in ongewijzigde vorm wel een goed meetinstrument is van de dynamiek van het reïntegratieproces.

Wat is er behalve het voorgaande eigenlijk nodig om het FIS de impuls te geven die de professionele beoordeling behoeft? Allereerst dient helder te zijn in welke situaties het FIS wel gebruikt moet worden en in welke niet. In een volgende aflevering van het TBV wordt de Tica-standaard 'geen (duurzaam) benutbare mogelijkheden' gepubliceerd. Deze verzekeringsgeneeskundige standaard omschrijft de voorwaarden waaronder de verzekeringsarts kan afzien van het opstellen van een belastbaarheidsprofiel FIS. Het FIS wordt dan niet gebruikt, er worden geen functies geduid omdat de cliënt te weinig mogelijkheden heeft. Dat kan zijn omdat hij niet meer zelfredzaam is, zoals bij bedlegerigheid, maar ook omdat een situatie aanwezig is waarin een aanmerkelijke verbetering of verslechtering van de mogelijkheden op korte termijn optreedt, zoals bij operatie. Veel chronische zieken die een beroep op de WAO doen, zullen eveneens een beroep doen op het toepassen van deze uitzonderingsmogelijkheid voor het FIS.

Het is goed dat de beroepsgroep, het Tica en de bedrijfsverenigingen op deze wijze de spelregels vaststellen voor het FIS. Ook voor die situaties waarin het FIS wél gehanteerd wordt heeft het Tica gelukkig al richtlijnen vastgesteld voor de samenwerking tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige bij de functieduiding. Vaak is er immers toelichting nodig op de scores van het belastbaarheidsprofiel in relatie tot de concrete eisen van de geselecteerde functies.

Hoe moeten we het FIS verder ontwikkelen? Onderdelen van het belastbaarheidsprofiel FIS behoeven dringend ontwikkeling. Te denken valt bij voorbeeld aan het befaamde punt 28: het onderdeel dat de psychische belastbaarheid in kaart brengt. Maar ook voor andere, meer fysieke onderdelen van de belastbaarheid, zoals reiken, duwen, staan, en repeterende handelingen, zal aandacht moeten zijn. De arbo-normen zijn in beweging, de inzichten wat mensen in de arbeid vanuit medische optiek duurzaam kunnen presteren ontwikkelen zich snel en niet alleen werkgevers moeten die inzichten vertalen in humanisering van de arbeid, ook de verzekeringsarts moet met zijn hanteren van het belastbaarheidsprofiel die ontwikkelingen volgen, al is het maar uit het oogpunt van betrouwbaarheid van sociale verzekering. Maar ook de analyse van functies verdient aandacht: wat wordt precies bij voorbeeld onder 'handvaardigheid' verstaan als functievereiste? Daar moet overeenstemming over bestaan tussen analisten en artsen. Ten slotte moet gekeken worden naar de waarde van de FIS-methodiek voor de al eerder genoemde dynamische reïntegratiesituaties. Waar blijven in verband met deze ontwikkelgebieden de onderzoeksopdrachten aan uitvoeringsorganen, aan universiteiten of wetenschappelijke onderzoeksinstellingen om de professionele toepassing van het FIS verder te helpen ontwikkelen?

Een goede doorstart van de sociale verzekering met het FIS, is dat mogelijk? Ik denk dat het onderhoud en de ontwikkeling van het systeem kostbaar is, maar de moeite waard. We zijn het eenvoudig aan onszelf verplicht als we de vaart erin willen houden. Maar laten we er dan wel met z'n allen een goed instrument van maken !

Literatuur

1 Dawes, R.M. Rational choice in an uncertain world. San Diego, New York, London: Harcourt Brace Jovanovitch, 1988.

ONDERZOEK

De huisarts en arbeidsgebonden aandoeningen

J. van der Velden, H.Ph.H. Abrahamse, D.H. de Bakker

Samenvatting

Het thema arbeid en gezondheid zal voor de huisarts in de nabije toekomst steeds belangwekkender worden. In deze studie is nagegaan welke informatie de huisarts op dit terrein tot zijn beschikking heeft. Aan de hand van gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is gekeken welke gezondheidsproblemen de beroepsbevolking, verdeeld naar werkend, werkloos en WAO/AAW, aan de huisartspraktijk presenteert. Mensen die een uitkering ontvangen krachtens de WAO/AAW presenteren verreweg de meeste problemen, met name aandoeningen van het maagdarmkanaal, het hart-vaatstelsel, het bewegingsapparaat en het zenuwstelsel, psychische problematiek en endocriene/metabole stoornissen.

Werklozen presenteren het meest frequent problemen rond zwangerschap, bevalling, gezinsplanning en ziekten van de geslachtsorganen. Van de werkende bevolking presenteren vooral mensen in dienstverlenende functies en ambachts- en industrieberoepen veel problemen, met name psychische problemen en problemen die waarschijnlijk gerelateerd zijn aan de werkplek. De huisartspraktijk vormt een uitstekende gegevensbron voor onderzoek naar en signalering van arbeidsgebonden aandoeningen. Aan de

huisarts de taak zijn of haar belangrijke rol op dit terrein nader in te vullen.

Inleiding

In de loop der tijd is er rond het begrip arbeid in gezondheidkundige termen veel veranderd. Zware lichamelijke arbeid onder erbarmelijke werkomstandigheden van jong en oud zijn goeddeels uitgebannen en vervangen door vooral geestelijk inspannende arbeid tegen betere beloning en minder lange werktijden.

Mede onder invloed van veranderingen rond de kwaliteit van arbeid[1,2] is in de loop der tijd de samenstelling van de werkende bevolking aanzienlijk veranderd. Meer vrouwen nemen deel aan het proces van betaalde arbeid, de werkende bevolking is steeds ouder geworden, terwijl het aantal mensen dat minder dan 35 uur werkt aanzienlijk is toegenomen[3]. De opleidingsgraad van de totale werkende bevolking ligt eveneens veel hoger dan vroeger, hetgeen evenwel geleid heeft tot discrepanties tussen opleidingsniveau en uiteindelijke werkplek[4]. De totstandkoming en uitvoering van wetgeving rond sociale zekerheid heeft niet alleen gefunctioneerd als vangnet voor serieuze gezondheidsproblemen, maar is evenzeer onderdeel geweest van werkgelegenheidsbeleid met alle mogelijke consequenties van dien voor zowel zieke als gezonde personen[5].

De vraag is wat de rol van de huisarts in deze kan en moet zijn? Regelmatig wordt de suggestie gedaan om de huisarts bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een belangrijke signalerende rol te geven. De huisarts kent vaak, of heeft in ieder geval informatie over, de betrokkene, zijn ziektegeschiedenis, de thuissituatie, de sociale achtergrond en soms zelfs het werk. Door de strikt gescheiden verantwoordelijkheden van curatieve zorg en zorg op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is de Nederlandse huisarts nauwelijks in staat zich een goed oordeel te vormen over de invloed van werk, en ook niet werken, van een patiënt op diens gezondheid. Terwijl dit heel essentieel kan zijn bij zowel de diagnostiek als behandeling van specifieke aandoeningen. Recentelijk is ook vastgesteld dat de huisarts wèl graag wat aan de problematiek op en rond het werk wil doen, maar het komt er niet van[6].

In dit licht is nagegaan in hoeverre de huisartspraktijk als informatiebron kan dienen voor de opsporing en de aanpak van arbeidsgebonden aandoeningen, met de volgende vraagstellingen:
- welke klachten en/of aandoeningen worden door werkenden, werklozen en WAO/AAW-ers en door specifieke beroepscategorieën aan de huisartspraktijk gepresenteerd?
- welke beroepen lopen vooral kans op het presenteren van ziekten in de huisartspraktijk?

Methoden

Voor de beantwoording van deze vraagstellingen is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Voor deze studie is een aselecte niet proportioneel gestratificeerde steekproef van in Nederland per 1 januari 1985 aanwezige huisartsen getrokken en geworven. De stratificatie-variabelen zijn regio, afstand van het praktijkadres tot het ziekenhuis en urbanisatiegraad. De werving resulteerde in een deelname van 161 gevestigde huisartsen uit 103 huisartspraktijken, die tezamen 335.000 personen bedienen[7]. Van deze populatie zijn gegevens als leeftijd, geslacht, leefsituatie, opleiding, werksituatie/beroep en etnische achtergrond verzameld. De huisartsen (en hun praktijkassistenten) zijn verdeeld over vier groepen, die tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988 in vier opeenvolgende perioden van drie maanden de gegevens uit al hun contacten met patiënten hebben vastgelegd. Daaronder vallen contactredenen en diagnosen, welke zijn gecodeerd in een aangepaste maar volledig compatibele versie van de ICPC en zijn verwerkt in zorg-episoden[8]. Eén praktijk registreerde slechts gedurende zes weken en is om die reden uitgesloten van de analyses.

Voor deze studie zijn de personen tussen 16 en 64 jaar geselecteerd die op het moment van registratie betaalde arbeid verrichtten dan wel werkloos respectievelijk WAO/AAW-gerechtigd waren (N=105.000). Studerenden, huisvrouwen/mannen, dienstplichtigen en mensen in de VUT zijn buiten gesloten. Aan alle respondenten is gevraagd voor zover mogelijk het (laatst) uitgeoefende beroep aan te geven. De classificatie van beroepen is uitgevoerd door getrainde codeurs die gebruik hebben gemaakt van de CBS beroepenclassificatie[9]. Deze classificatie kent de volgende hiërarchische opbouw (met als voorbeeld bakkers):

beroepssector:	ambachts- industrie- en transportberoepen en andere functies
beroepsklasse:	voedingsmiddelen- en drankenbereiders
beroepsgroep:	bakkers, chocolademakers, suikerwerkmakers etcetera
beroep:	brood-banket bakker (warme bakker; zelfstandig)

Een vergelijking van deze studiepopulatie met nationale gegevens op het niveau van beroepssector toont geen grote verschillen (tabel 1). De gegevens van de Nationale Studie mogen derhalve als representatief worden beschouwd.

Van deze studiepopulatie zijn de ziektegegevens op episodeniveau geanalyseerd[10]. Er is een onderscheid gemaakt naar werkenden, werklozen en WAO/AAW-ers. Onder werkenden is gekeken naar beroepssectoren en - groepen.

De eerste analyses die zijn uitgevoerd waren de analyses naar werksituatie. Deze richtten zich in eerste instantie op beschrijvende gegevens (cumulatieve incidentie per 1000 personen per drie maanden, respectievelijk periode-prevalentie per 1000 personen) van de onderscheiden groepen op ICPC hoofdstukniveau (aangevuld met specifieke aandoeningen), waarbij de gegevens zijn gestandaardiseerd via de directe methode voor leeftijd en geslacht. In tweede instantie is in een logistische regressie analyse de odds ratio berekend; deze wordt bepaald door de cumulatieve incidentie en de periode-prevalentie van ziekten

Tabel 1 *Registratie van beroepen: vergelijking gegevens Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 1-1-1988) en Nationale Studie (NS): in percentages*

Beroepssector	CBS man	NS man	CBS vrouw	NS vrouw	CBS totaal	NS totaal
Beroepsbevolking(N=)	3.76×10^6	73.456	2.10×10^6	41.639	5.86×10^6	115.095
Wetenschappelijke en andere vakspecialisten, kunstenaars	21.3	19.1	25.1	28.6	22.7	22.5
Beleidvoerende en hogere leidinggevende functies	5.4	6.8	1.3	2.0	3.9	5.1
Administratieve functies	12.3	15.4	26.7	28.3	17.4	20.1
Commerciële functies	9.8	6.9	12.2	10.4	10.7	8.2
Dienstverlenende functies	5.6	5.4	24.3	21.1	12.3	11.1
Agrarische beroepen, vissers, en dergelijke .	6.2	5.1	3.0	1.4	5.0	3.8
Ambachtelijke - industriële.- transportberoepen en verwante functies	34.7	37.1	5.5	5.9	24.2	25.8
Militairen en groep onbekend	4.7	4.1	1.9	2.3	3.7	3.4

op ICPC hoofdstuk niveau bij werklozen respectievelijk WAO/AAW'ers en de cumulatieve incidentie en de periode prevalentie bij werkenden; in deze logistische regressie-analyse wordt gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, leefsituatie (alleenstaand/met partner/met partner met kinderen/zonder partner met kinderen), de hoogst voltooide opleiding, verzekeringsvorm (ziekenfonds/particulier) en etnische achtergrond (Nederland; Turkije en Marokko samen; Suriname en Antillen samen, en overige). Statistische significantie is nagegaan door tweezijdig toetsen met behulp van de chi-kwadraat met een p-waarde van kleiner dan 0,001.

De analyses van de werkende bevolking naar beroepssector richtten zich op beschrijvende gegevens (cumulatieve incidentie per 1000 personen per drie maanden). De sector militairen en beroepsgroep onbekend is vanwege zijn bijzondere samenstelling buiten de analyses gehouden. Deze analyses zijn weergegeven voor de twaalf meest relevante van de 17 ICPC hoofdstukken.

De analyses van de werkende bevolking naar beroepsgroep richtten zich op de kans van een specifieke beroepsgroep op een ziekte in de huisartspraktijk in vergelijking tot de kans bij alle andere werkenden, uitgedrukt in het relatieve risico bij een beroepsgroep. Het relatieve risico (RR) wordt bepaald door de ratio van de cumulatieve incidentie van ziekte in een specifieke beroepsgroep en de cumulatieve incidentie van ziekte bij de overige werkenden. In beide gevallen is de leeftijd-geslacht-verdeling van beide groepen door indirecte standaardisatie vergelijkbaar gemaakt.

In zijn algemeenheid zijn alleen beroepsgroepen geanalyseerd met meer dan honderd personen en worden alleen specifieke aandoeningen gerapporteerd met minstens vijf gevallen.

Gerapporteerd wordt een selectie van beroepsgroepen met de hoogste relatieve risico's die bij toetsing statistisch significant van 1 afwijken. Deze toets is uitgevoerd met de formule van 'hypothesis testing with stratified person time data'[11].

Resultaten

Werken of niet werken

WAO/AAW'ers presenteren in vergelijking met werkenden en werklozen het meest frequent ziekten aan de huisarts (tabel 2). Dit betreft vooral aandoeningen van het maag-darm kanaal (met name maligne neoplasmata, chronische enteritis/colitis ulcerosa, diverticulosis/ -itis en leverziekten), het hart-vaat stelsel (met name coronairlijden, decompensatio cordis, klepafwijkingen, gecompliceerde hypertensie en cerebrovasculaire ziekten), het bewegingsapparaat (met name spierklachten, fracturen, artrose van de wervelkolom, rugpijn met uitstraling en hernia, reumatoide arthritis) en het zenuwstelsel (met name congenitale afwijking zenuwstelsel, multiple sclerosis, epilepsie), psychische problemen (met name angstig/nerveus, (tentamen) suïcide, geheugen-/oriëntatiestoornissen, levensfaseproblematiek, leer-/ontwikkelingsstoornissen, psychosen, hysterie en fobieën), ademhalingsproblemen (met name maligne neoplasma long, chronische bronchitis en emfyseem), endocriene/metabole stoornissen (gewichtsverlies, obesitas en diabetes mellitus), urinewegproblemen (met name urine-incontinentie, maligne neoplasma blaas, overige ziekten urinewegen) en sociale problemen (problemen rond behuizing, werkloosheid, sociale verzekeringen, ouder-kind relatie en verlies van familie). WAO/AAW'ers presenteren daarentegen weinig zaken rond zwangerschap, bevalling en gezinsplanning.

Werklozen hebben vaker dan de andere groepen last van tuberculose, obstipatie, chronisch alcoholmisbruik, rook- en drugsverslaving, pediculosis/huidinfestatie, geslachtsziekten, problemen met verhuizing, politie/justitie, sociale/culturele waarden en problemen als gevolg van mishandeling.

Werkenden hebben iets meer kans op ongevallen (met name distorsies/contusies en ooglletsel), hartklachten, rugpijn zonder uitstraling, overspanning en gezinsproblematiek.

Als naast standaardisatie voor leeftijd en geslacht ook controle plaatsvindt voor leefsituatie,

Tabel 2 *Cumulatieve incidentie en periode prevalentie van ziekten in de huisartspraktijk op ICPC-hoofdstukniveau naar werksituatie (werkend/werkloos/WAO/AAW) per 1000 personen per 3 maanden: gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht*

ICPC-hoofdstuk		incidentie			prevalentie		
		werkend	werkloos	WAO/AAW	werkend	werkloos	WAO/AAW
A.	Algemeen e.a.	28,4	34,3	32,4	46,6	51,4	66,8
B.	Bloed e.a.	3,7	4,8	2,7	8,8	11,7	10,8
D.	Maag-darmkanaal	32,4	35,9	34,2	52,5	62,4	89,2
F.	Oog	15,3	22,5	18,8	22,2	28,6	33,2
H.	Oor	20,9	19,6	21,4	24,6	22,5	26,7
K.	Hart-vaatstelsel	12,7	15,2	17,3	59,0	64,5	116,3
L.	Bewegingsapparaat	91,5	85,6	105,1	122,3	119,2	184,5
N.	Zenuwstelsel	9,9	8,6	14,9	24,6	26,9	64,2
P.	Psyche	26,3	37,1	43,0	69,2	103,3	182,3
R.	Ademhalingsorganen	75,7	80,5	106,7	97,2	102,7	147,7
S.	Huid e.a.	58,7	70,6	67,8	85,9	100,0	106,9
T	Endocrien/metabolisme e.a.	4,1	5,2	11,3	18,8	26,7	46,3
U.	Urinewegen	9,8	11,1	12,2	13,3	13,7	26,2
W.	Zwangerschap e.a.	12,2	16,0	6,9	60,3	65,0	30,1
X.	Vrouwelijke genitaliën e.a.	16,7	21,2	16,0	27,0	34,4	25,6
Y.	Mannelijke genitaliën e.a.	4,6	6,4	6,4	5,9	9,9	8,2
Z.	Sociale problemen	7,4	9,5	11,6	18,1	30,5	36,7
Totaal één of meer ziekte(n)		327,6	352,0	386,1	472,2	512,7	626,3
Totaal aantal personen (N)		99950	7008	8140	99950	7008	8140

verzekeringsvorm, opleiding en etnische achtergrond valt het volgende op (tabel 3). WAO/AAW-ers vertonen ten opzichte van werkenden voor wat betreft de prevalentie-cijfers in vrijwel alle ICPC hoofdstukken vaker problemen, behalve voor aandoeningen aan het oog, het oor, de vrouwelijke genitaliën en zaken rond zwangerschap en andere. Werklozen presenteren in vergelijking met werkenden vaker endocriene/metabole stoornissen, psychische en sociale problemen en juist minder aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Beroepsgebonden aandoeningen

Bezien we ziekten in de huisartspraktijk op basis van twaalf ICPC hoofdstukken voor zeven beroepssectoren uit de werkende bevolking (figuur), dan valt op dat de ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies vaak hoog scoren voor aandoeningen van het maagdarmkanaal (misselijkheid, braken, irritable bowel syndrome), het oog (conjunctivitis, corpus alienum oog), van het oor (doofheid), van het bewegingsapparaat (spier- en gewrichtsklacht–

Tabel 3. *Logistische-regressie analyse voor de kans op een aandoening in de huisartspraktijk op ICPC-hoofdstukniveau (cumulatieve incidentie/ periode prevalentie per 1000 personen per 3 maanden): werklozen of WAO/AAW'ers versus werkenden gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, leefsituatie, opleiding en etnische achtergrond uitgedrukt in statistisch significante odds-ratio's*

ICPC-hoofdstuk		odds-ratio werkloos/werkend		odds-ratio wao/werkend	
		inc.	pre.	inc.	pre.
A	Algemeen en niet gespec.	-	-	-	1,5
B	Bloed, bloedv. org. milt e.a.	-	-	-	1,7
D	Maagdarmkanaal	-	-	-	1,5
F	Oog	-	-	-	-
H	Oor	-	-	-	-
K	Hart-vaatstelsel	-	-	1,4	1,6
L	Bewegingsapparaat	0,8	0,8	-	1,2
N	Zenuwstelsel	-	-	1,5	2,0
P	Psyche	-	1,2	-	2,0
R	Ademhalingsorganen	-	-	1,3	1,5
S	Huid e.a.	-	-	-	1,3
T	Endocrien/metabolisme e.a.	-	1,4	-	1,7
U	Urinewegen	-	-	-	1,9
W	Zwangerschap e.a.	-	-	-	-
X	Vrouwelijke genitaliën e.a.	-	-	-	-
Y	Mannelijke genitaliën e.a.	-	-	-	1,6
Z	Sociale problemen	-	1,4	-	-

$p < 0.001$

en, distorsie/contusie), endocriene/metabole stoornissen (gewichtsverlies en obesitas) en sociale problemen (problemen tussen partners en in het gezin). Beleidvoerenden en hoger leidinggevenden scoren hoog voor hart-vaataandoeningen (met name ongecompliceerde hypertensie), administratieve functies voor urineweg problemen (met name cystitis), dienstverlenende functies voor psychische problemen (met name overspanning) en agrarische en andere beroepen vanwege aandoeningen van het zenuwstelsel (met name migraine).

Voor 173 beroepen konden relatieve risico's (RR) met voldoende 'power' worden berekend. Van deze RR's weken er uiteindelijk 133 statistisch significant af van 1. Op basis van de relatieve risico's zijn gezondheidsprofielen van specifieke beroepen gemaakt. De 22 beroepen met de meeste hoge relatieve risico's staan vermeld in tabel 4. Tezamen omvatten deze beroepen iets meer dan dertig procent van de totale werkende bevolking in de studie. Dienstverlenende functies, commerciële functies en ambachts-, industrie-, en transportberoepen en verwante functies vallen op. Vooral ongevallen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, huidziekten en in mindere mate psychische problemen worden geconstateerd.

Beschouwing

De gepresenteerde gegevens geven een bijzonder fraai inzicht in de problemen die door de beroepsbevolking van 16-64 jaar aan de huisarts worden voorgelegd.

Van de totale beroepsbevolking laten WAO/AAW'ers verreweg de meeste problemen zien. Naast vaak genoemde aandoeningen als die van het bewegingsapparaat en psychosociale problemen, vallen hierbij ook maag-darm problemen, hart-vaatziekten, aandoeningen van zenuwstelsel en endocriene/metabole stoornissen op.

Een vergelijking van ziekten bij WAO/AAW-ers en bij de werkende bevolking op hetzelfde studiemateriaal laat zien dat de chronische respectievelijk acute aandoeningen prevaleren[12]. Een vraag is dan in hoeverre acute klachten of ziekten onder de werkende bevolking zijn gerelateerd aan, en misschien wel voorlopers zijn van, chronische klachten of ziekten bij arbeidsongeschikten[13]. Een volgende vraag betreft de rol van arbeidsomstandigheden. Bekend is dat arbeidsomstandigheden, vooral lichamelijk en geestelijk inspannende arbeid, bijdragen aan een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid: hoe meer inspanning hoe hoger het risico op arbeidsongeschiktheid[14]. Arbeidsomstandigheden zijn ook in verband gebracht met sociaal economische gezondheidsverschillen. In een analyse waarin opleidingsniveau, gezondheidsklachten en arbeidsomstandigheden simultaan werden betrokken, bleken arbeidsomstandigheden een belangrijke bijdrage te leveren aan de verklaring van gezondheidsverschillen. Wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in arbeidsomstandigheden waren er nauwelijks nog verschillen in gezondheidsklachten naar opleidingsniveau. De bijdrage van gedragsfactoren (bijvoorbeeld riskante leefgewoonten) bleek in hetzelfde onderzoek tamelijk klein te zijn[15].

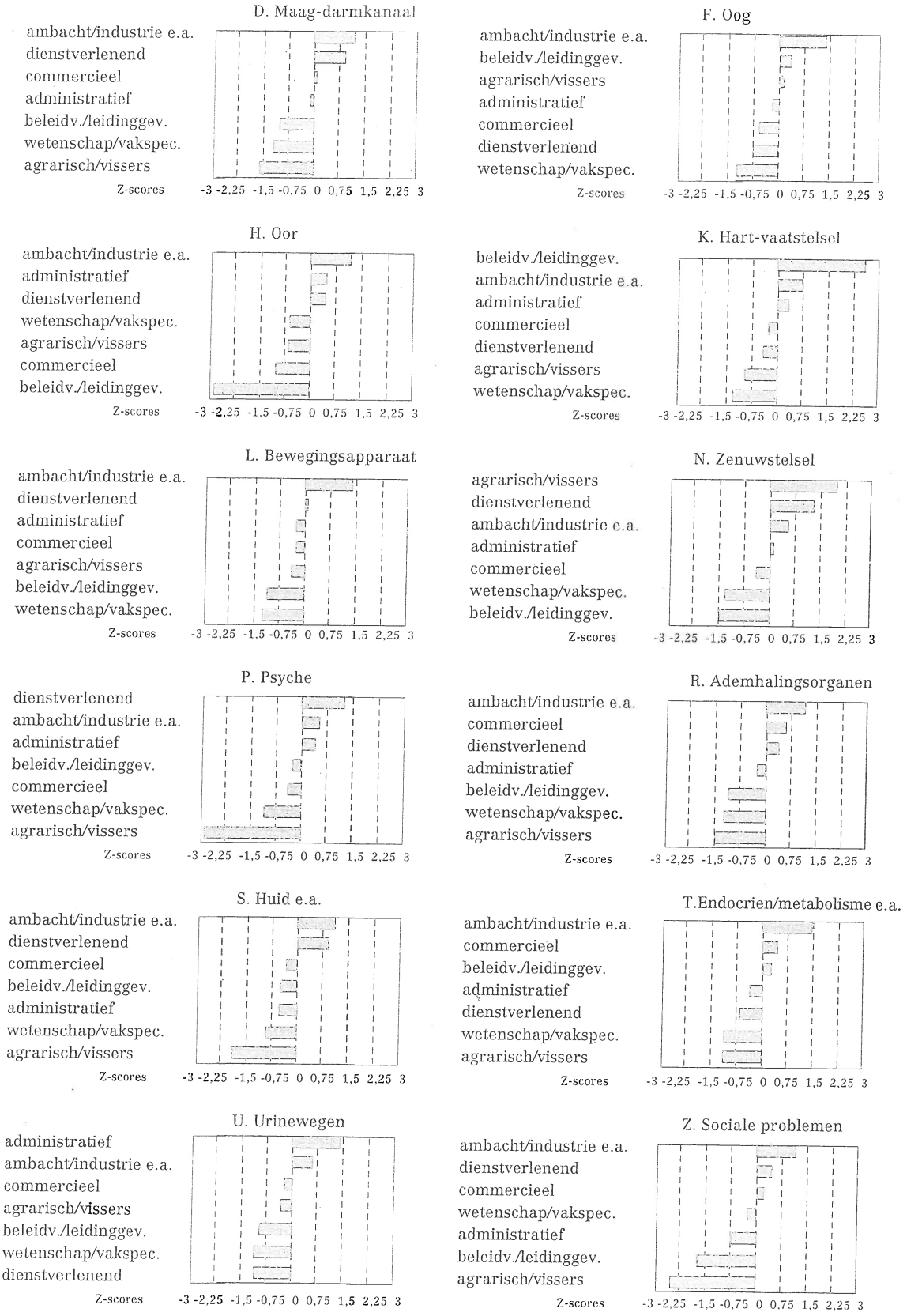
Arbeidsomstandigheden lijken mogelijk ook in onze studie een rol te spelen. Van de werkende bevolking presenteren vooral dienstverlenende functies en ambachts- en industrieberoepen problemen aan de huisarts. Dit zijn precies de beroepssectoren die naar bekend het meest bloot staan aan minder goede arbeidsomstandigheden[16]. Het betreft vooral psycho-sociale problemen, zoals angst en nerveusiteit bij kelners, serveersters of acute stress reacties bij pakhuis- en magazijnknechten, en aan fysieke arbeidsomstandigheden gebonden aandoeningen zoals verstuikingen bij bejaardenverzorgsters en dienstmeisjes, huidinfecties bij werksters en schoonmaaksters, corpus alienum oog bij lassers en machinebankwerkers, wervelkolomproblemen bij timmerlieden en vrachtwagenchauffeurs, verwondingen bij slagers. Maar ook uit andere beroepssectoren zijn er signalen, zoals acute laryngitis/tracheitis bij telefonistes en vertegenwoordigers, en distorsie/contusie schouder/arm bij cassières en lokettisten van de spoorwegen.

Wat nu het precieze aandeel van het werk in al deze problematiek is, is niet eenvoudig te duiden. Te meer omdat op basis van deze cross-sectionele studie geen causale relaties zijn vast te stellen.

Onze cijfers passen zeer wel bij andere in Nederland uitgevoerde studies, die veelal gebaseerd zijn op enquêtemateriaal[17-19]. Wat moet de huisarts nu met al deze, op zich interessante, gegevens? Dit geldt zowel de behandeling als de sociaal medische begeleiding van de individuele patiënt.

Voor de behandeling van de individuele patiënt is van belang dat de huisarts beseft dat het beroep en de daarbijbehorende werkplek het beloop van een ziekte zeer sterk kan beïnvloeden. Kennis over het beroep en de werkplek is dan ook onontbeerlijk tijdens het consult. Een CARA-patiënt die in de verffabriek bij slechte dampen staat te werken, zal medicamenteus slechts met grote moeite goed kunnen worden ingesteld en zo zijn nog tientallen andere voorbeelden te noemen. Het signaal van de patiënt is zijn ziekte, een huisarts moet daarachter kijken. Dit is precies het belangrijke traject van de acute klacht of ziekte onder de werkende bevolking, die overgaat in de chronische klacht of in ziekte die kan leiden tot arbeidsongeschiktheid. Hier mag alertheid van de huisarts worden verwacht. Maar mogelijk nog essentiëler is dat de huisartspraktijk een ideale bron van informatie vormt voor de aanpak van problemen in de sfeer van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en problemen op de werkplek. De privatisering van de Ziektewet en de herziening van de WAO/AAW regelingen dwingen de huisarts tot een bezinning op zijn of haar rol in de sociaal medische begeleiding. De opties zijn velerlei, maar de huisarts moet beseffen dat persoonsgebonden zorg zonder enige controlerende functie van werkenden zijn huidige - sterke - positie heeft bepaald. Nogmaals kan worden vastgesteld dat de huisarts als geen ander weet heeft van de persoon, diens ziektegeschiedenis en de directe omgeving. Intensievere

Figuur 1 *Grafische weergave van rangorde in beroepssectoren van de cumulatieve incidentie van aandoeningen (ICPC hoofdstukken) in de huisartspraktijk gestandaardiseerd op leeftijd en geslacht. De 'nullijn' is de cumulatieve incidentie van de totale werkende bevolking. Scores rechts van de nullijn zijn ongunstiger, links van de nullijn gunstiger.*



De omvang van de diverse beroepssectoren is als volgt: wetenschappelijke - en andere vakspecialisten e.d.(N=21.283), beleidvoerende, hogere leidinggevende functies (N=4.847), administratieve functies (N=18.824), commerciële functies (N=8.059), dienstverlenende functies (N=11.142), agrarische beroepen, vissers e.d. (N=4.284), ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies (N= 27.195).

Tabel 4 *Beroepen met de hoogste kans op ziekte zoals geregistreerd in de huisartspraktijk, uitgedrukt in relatieve risico's (RR)*

Ziekenverzorgster (N=955)	RR
ziekte gebit/tandvlees	4.8
acuut letsel meniscus/kniebanden	3.5
ijzergebreksanaemie	2.7
tendinitis/synovitis	2.4

Ov secretaressen, stenotypisten (N=1668)	
premenstrual tension syndrome	5.5
beperking/handicap bewegingsapparaat	3.4
uitstellen menstruatie	2.5
vaginale afscheiding	2.4

Telefoniste (N=293)	
irritable bowel syndrome	4.4
acute laryngitis/tracheitis	4.2
infectie bovenste luchtwegen	2.0
myalgia/fibrositis	1.9

(Admin) ambtenaar spec onbekend (N=2886)	
infectie oog NEC	2.9
urticaria	2.8
infectie ademhaling NEC	2.7
angina pectoris	2.3

Winkelbediende, verkoper detailhandel (N=3880)	
schaafwond/schram/blaar	2.4
psoriasis	2.3
algemene sympt/kl NEC	1.9
contacteczeem	1.8

Dienstmeisje, huishoudster part huishouding (N=783)	
dist/cont pols/hand	3.4
dist/cont knie	3.0
hyperventilatie	2.5
tubair catarrh	2.2

Werkster, schoonmaakster (N=1624)	
slikstoornis	4.7
infectie huid NEC	4.6
lipoom	3.9
vertigo	2.9

Slager, slagersknecht detailhandel (N=381)	
locale infectie vinger/teen	15.0
scheur-/snijwond	6.5
furunkel/carbunkel/cellulitis	6.3
tendinitis/synovitis	3.8

Ov machine bankwerker (N=963)	
corp al oog	3.4
afw maagfunctie/gastritis	2.6
haemorrhoiden	2.6
scheur-/snijwond	2.1

Bouwvaktimmerman (N=1888)	
sympt/kl gewrichten	4.4
zweepslag kuit	3.6
epicondylitis lateralis	2.8
afwijking cervicale wervelkolom	2.7

Vrachtwagen-, bestelautochauffeur (N=2171)	
migraine	3.0
urticaria	2.9
afwijking cervicale wervelkolom	2.7
dist/cont wervelkolom excl cervicale	2.6

Zelfstandig bedrijfshoofd (N=1776)	RR
obesitas	3.0
angina pectoris	2.4
sympt/kl rug	2.2
corp al oog	1.8

Caissiere/lokettist spoorwegen (N=956)	
dist/cont schouder/arm	2.8
allergische rhinitis	2.4
allergische conjunctivitis NEC1	2.1
cerumen	1.8

Middelb admin employe neg1 (N=5329)	
probleem verlies partner	3.3
sympt/kl huid NEC	3.0
acne vulgaris	1.6
zwangerschap bevestigd	1.3

Ov handelsvertegenwoordiger (N=816)	
algemene malaise	3.8
ongecompl hypertensie	3.1
acute laryngitis/tracheitis	2.6
otitis externa	2.4

Kelner, serveerster (N=597)	
sympt/kl menopauze	5.3
sympt/kl spieren NEC	3.1
ziekte perifeer zenuwstelsel	3.1
angstig/nerveus	3.0

Bejaardenverzorgster in tehuizen (N=1287)	
herpes simplex lip/mond	3.3
dist/cont/letsel bew app NEC	2.8
atheroomcyste	2.5
dist/cont enkel	2.1

Tuinmansknecht, plantsoenarbeider (N=343)	
influenza	4.5
dist/cont/letsel bew app NEC	4.0
sinusitis	2.8
myalgia/fibrositis	2.6

Confectienaaister en -stikster (N=533)	RR
obesitas	3.4
tubair catarrh	3.1
dermatomycosis/phytosis	2.4
urogenitale candidiasis	2.3

Lasser (metaal) (N=397)	
corp al oog	5.5
allergisch conjunctivitis NEC	2.5
ov infectie maagdarm	2.4
lumbag	2.3

Pakhuis-, magazijnknecht (N=844)	
acute stress reactie	3.5
dist/cont voet/tenen	2.7
angstig/nerveus	2.6
tubair catarrh	2.5

Arbeider soc. werkplaats(tewerkstelling) (N=530)	
ulcus duodeni	8.0
furunkel/carbunkel/cellulitis	5.0
angstig/nerveus	3.5
ov infectie maagdarm	2.9

1 NEC = niet elders classificeerbaar/neg=niet elders geclassificeerd

samenwerking met de bedrijfsarts, de verzekeringsarts en andere hulpverleners uit de arbeidssector is evenwel geboden. Logische taken daarin zijn bijdragen aan de preventie en de signalering van arbeidsgebonden problemen, informatieverstrekking over de gezondheid van specifieke patienten, x-maandelijkse besprekingen over probleemgevallen en over samenwerking. Dit vereist over en weer kennis van ieders mogelijkheden en onmogelijkheden. Na(dere)scholing, nader onderzoek en vooral veel voorlichting naar alle partijen toe zijn essentieel en moeten zo spoedig mogelijk worden opgestart. Daarbij moet men zich realiseren dat een passieve houding bij het vinden van oplossingen voor de nieuwe uitdagingen op dit terrein door de samenleving vroeg of laat zal worden afgestraft. Aan de slag dus.

Personalia

J. van der Velden is arts-epidemioloog, H.Ph.H. Abrahamse is data-analist en D.H. de Bakker is sociaal geograaf.

Literatuur

1 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Vernieuwingen in het arbeidsbestel. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
2 Zielhuis R, Dijk F van. Arbeid. In: Maas PJ van der, Hofman A, Dekker E (red).Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1989; pp 102-22.
3 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statistiek der Beroepsbevolking. Voorburg: CBS, 1989.
4 Bakker BFM, Dronkers J, Meijnen JGW. (eds) Educational opportunities in the welfare state: longitudinal studies in educational and occupational attainment in the Netherlands. Nijmegen: ITS, 1989.
5 Bensing JM, Bakker DH de, Velden J van der. Hoe ziek is de WAO? Med Cont 1991(46); 37:1075-80.
6 Kruidenier H, Buijs P. Huisarts en sociaal-medische begeleiding Leiden/Amsterdam AS-tri/NIA 1995.
7 Foets M, Velden J van der. Nationale studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
8 Velden K van der, Schellevis FG, Steen J van der. International Classification of Primary Care (tabulaire lijst ten behoeve van de Nationale Studie). Utrecht: NIVEL, 1989.
9 Centraal Bureau voor de Statistiek. Beroepenclassificatie. Voorburg: CBS, 1984.
10 Velden J van der, Abrahamse HPhH, Bakker DH de. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Arbeid en gezondheid. Utrecht: NIVEL, 1993.
11 Rothman KJ. Modern Epidemiology. Boston/Toronto: Little Brown Company, 1986.
12 Velden J van der, Abrahamse HPhH, Bakker DH de. Arbeid en gezondheid gezien vanuit de huisartspraktijk. Tijdsch Soc Gezondheidsz 1995;5:300-7.
13 Winter CR de. Arbeid, gezondheid en verzuim als voorspellers van uitval uit het werk.(proefschrift). Leiden: NIPG-TNO, 1991.
14 Bloemhoff A, Winter CR de. De invloed van sociaal-economische status op arbeidsongeschiktheid; een longitudinale analyse. Leiden: NIPG-TNO, 1990.
15 Schröer CAP, Bullinga RS. Gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische status groepen; effecten van verschillen in leefwijze of arbeidsbelasting? Maastricht: Vakgroep Medische Sociologie, 1990.
16 Willems JHBM. Enige besprekingen over (de toekomst van) de bedrijfsarts in Nederland. Maandblad Arbeidsomstandigheden 1987;63:429-32.
17 Gemeenschappelijke Medische Dienst. Statistische Informatie 1969-1990. Amsterdam: GMD, 1970-1991.
18 Groothoff JW. Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking (proefschrift). Groningen: Van Denderen 1986.
19 Broersen J, Weel A et al. Atlas werk en gezondheid. Amsterdam: NIA, 1991.

ONDERZOEK

Arbeidsconflicten en ziekteverzuim

Omvang van het verzuim en oneigenlijk gebruik van de Ziektewet

D.J. van Putten

Samenvatting

Aan de hand van gegevens van het GAK over 1993 werd berekend dat er vier tot zeven verzuimgevallen met arbeidsconflicten voorkwamen op elke 1000 verzuimgevallen en dat deze gevallen twee tot drie procent van alle verzuimdagen voor hun rekening namen. Met een vragenlijstonderzoek onder verzekeringsartsen (VA'n) werd vastgesteld dat bij tien procent van alle verzuimgevallen met arbeidsconflicten sprake was van een periode van oneigenlijk gebruik van de Ziektewet. De duur van deze periode van oneigenlijk gebruik bedroeg in dit onderzoek circa twee procent van de totale duur van verzuim met arbeidsconflicten.

Het vragenlijstonderzoek toonde tevens aan dat de begeleiding van de werknemers die verzuimden ten gevolge van arbeidsconflicten, voor een belangrijk deel gericht was op vertrek van de werknemers: artikel 30/31 van de Ziektewet wordt opvallend weinig toegepast (17 procent) en in veel gevallen (43 procent) verstrekt de VA informatie over de mogelijkheden van ontslagname. Naar het oordeel van de VA'en werkte 32 procent van de bedrijven de terugkeer van cliënten met arbeidsconflicten tegen.