie met het werk gelegd. De bedrijfsarts zou te weinig 'proactief' zijn. Ook de huisarts krijgt een veeg uit de pan. Hij stelde in nagenoeg geen enkel geval een 'robuuste diagnose', maar verwees veelal door naar specialisten of paramedici: foei! En: 'Werknemers met OPS hadden vaak het geluk dat zij na perspublicaties zelf aan de diagnose dachten en kregen dan eindelijk bevestiging van hun vermoedens bij het Solvent Team.' Het rapport stelt dat de motieven om een claim in te dienen meestal van 'sociaal-emotionele aard' waren. Wraakgevoelens en kwaadheid zakten af na de uitkering, die als erkenning

wordt opgevat dat men inderdaad aan een ernstige ziekte lijdt.

Slechte geneeskunde

Ik weet niet hoe het de lezer vergaat bij kennisgeving van deze vakbondstaal, maar erkenning van en streven naar preventie van substraatloze aandoeningen, tot syndroom verklaard door 'gelovigen' en leidend tot slachtoffergedrag en juristerij, is volgens mij slechte geneeskunde. Uit de literatuur over psychotherapie bij het posttraumatische stressstoornis en het chronische vermoeidheidssyndroom blijkt dat de therapeutische resultaten bij patiënten die claimen veel slechter zijn dan bij patiënten die niet claimen.^{2 3} Mensen met dergelijke aandoeningen, die bezig zijn een WAO-uitkering of schadevergoeding binnen te slepen, blijken nauwelijks te behandelen.

Het rapport pleit intussen voor 'vroegtijdige erkenning en tijdige behandeling' ter voorkoming van claims. Maar deze diagnoses en eruit voortvloeiende claims erkennen, is contratherapeutisch en daarom onwenselijk.

'Ohne Befund keine Krankheit' zeiden onze leermeesters al lang geleden, en zo verdwenen de neurasthenie, de chlorose, het sickbuilding-syndroom en de bekkeninstabiliteit uit de boeken. Het is onbegrijpelijk dat serieuze onderzoekers anno 2009 gelijksoortige aandoeningen als RSI en OPS in het zadel trachten te houden. Hebben zij niets van de geschiedenis geleerd? 

praktijkperikel

Wat doen we nu met die allergie?

Ik kreeg als huisarts deze brief van één van mijn patiënten:

'Stap 1: Bezoek aan de oogarts, diagnose en besluit operatie. Ik krijg een vragenlijst mee met vragen over eventuele allergieën (hooikoorts) en over eerdere problemen met medicijnen (allergische reactie op ciprofloxacin, in het betreffende ziekenhuis bekend). Ik krijg een recept mee voor Trafloxal oogdruppels, te gebruiken tot ruim drie weken na de operatie.

Stap 2: Intake bij anesthesioloog, vragenlijst wordt kort bekeken. Over de ciprofloxacin krijg ik de instructie om dit te melden bij het begin van de poliklinische behandeling.

Stap 3: Een dag voor de operatie begin ik (argeloos) met de oogdruppels, overigens zonder bijzondere bijverschijnselen. Wel vind ik in 'Wolffers' informatie over de chinolon-

verwantschap tussen ciprofloxacin en Trafloxal, goede reden om morgen toch maar even verder te vragen.

Stap 4: Bij de start van de dagbehandeling attendeer ik de verpleegkundige op het Trafloxal-verhaal. Reactie: zo dadelijk maar even aan de anesthesioloog melden.

Stap 5: Boodschap doorgegeven aan de anesthesioloog. Reactie: zo dadelijk, in de operatiekamer, maar even melden aan de chirurg.

Stap 6: Binnengereken bij de chirurg; die wil graag snel aan de slag. Ik zeur meteen: 'maar wat doen we nu met die allergie?' Spontane reactie: 'hoezo, je hebt hooikoorts?'

Daarna is het allemaal best goed gekomen en de medicatie werd aangepast. Maar dat je je als patiënt nu echt veilig voelt...

Literatuur

1. Gezondheidsraad. RSI. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatienummer 2000/22. ISBN 90-5549-347-3.
2. Van Egmond J. Secondary gain in Psychiatry. Dissertatie VU Amsterdam, 2005.
3. Prins J. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome. Dissertatie Nijmegen, 2003.