

*Het bewegingsstelsel:
doel van zorg, bron van winst*



*Het bewegingsstelsel:
doel van zorg, bron van winst*

Aan Watson, Elisabeth en Victor; de komende generatie

Het bewegingsstelsel:
doel van zorg, bron van winst

AFSCHEIDSCOLLEGE

gegeven op 12 maart 1993 door

dr. B. van Linge

*orthopedisch chirurg,
hoogleraar orthopedie
Erasmus Universiteit Rotterdam,
hoofd afdeling orthopedie
Academisch Ziekenhuis Rotterdam*

WETENSCHAPPELIJKE UITGEVERIJ BUNGE

© 1993 *B. van Linge*

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

ISBN 90 6348 367 8 / CIP

*Mijnheer de Rector,
Mijnheer de Voorzitter van het College van Bestuur,
Mijnheer de Dekaan van de Faculteit der Geneeskunde
en Gezondheidswetenschappen,
Dames en Heren,*

U bent door de Rector uitgenodigd naar mijn afscheidscollege te komen luisteren. De benaming 'afscheidscollege' wekt associaties aan afsluiten en afscheid-nemen en nodigt uit tot een terugblik op de afgelopen 22 jaar: op alles wat wel en op veel wat niet gelukt is. Ik neem de vrijheid om mijn blik vooruit te werpen en enkele actuele onderwerpen te behandelen. Over het verleden zal ik alleen spreken als dat voor de loop van mijn betoog nodig is. De titel van dit college kent u: 'Het bewegingsstelsel: doel van zorg, bron van winst'. Mijn thema is 'de wisselwerking tussen orthopedie en maatschappij'. In navolging van Franciscus van Assisi geeft de Amsterdamse schrijver/internist Dunning¹ aan het menselijk lichaam de naam Broeder Ezel; deze draagt trouw de mens op zijn levensweg om aan het eind als wegwerpartikel avant la lettre te worden afgedankt. Het bewegingsstelsel zou dan beschouwd kunnen worden als de benen van de ezel: het is het transportmiddel van de mens. Het bewegingsstelsel is onderwerp van mijn zorg geweest in de afgelopen tweeëntwintig jaar. Voor anderen is het echter een bron van winst geweest, een winst die behaald is ten koste van de patiënt of ten laste van de maatschappij.

1. Dunning AJ. Broeder Ezel; 8e dr. Utrecht/Amsterdam: Bunge/Meulenhoff, 1988.

Als een orthopedisch chirurg een patiënt opereert, heeft die operatie niet alleen gevolgen voor de patiënt. Zij heeft ook maatschappelijke consequenties en deze kunnen de betekenis die de operatie voor de patiënt heeft zelfs ver overtreffen. In omgekeerde zin oefenen maatschappelijke beslissingen invloed uit op de wijze waarop de orthopedisch chirurg kan functioneren, en dus indirect op het welzijn van de patiënt. Het thema: de wisselwerking tussen maatschappij en orthopedie zult u in elk van de onderwerpen van dit college herkennen. Die onderwerpen zijn:

- het groeiende aantal patiënten dat wacht op vervanging van een heupgewricht,
- de nazorg van de bejaarde met een gebroken heup,
- letsel aan een meniscus in het kniegewricht,²
- de verstuurde enkel,
- de groeiende stroom arbeidsongeschikten in Nederland, ofwel: wie is echt arbeidsongeschikt?

HET GROEIENDE AANTAL PATIËNTEN DAT WACHT OP VERVANGING VAN EEN HEUPGEWRICHT

De meest succesvolle operatie die ooit aan het bewegingsstelsel is uitgevoerd is waarschijnlijk de vervanging van het heupgewricht door een kunstheup. Het is bovendien de meest frequent verrichtte grote reconstructieve ingreep aan het bewegingsstelsel.³ De operatie wordt doorgaans uitgevoerd bij patiënten met een goede levensverwachting, en de kwaliteit van het bestaan van deze patiënten wordt door de ingreep belangrijk verbeterd. Door deze operatie tijdig uit te voeren wordt invaliditeit voorkomen en kan de patiënt zonder pijn verderleven. Bovendien blijkt dat als de kosten van de ingreep worden gedeeld door het aantal jaren dat een kunstheup goed func-

2. De sig, Stichting informatiecentrum voor de gezondheidszorg te Utrecht, verstreekte gegevens voor de berekening van aantallen knie- en enkeloperaties.

3. In Nederland worden per jaar ongeveer 14.000 versleten heupgewrichten vervangen door een kunstheup.

tioneeert, de kosten per jaar met verbeterde bestaanskwaliteit zo laag zijn dat de vervanging van een versleten heup een zeer kosten-effectieve operatie is. De patiënt betaalt de kosten van de operatie via een ziektekostenverzekering. Niets lijkt dus vervanging van het heupgewricht in de weg te staan. Het probleem is alleen dat de overheid weigert het voor een voldoende aantal operaties benodigde budget ter beschikking te stellen.

De overheid beperkt door 'budgettering' de omvang van het aantal verrichtingen in de gezondheidszorg. Soms is deze budgettering zinvol, in andere gevallen, zoals in de beperking van het aantal verrichtingen ten behoeve van de vervanging van versleten heupgewrichten, is zij een schrijnend onrecht. Talrijke patiënten met versleten heupen en loszittende kunstheupen in de regio Rijnmond bellen dagelijks naar het ziekenhuis in de hoop een datum voor hun heupoperatie te krijgen. Voor velen verkeert de hoop in wanhoop, ergernis, woede en soms huilbuien als blijkt dat ze nog maanden moeten wachten omdat er nog zoveel wachtenden voor hen zijn. De wachttijd in Rotterdam voor een heupoperatie is opgelopen tot een vol jaar en stijgt, ondanks een extra financiële bijdrage van het Ziekenfonds Rotterdam, nog verder. Ook al functioneert een kunstheup vele jaren bevredigend, er kan speling ontstaan tussen het materiaal van de kunstheup en het omringende bot. Dit gaat gepaard met pijn en de loszittende heup vraagt om een revisie-operatie. Voor patiënten met een loszittende heup is het verblijf op de wachtlijst voor operatie niet alleen een pijnlijke ervaring, het is bovendien een race tegen de tijd, want de loszittende heup vreet bij elke stap het bot van hun bovenbeen en bekken aan waardoor bij te lang uitstel het been in elkaar zakt en de patiënt in een rolstoel terechtkomt.

Het vervangen van een loszittende heup kost meer operatiekamer-tijd dan het voor de eerste maal implanteren van een nieuwe heup. Er is een aanzwellende stroom patiënten die vervanging van hun loszittende heup vragen. Het beslag dat heupvervangende chirurgie op de operatiekamer-capaciteit legt, neemt daardoor toe.

De oorzaak van de oplopende wachttijden ligt in een structureel tekort aan orthopedische bedden. In de regio Rijnmond (bevolking 1,2 miljoen) ligt het aantal orthopedische bedden 30% onder het landelijk gemiddelde en in Rotterdam bijna 40%.⁴ Rotterdamse verzoeken aan 'Den Haag' om uitbreiding van het aantal orthopedische bedden⁵ werden aan dovemansoren gericht. Zo'n verzoek past immers slecht in het streven van de regering naar landelijke beddenreductie. De patiënten die trouw de premie voor hun ziektekostenverzekering betalen kunnen voorlopig fluiten naar de tegenprestatie waar zij met recht aanspraak op maken, de kunstheup. Wetenschappelijk is aangetoond dat de kwaliteit van het bestaan en de onafhankelijkheid van de patiënt door vervanging van een versleten heup aanmerkelijk en gedurende een periode van vele jaren verbeteren. Het is derhalve onaanvaardbaar dat de overheid volhardt in een afwijzend standpunt ten opzichte van zeer doeltreffende orthopedische ingrepen. Dezelfde overheid stelt daarentegen wel een budget beschikbaar voor bepaalde vormen van alternatieve geneeskunde, zoals bijvoorbeeld in de vorm van orthomaneuele geneeskunde. Het is kwetsend voor de patiënt op de orthopedische wachtlijst dat een budget dat dringend nodig is voor zijn behandeling, voor de uitoefening van de orthomaneuele geneeskunde wordt besteed. Als ik zeg: orthomaneueel werkzame artsen lichten hun patiënt op, dan klinkt dat erg hard. Ik zou liever willen zeggen dat ik niet bij machte ben—en ik zeg dat na zorgvuldige lezing en herlezing van een proefschrift van twee orthomaneuele genezers—de orthomaneuele geneeskunde van bedrog te onderscheiden. De orthomaneueel werkzame arts ziet als oorzaak van ziekte een abnormale stand van een wervel. Zo zou een scheefstaande vierde of vijfde borstwervel de oorzaak zijn van hoge bloeddruk, en scheefstand

4. Stichting informatiecentrum voor de gezondheidszorg. Jaarboek ziekenhuizen 1990, Utrecht (cijfers gecorrigeerd voor de samenstelling van de bevolking).

5. In Rijnmond is het tekort t.o.v. het landelijk gemiddelde 80 orthopedische bedden en in de stad Rotterdam 56.

van de zesde of zevende borstwervel een maagzweer veroorzaken. Er is nooit een schijn van bewijs geleverd dat deze bizarre theorie juist is. Ik ken zelfs geen serieuze poging om tot dit bewijs te komen. Keuzen in de zorg zijn noodzakelijk, maar zij kunnen voor de individuele patiënt uiterst pijnlijk zijn. Door te kiezen voor alternatieve geneeskunde tonen de overheid en de zorgverzekeraars dat zij in de discussie over tekorten in de gezondheidszorg niet oprecht zijn en de pijn op lijdende patiënten afwentelen.

Het bovenstaande is een voorbeeld van de wijze waarop het beleid van de overheid directe negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een weloverwogen en medisch juiste overheidsbeslissing zal binnen het bestaande budget een belangrijke verbetering van de kwaliteit van de zorg geven.

DE BEJAARDE MET EEN GEBROKEN HEUP

De breekbaarheid van het menselijk skelet neemt toe met het vorderen van de jaren. Met de wetmatigheid en regelmaat waarmee bladeren vallen in de herfst, worden bejaarden in de herfst van hun bestaan met een gebroken heup in onze ziekenhuizen binnengedragen. Deze patiëntenstroom neemt jaarlijks in grootte toe.^{6,7} Elk jaar breken ongeveer 600 bejaarde Rotterdammers hun heup. Voor het breken van een heup is weinig kracht nodig. Het missen van de onderste tree van de trap is soms al voldoende oorzaak voor een breuk in een bot dat is verzwakt door inactiviteit en het proces van natuurlijke osteoporose. Voor de gebroken heup bestaat maar één behandeling: een operatie. Maar de ingreep kan beperkt zijn. De breuk kan gefixeerd worden met twee 6 mm dikke metalen penntjes. Deze ingreep is zo beperkt in omvang dat de patiënt na een of twee dagen het ziekenhuis zou kunnen verlaten, mits opvang thuis

6. Hoogendoorn D. Heupfracturen; operatieve behandeling en klinische sterfte. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:326-9.

7. Johnell O, Nilsson B, Obrant K, Sernbo I. Age and sex patterns of hip fracture, changes in 30 years. *Acta Orthop Scand* 1984;55:290-2.

of in een verpleeghuis is geregeld. Maar ondanks het feit dat een constante stroom van bejaarden plotseling hulpbehoevend wordt, zitten deze patiënten weken en soms maanden te wachten op overplaatsing van het ziekenhuis naar een meer patiëntvriendelijke omgeving.

Voor bejaarden is het verblijf op een orthopedische afdeling door een snel wisselende patiëntenbevolking, lawaai, drukte en doorgaans een beperkte persoonlijke aandacht een grote belasting en niet goed voor hun psychisch evenwicht. Dit zijn patiënten die gebaat zijn bij snelle overplaatsing naar een verpleeginrichting of, nog beter, bij goede opvang in hun eigen huis. In de Zweedse stad Lund bijvoorbeeld geniet de opname van plotseling hulpbehoevend geworden bejaarden in de thuissituatie of in een verpleeginrichting prioriteit. Als gevolg daarvan spendeert een bejaarde met een gebroken heup in Lund maar de helft van de tijd in het ziekenhuis die een patiënt in Rotterdam daarin doorbrengt; dit blijkt uit het prospectief multicenter-onderzoek heupfracturen, waaraan van Rotterdamse kant de onderzoeker Swierstra heeft deelgenomen. Dat is in Rotterdam niet mogelijk. In Rotterdam bestaat zowel onvoldoende operatiecapaciteit voor het inbrengen van nieuwe heupgewrichten, als onvoldoende opvangcapaciteit voor bejaarde patiënten met een gebroken heup. Wederom een voorbeeld van een beleidsbeslissing van de overheid met een ongunstig effect op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Ook hier kan voor hetzelfde geld of minder een betere zorg verleend worden. Als de wijze waarop bejaarde patiënten met een heupfractuur worden bejegend een goede toetsteen is voor de menslievendheid van onze gezondheidszorg, dan is het met die menslievendheid slecht gesteld.

Dit was een tweede voorbeeld van een beleidsbeslissing van de overheid met een ongunstig effect op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Maar het is niet alleen het overheidsbeleid dat vragen oproept, ook het handelen van de medische specialisten vraagt onze aandacht.

DE MENISCUS IN HET KnieGEWRICHT:

'HE WHO HESITATES IS SAVED'

In 1980 gaf John Goodfellow deze titel aan een redactioneel hoofdartikel in *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Zijn verhaal was een pleidooi voor het behoud van de meniscus in het kniegewricht na een letsel. De meniscus werd in de jaren vijftig beschouwd als een onbelangrijk onderdeel van het kniegewricht. Wanneer een kniegewricht werd geopend onder verdenking van een meniscusletsel en bij geopend kniegewricht geen afwijking werd gezien, was het niet ongebruikelijk de meniscus te verwijderen omdat rekening gehouden werd met de mogelijkheid dat er toch een scheurtje in de meniscus zou zitten, en een scheur in de meniscus werd schadelijker geacht dan geen meniscus. Fairbank⁸ waarschuwde echter reeds in 1948 voor het ontstaan van versnelde slijtage van de knie na het verwijderen van een meniscus. Seedhom⁹ toonde aan dat de meniscus een belangrijk deel van de belasting in het kniegewricht draagt, en Fahmy¹⁰ dat een beschadigde meniscus geen verhoogd risico op slijtage van de knie geeft. Niet elk scheurtje in een meniscus vraagt om een operatie. Het vermogen van het kniegewricht om met kleine letsels in het reine te komen is waarschijnlijk groot. Het risico van het niet-verwijderen van kleinere lesies is minder groot dan de kans op slijtage van het kniegewricht na het verwijderen van een deel van meniscus.

Reeds in 1971 was er bezorgdheid over de 12.000 knie-operaties voor verwijdering van een meniscus. De verwijdering van een meniscus was in 1970 een van de meest uitgevoerde operaties, maar ondanks de resultaten van bovenstaand onderzoek, die een meer behoudende benadering van de meniscus rechtvaardigden, ver-

8. Fairbank TJ. Knee joint changes after meniscectomy. *J of Bone and Joint Surg* 1948;30-B:664-70.

9. Seedhom BB, Dowson D, Wright V. The functions of the menisci. *J of Bone and Joint Surg* 1974;56-B:381-2.

10. Fahmy NRM, Williams EA, Noble J. Meniscal pathology and osteoarthritis of the knee. *J of Bone and Joint Surg* 1983;65-B:24-8.

minderde het aantal meniscus-operaties in de laatste twintig jaar niet. Integendeel: de invoering van de 'kijkoperatie', waardoor een kniegewricht inwendig kan worden bekeken en een meniscus kan worden verwijderd zonder dat het kniegewricht door een snede hoeft te worden geopend, heeft een verdere toename van het aantal ingrepen aan het kniegewricht tot gevolg gehad. Gecorrigeerd voor de toename van de Nederlandse bevolking is tussen 1971 en 1991 het aantal operaties aan een meniscus ruim verdubbeld tot 26.000. Bovendien werd in 1991 nog eens ruim 26.000 maal in het inwendige van de knie gekeken zonder dat een ingreep in het gewricht werd verricht.¹¹ Op grond van deze gegevens moet de vraag worden gesteld naar het rendement van dit voor mij onbegrijpelijke hoge aantal knie-operaties. Noble¹² verrichtte onderzoek bij patiënten die wachtten op een meniscusoperatie. Het bleek dat met een beetje geduld bij ruim 40% van de patiënten de klachten spontaan verdwenen. Dat betekent naar alle waarschijnlijkheid dat kleine onregelmatigheden van de meniscus beter met rust kunnen worden gelaten.

Er is nog een probleem. Als eenmaal het toverwoord 'kijkoperatie' is uitgesproken lijkt de tovenaarsleerling niet bij machte de aanzwellende stroom operaties te beteugelen. Patiënten die klagen over een kniegewricht dat bij klinisch en röntgenonderzoek geen afwijkingen laat zien, ondergaan bij voortdurende klachten vaak een kijkoperatie. Als de klachten na de eerste kijkoperatie niet verdwenen zijn volgt te vaak een tweede en soms een volgende kijkoperatie. Van kijken in het kniegewricht wordt een knie niet beter, ook al voelt de dokter zich door de patiënt gedwongen in de knie te kijken en ook al voelt de patiënt zich na de ingreep stukken beter. Het is niet juist om al kijkend blindelings voort te gaan op een weg die tot steeds meer kijkoperaties leidt zonder dat het nut van al deze

11. In deze getallen is niet begrepen het aantal ingrepen aan het kniegewricht dat in particuliere klinieken is verricht.

12. Noble J, Erat K. In defence of the meniscus. A prospectieve study of 200 meniscectomy patients. *J of Bone and Joint Surg* 1980;62-B:7-11.

ingrepen vaststaat. Het mag niet voorkomen dat een patiënt in twee jaar tijd vijf maal een kijkoperatie aan de knie heeft ondergaan, en vervolgens meer klachten heeft dan tevoren.

Het is duidelijk dat wetenschappelijk onderzoek naar de kosteneffectiviteit van kijkoperaties is aangewezen. In een vergelijkend onderzoek zullen het nut en de kosten van de kijkoperatie geplaatst moeten worden tegen de achtergrond van het natuurlijk beloop van afwijkingen in het kniegewricht waarvoor een kijkoperatie wordt overwogen. Daarnaast zal de kosteneffectiviteit van de diagnostische kijkoperatie vergeleken moeten worden met niet-invasieve diagnostiek.

Dit was een voorbeeld van specialistisch handelen dat kostenverhogend werkt zonder dat het rendement er van vaststaat.

DE VERSTUIKTE ENKEL

Een nieuwe operatietechniek ontwikkelt zich vaak op vleugels van populariteit, gedragen door een opwaartse stroom van goede verwachtingen. Als later door wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de verwachtingen te hoog gestemd waren en dat, bijvoorbeeld, conservatief behandelen, dus niet opereren, gunstiger is dan wel opereren, verdwijnt de ingreep meestal geruisloos van de operatieprogramma's. Dit lot leek ook de operatieve behandeling van de verstuike enkel beschoren. De operatie werd populair zonder aanwijsbare oorzaak en bleef in zwang, ondanks goed onderzoek waaruit bleek dat het operatieve herstel van de enkelbanden niet beter was dan behandeling met een drukverband.

In 1988 schreef ik in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een commentaar over de behandeling van het laterale enkelbandletsel met als titel 'De verstuike enkel'.¹³ Dit commentaar wijst naar mijn idee op een overtuigende hoeveelheid gegevens die het aannemelijk maakt dat de operatieve behandeling van de verstuike

13. Linge B van. De verstuike enkel. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 660-662.

te enkel geen bijdrage vormt aan de genezing van de enkel, dat deze ingreep nodeloos arbeidsongeschiktheid veroorzaakt, en dat deze operatie daarom beter achterwege kan blijven.

Diagnostiek en behandeling van de verstuikte enkel behoren tot het terrein van de huisarts. Het Nederlands Huisartsen Genootschap publiceerde in 1989 de Standaard Enkeldistorsie. Ook in deze standaard werden diagnostiek en behandeling tot het terrein van de huisarts gerekend. Toch heeft de operatieve behandeling van het enkelbandletsel een taai leven. Omstreeks 1988 werd deze operatie in Nederland ongeveer 4000 maal per jaar verricht. In de jaren die volgden op het commentaar en de standaard van de huisartsen nam het aantal operaties voor verse enkelbandrupturen in Nederland slechts langzaam af. In 1988 werden nog 3000 verstuikte enkels in een ziekenhuis opgenomen en geopereerd en in 1991 was het aantal slechts gedaald tot ruim 2000. Medisch, maatschappelijk en uit het oogpunt van rationeel gebruik van het volksgezondheidsbudget is het zwak dat nog zoveel patiënten deze onnodig kostbare en onnodig invaliderende behandeling ondergaan.

WIE IS ARBEIDSONGESCHIKT?

Leven gaat met pijn gepaard en veel pijn vind zijn oorzaak in het bewegingsstelsel. De wervelkolom en de gewrichten zijn bekende bronnen van pijn, vaak zonder dat nauwgezet onderzoek de oorzaak ervan aan het licht brengt. Een universele bron van pijn waar elke mens onder lijdt is de plaats waar de spier, de motor van de voortbeweging, zijn kracht op het skelet overbrengt. De krachten die de goed getrainde sportbeoefenaar in zijn bewegingsstelsel ontwikkelt zijn zelfs zo groot dat een onverstandig gebruik van kracht belangrijke schade aan spier, pees of bot tot gevolg kan hebben. Een poging tot maximale krachtontwikkeling kan in normaal gezond weefsel een botbreuk of het scheuren van een pees tot gevolg hebben.¹⁴ Bij herhaalde maximale krachtontwikkeling kan ook gewrichtskraakbeen worden beschadigd.¹⁵ Sporten waarbij maximale krachtontwikkeling is vereist zijn schadelijk voor het bewegingsstel-

sel, dat eerder is gebouwd voor duursporten waarbij de krachtonwikkeling bij elke bewegingscyclus ver onder het maximum blijft.

Het zijn helaas niet alleen de krachtpaters die op deze wijze moeten lijden—ook de doorsnee mens ervaart regelmatig pijn op de plaats waar pezen de spierkracht op het skelet overbrengen. Elke spieraanhechting kan pijn veroorzaken. Een bekend voorbeeld is pijn op de buitenzijde van de elleboog aan de oorsprong van de spieren die de vingers strekken, beter bekend onder de naam tennis-elleboog. Bij elke beweging waarbij de spieren die pols en vingers bewegen aanspannen ontstaat pijn. De beperkingen in zijn dagelijkse activiteiten die de bezitter van een tenniselleboog ervaart zijn echter gering. Aanleiding tot arbeidsverzuim hoeft de tenniselleboog niet te geven en als er niets aan wordt gedaan is de pijn na acht tot twaalf maanden verdwenen. Het is een simpel probleem dat zichzelf oplost.

Maar zo luchtig stapt de Nederlander niet over de tenniselleboog heen. De bezitter van een tenniselleboog begeeft zich naar de dokter en de kans is groot dat deze na het stellen van de diagnose een injectie op de pijnlijke plaats geeft, verwijst naar een fysio- of manueel therapeut of rust voorschrijft. Het voorschrijven van rust heeft natuurlijk arbeidsverzuim tot gevolg, maar ook het instellen van een van de andere behandelingen leidt in de regel tot thuisblijven. Helpen deze maatregelen niet, dan is de kans groot dat de patiënt met een tenniselleboog op de operatietafel belandt. Bij deze operatie wordt meestal een pees doorgesneden om de kracht

14. Tijdens een kampioenschap gewichtheffen werden de door de gewichtheffers ontwikkelde krachten berekend mede met behulp van met hoge snelheid opgenomen filmbeelden. Toen een van de deelnemers zijn kniepees scheurde, tijdens een poging tot het heffen van een gewicht van 175 kg, was het mogelijk de kracht die de kniepees scheurde te berekenen: die kracht was 1450 kg. (Zernicke F, Garhammer J, Jobe FW. Human patellar-tendon rupture. *J of Bone and Joint Surg* 1977;59-A:179-83).

15. Bij honkbalwerpers wordt een verhoogde incidentie gezien van kraakbeenbeschadiging in het ellebooggewricht.

die de pijn veroorzaakt te verminderen. De operatie wordt, wederom, gevolgd door arbeidsverzuim en dat verzuim is niet gering. Vorig jaar, in 1992, meldden ruim 13.000 Nederlanders zich langer dan zes weken arbeidsongeschikt wegens een tenniselleboog; ruim 1300 van hen waren zelfs langer dan een jaar arbeidsongeschikt en zij vielen daardoor onder de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, de WAO.¹⁶

De verschillende geneeswijzen voor tenniselleboog hebben hun voor- en tegenstanders, maar ze hebben één gemeenschappelijke noemer: met de wetenschappelijke fundering van de vele therapieën voor tenniselleboog is het slecht gesteld. Voordat een artikel in een wetenschappelijk tijdschrift wordt geplaatst, moet het de zeef van de redactie passeren. Als het is verschenen volgt tegenwoordig in toenemende mate een beoordeling achteraf, een 'meta-analyse'. Uit een meta-analyse van 159 artikelen gepubliceerd over de behandeling van tenniselleboog¹⁷ bleek dat geen van de publikaties voldeed aan de minimum voorwaarden voor een klinisch wetenschappelijk onderzoek. De conclusie van deze meta-analyse is dat geen van de voor tenniselleboog gebruikte therapieën wetenschappelijk voldoende is getoetst. Op grond van mijn persoonlijke ervaringen was ik reeds gestopt met het behandelen van patiënten met een tenniselleboog. Na het stellen van de diagnose kregen mijn patiënten uitleg over de aard van de pijn en het gunstige spontane beloop. Bij controle genazen ze allen spontaan zonder arbeidsverzuim. Ervan uitgaande dat een tenniselleboog hinderlijke maar draaglijke pijn geeft en dat deze pijn geen aanleiding hoeft te zijn voor arbeidsverzuim, moet worden vastgesteld dat er geen aanwijzingen zijn dat medisch ingrijpen een genezend effect heeft. Wel heeft medisch ingrijpen in het natuurlijke genezingsproces waarschijnlijk mede tot gevolg dat jaarlijks vele duizenden mensen ar-

16. Geëxtrapolerde cijfers.

17. Labelle H, Fallaha M, Newman N, Rivard C-H, Guibert R. The treatment of tennis elbow: a critical review of the literature. *J of Bone and Joint Surg [Br]* 1990; 72-B: 536.

beidsongeschikt zijn en, ten dele, blijven. Zo wordt van een alledaagse ervaring die medisch gezien de moeite van het vermelden amper waard is een groot maatschappelijk probleem gemaakt. Artsen die niet bereid zijn het natuurlijk beloop van een proces te volgen én patiënten zijn beiden verantwoordelijk voor dit probleem.

De instroom in de wao/AAW op grond van klachten over het bewegingsstelsel is in het afgelopen decennium buiten proportie toegenomen. Terwijl de beroepsbevolking van 1981 tot 1990 met 26,7% in aantal toenam steeg het aantal arbeidsongeschikten dat krachtens de AAW/WAO een uitkering claimde voor blijvende klachten over het bewegingsstelsel, met 84%.¹⁸ Deze disproportionele toename heeft een verklaring nodig omdat onder normale omstandigheden verwacht mag worden dat het aantal arbeidsongeschikten min of meer in dezelfde mate toeneemt als de beroepsbevolking. Het is niet aannemelijk dat een nieuwe, nog niet herkende ziekte het bewegingsstelsel teistert en grote aantallen mensen arbeidsongeschikt maakt. De meest gerede verklaring voor de enorme toename van het aantal arbeidsongeschikten is een verlaging van de toelatingsdrempel. Wanneer arbeidsongeschiktheid in 1990 naar de normen van 1980 was beoordeeld, dan zouden ruim 73.000 Nederlanders die in 1990 in het genot van een uitkering zijn gesteld, deze uitkering niet hebben gekregen.

De instroom in de wao/AAW lijkt gemakkelijker te worden omdat de diagnose die gesteld moet worden alvorens de verzekerde een uitkering krijgt, steeds lichter van gewicht wordt. Zo heeft de diagnose fibromyalgie recent geleid tot sterke toename van het aantal claims.¹⁹ Deze 'diagnose' mag gesteld worden als de volgende klachten bestaan:²⁰

18. Gegevens afkomstig uit de statistische jaaroverzichten van de GMD.

19. Visser J. De betovering van een kritisch diagnostisch etiket. *T verzekeringsgeneesk* 1992;30:140-3.

20. The American College of Rheumatology. 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism* 1990;33:160-72.

- pijn op drie plaatsen (bijvoorbeeld onder in de rug, een bil en een schouder),
- pijn bij druk op elf verschillende plaatsen op romp, armen en benen.

Er is geen verder onderzoek vereist zodat de patiënt de diagnose zelf kan stellen. Vervolgens is een meerderheid van de verzekeringsgeneeskundigen geneigd een beperkte tot volledige arbeidsongeschiktheid vast te stellen op grond van deze diagnose.²¹ Het mag niet verwonderen dat het aantal arbeidssongeschikten onder invloed van deze en soortgelijke 'doe-het-zelf-diagnoses' sprongsgewijs toeneemt.

Ik heb nu twee 'diagnoses' genoemd die alleen bestaan uit klachten zonder dat een afwijking wordt gevonden die de geclaimde arbeidsongeschiktheid kan verklaren. Het zijn klachten op zoek naar een afwijking. Ik noem nog een voorbeeld: de diagnose 'whiplash', de veronderstelde beweging van het hoofd van een inzittende van een auto die van achteren wordt aangereden. Iedereen die in zijn auto voor een verkeerslicht staat te wachten en van achteren wordt aangereden kan uitstappen en roepen: 'ik heb whiplash!' Vervolgens is het mogelijk met succes 80-100% arbeidsongeschiktheid te claimen zonder dat lichamelijke schade is vast te stellen.

De instroom van onvoldoende gefundeerde claims in de WAO/A AW maakt deze volksverzekering onbetaalbaar. Het verlagen van het uitkeringsniveau is onrechtvaardig ten opzichte van de echte arbeidsongeschikten met correcte claims. De huidige ziekwet en de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering behoeven dringend aanpassing. De mogelijkheid moet worden gecreëerd om mensen die hun werk verzuimen wegens klachten over hun bewegingsstelsel, zonder dat de verzekeringsgeneeskundige bij de verzekerde een afwijking kan vinden die dit werkverzuim een aanvaardbare verklaring kan geven, binnen drie maanden op hun geschiktheid tot

21. Visser J. De betovering van een kritisch diagnostisch etiket. T verzekeringsgeneesk 1992; 30: 140-3.

het verrichten van loonvormende arbeid worden beoordeeld. Bij deze beoordeling zal het rapport van een specialist een belangrijk gewicht in de schaal moeten leggen. Een beroepsprocedure mag vervolgens niet meer dan drie maanden in beslag nemen. Het uitvoeren van deze maatregel vergt extra mankracht (orthoeped, revalidatie-arts, reumatoloog, jurist), maar het zal zeker een preventief effect sorteren waardoor de werklast minder zal toenemen dan het nu lijkt. De wachttijd van een jaar die nu in de wao is ingebouwd werkt in hoge mate bevorderend voor arbeidsongeschiktheid.

Is voor velen de wachttijd van een jaar te lang, voor anderen is deze te kort. Ik doel op hen die door een ongeval, en vooral een bedrijfsongeval, arbeidsongeschikt zijn geworden. Na een ernstig bedrijfsongeval bestaat binnen het bedrijf vaak een grote sympathie en goodwill ten opzichte van de verongelukte en een grote bereidheid het slachtoffer weer in de arbeidsorganisatie op te nemen. De getroffene oefent vaak enthousiast in een poging zijn oude niveau weer te bereiken en terug te keren. Het ziektejaar geeft voor de terugkeer vaak niet voldoende tijd en de wao hangt, niet als een zegen, maar als een zwaard van Damocles boven zijn toekomst. Ik voer dus een pleidooi voor de mogelijkheid van een dynamische uitvoering van Ziektewet en wao die meer is afgestemd op hetgeen zich werkelijk in onze maatschappij afspeelt.

Eén op de zes langdurig arbeidsongeschikten heeft rugklachten. Het feit dat rugklachten bij een zo groot deel van de arbeidsongeschikten bestaan, baart geen opzien omdat rugklachten bij een aanmerkelijk groter deel van de bevolking aanwezig zijn.²² Bij de overgrote meerderheid van de bevolking vormen rugklachten geen ernstig probleem. De klachten komen en gaan. Een enkele keer is de pijn zo hevig dat een claim op een korte periode van arbeidsongeschiktheid begrijpelijk is. Slechts zelden zijn de afwijkingen aan de rug zo ernstig dat een patiënt in mijn ogen blijvend arbeidson-

22. Haanen HCM. Een epidemiologisch onderzoek naar lage rugpijn. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1984.

geschikt is. De grote stroom arbeidsongeschikten wordt veroorzaakt door een te hoge waardering van rugklachten als belemmerende factor bij het verrichten van arbeid. De zwaarte van de arbeid heeft geen invloed op de frequentie of de ernst van de klachten. Werkers in een administratief beroep hebben niet minder rugklachten dan mensen die zwaardere arbeid verrichten. Regelmatige zware inspanning lijkt niet gepaard te gaan met verhoogde slijtage. Uit het onderzoek van de bevolking van Zoetermeer²³ bleek dat gepensioneerde boeren significant minder last van hun rug hadden dan de doorsnee gepensioneerde bevolking en dat zware lichamelijke arbeid niet gepaard gaat met meer rugklachten. Mannen die zich regelmatig zwaar inspanssen leven langer^{24, 25} en zijn waarschijnlijk tijdens dat langere leven ook gezonder. Een goede fysieke conditie gaat bovendien gepaard met minder rugklachten.²⁶ De les uit het bovenstaande is duidelijk, hoewel het bewijs niet is geleverd en mogelijk ook nooit geleverd zal worden. Mannen die zich fors inspanssen en daarmee een goede fysieke conditie opbouwen en handhaven zijn gezonder en doen een kleiner beroep op gezondheidszorg- en sociale voorzieningen dan hun inactieve leeftijdgenoten.

Onder de trekkers van een uitkering krachtens de wao zou verborgen werkeloosheid schuil gaan, en het schonen van het bestand wao-trekkers zou alleen maar meer werklozen tot gevolg hebben en daarom weinig zinvol zijn. Dit is een veel gehoorde maar onjuiste redenering. Voordat iemand in de wao gaat is een lang en kostbaar geneeskundig en verzekeringsgeneeskundig circuit doorlopen, een

23. Haanen HCM. Een epidemiologisch onderzoek naar lage rugpijn. Proefschrift, 1984, Erasmus Universiteit Rotterdam

24. Paffenberger RS, e.a. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993; 328: 538-45.

25. Sandvik L, e.a. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. *N Engl J Med* 1993; 328: 533-7.

26. Nachemson A. Low back pain. Are orthopedic surgeons missing the boat. *Acta Orthop Scand* 1993; 64: 1.

circuit waarin de wao-trekker blijft ronddraaien terwijl werkloosheid op eenvoudige wijze is vast te stellen. Bovendien is de kans op terugkeer tot loonvormende arbeid bij een wao-trekker aanmerkelijk geringer dan bij iemand die op niet-medische gronden zonder werk zit. De huidige onvoldoende gefundeerde medische legitimatie van arbeidsongeschiktheid is een proces dat de kosten van de gezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde onnodig vergroot.

Arbeidsgeschiktheid is afhankelijk van lichamelijk prestatievermogen en van motivatie. Lichamelijk prestatievermogen is meetbaar en in maat en getal uit te drukken. De mogelijkheid tot het meten van lichamelijk prestatievermogen bij de beoordeling van arbeidsgeschiktheid is in Nederland te weinig ontwikkeld en, voor zover ontwikkeld, te weinig toegepast. De orthopedisch chirurg dient altijd betrokken te worden bij uitspraken over arbeidsongeschiktheid door klachten over het bewegingsapparaat, en hij zal zich verder moeten bekwamen in de beoordeling van lichamelijk prestatievermogen. Universitaire orthopedische instituten kunnen samen met biomechanische en epidemiologische onderzoekers een belangrijke bijdrage leveren aan de beoordeling van arbeidsgeschiktheid. Daartoe zullen deze instituten voldoende toegerust moeten worden.

SLOTWOORD

Twee weken geleden heb ik mijn laatste hoorcollege gegeven als hoogleraar orthopedie aan de faculteit der Geneeskunde van de Erasmus Universiteit. Op 1 maart had ik de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, maar op dezelfde dag ben ik in dienst getreden van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam als bezetter van de stoel van het hoofd van de afdeling orthopedie—de stoel die ik juist had verlaten. De Dekaan van de Faculteit der Geneeskunde heeft mij verzocht tevens te functioneren als waarnemend instituutsbeheerder van het Instituut Orthopedie. Daarnaast geniet ik het voorrecht te mogen optreden als adviseur van schadeverzekeraars ter zake van door mensen geleden schade. Als u mij de vraag wilt stellen hoe

ik nu al die komende vrije tijd ga gebruiken dan moet ik u antwoorden dat het nog niet helemaal duidelijk is over hoeveel vrije tijd ik in de komende periode kan beschikken. De activiteiten die met mijn vroegere functies waren verbonden zet ik voorlopig, tot mijn opvolger zijn functie aanvaardt, voort. De twee taken die in de afgelopen tweeëntwintig jaar het grootste deel van mijn tijd en energie hebben geveegd—patiëntenzorg en het opleiden van orthopedisch chirurgen—heb ik beëindigd. De patiëntenzorgtaken worden voortgezet door Ad Diepstraten, Rien Heijboer, Frans van Biezen, Bart Swierstra, Peter Fontijne en Jan ten Kate, de mannen die mij in de laatste jaren, zoals dat bij het wielrennen heet, uit de wind gereden hebben. Mijn werk werd zodoende aanmerkelijk minder zwaar en ik kon daardoor meer aandacht besteden aan de opzet en uitvoering van wetenschappelijk onderzoek en aan mijn functie als coördinator van het blok bewegingsapparaat. Ik heb medewerking verleend aan vier complete vernieuwingen van het onderwijs-curriculum voor de medische studenten. Gelukkig is de betekenis van de orthopedie in elke nieuw curriculum toegenomen. De studenten krijgen nu voldoende onderwijs in de ziekten en het klinisch onderzoek van het bewegingsstelsel. Een voor iedere student verplicht co-assistent-schap, te verzorgen door de afdelingen orthopedie, revalidatie en reumatologie, als sluitsteen in het klinisch onderwijs, ontbreekt nog.

De tweede belangrijke taak die ik u noemde, mijn taak als opleider van orthopedisch chirurgen, wordt nu vervuld door Ad Diepstraten, die reeds geruime tijd geleden door de Specialisten Registratie Commissie tot plaatsvervangend opleider voor het specialisme orthopedie werd benoemd.

Ben van den Bosch, ik wil je bedanken voor je vriendschap, in het bijzonder in de eerste zeven jaar dat wij samen de Rotterdamse kar trokken.

De wetenschappelijke staat van de Nederlandse orthopedie is verhoogd door de band met de Acta Orthopædica Scandinavica. Ben Veraart, met groot genoegen denk ik terug aan onze talrijke

tochten naar het koude noorden waarmee we onze huidige positie in de Editorial Board bevochten. Ik dank je voor je vriendschap. Werkend als arts in het Academisch Ziekenhuis heb ik altijd het gevoel gehad dat ik deel uitmaakte van een team dat in goede samenwerking resultaten bevocht, een team dat was samengesteld uit artsen, verpleegkundigen, operatiekamerassistenten, gipsverbandmeesters, fysiotherapeuten en administratief medewerkers. Aan velen van hen bewaar ik de allerbeste herinneringen.

Als ik hen die in de loop der jaren in Dijkzigt, het Sophia Kinderziekenhuis en de Dr. Daniël den Hoed Kliniek hun krachten aan de orthopedie hebben gewijd moet karakteriseren, dan denk ik aan de woorden enthousiasme, tolerantie, incasseringsvermogen en volharding. Ik wil alle medewerkers uit deze ziekenhuizen hartelijk danken voor hun geweldige bijdragen. In het bijzonder noem ik Rens Schieman en Nelleke Dubel en hun staf, Carla Jonquièrre en haar staf en Alie Nootboom en haar staf. Annette Lengkeek is de laatste vijftien jaar mijn persoonlijke secretaresse geweest; zij heeft in die functie blijk gegeven over grote kwaliteiten te beschikken.

Het werken in een Academisch Ziekenhuis is alleen mogelijk in goede verstandhouding en goede samenwerking met andere afdelingen. Ik denk daarbij in de eerste plaats aan de samenwerking met de afdeling neurochirurgie. Aanvankelijk met Reinder Braakman en later met Cees Avezaat en zijn staf. Maar ook de afdelingen Röntgendiagnostiek, Interne Geneeskunde, Longziekten, Plastische Chirurgie en Dermatologie wil ik noemen.

De orthopeed kan niet functioneren zonder anaesthesist. Wilhelm Erdmann, ik ben gelukkig met de uitstekende samenwerking die vanaf het begin tussen onze afdelingen heeft bestaan. In het bijzonder noem ik de bijdrage van Helmië van den Broek aan het welzijn van de orthopedische patiënten voor, tijdens en na de operatie.

Het Sophia Kinderziekenhuis was voor mij een belangrijk werkterrein. Ik dank Jan Molenaar voor de constructieve en volhardende wijze waarop hij de kinderchirurgische groep heeft gesticht en gesteund.

Als coördinator van het onderwijs in het blok bewegingsapparaat heb ik veel steun gehad van Rob Stoeckart en van Mevrouw Idzinga en de staf van het Bureau-studiezaken.

De opleiding orthopedie heeft door het tot stand komen van de regionale samenwerking en de wederzijdse stages van de opleidingsziekenhuizen in Zuid-Holland extra kwaliteit gekregen. Ik dank Rob Sanders, Piet Moll, Dolf Sauter en Piet Rozing voor de belangrijke rol die zij bij het tot stand komen en de ontwikkeling van de samenwerking hebben gespeeld.

Ten slotte wil ik nog één naam noemen: Heleen, ik dank je wel!

Ik dank u voor uw aandacht.

