

Ziek door het werk of een te hard werkende schildklier?

A.VAN LINGE, J.W.J.VAN DER GULDEN EN A.HERMUS

Dames en Heren,

Psychische klachten op basis van te hoge werkdruk, een arbeidsconflict, of problemen in de privé-sfeer vormen een belangrijk deel van de dagelijkse praktijk van de bedrijfsarts. Een organische oorzaak van deze klachten kan in een dergelijke situatie gemakkelijk over het hoofd gezien worden. Er is echter een aantal organische ziekten waarbij psychische stoornissen tot de symptomen behoren of zelfs het eerste of het belangrijkste symptoom zijn.

Hyperthyreoïdie is een voorbeeld van een ziekte waarbij psychische klachten zodanig op de voorgrond kunnen staan dat daardoor de oorzaak van de klachten op een ander terrein, bijvoorbeeld in de aard van het werk, gezocht wordt. Zo kan uiteindelijk de werkelijke aandoening worden gemist.

Samenwerking tussen bedrijfsarts, huisarts en medisch specialist kan belangrijk zijn op het moment dat een patiënt door ziekte gedwongen wordt het werk tijdelijk te staken of tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid, maar ook als de werkhervatting niet naar wens verloopt. Bij langer durend verzuim op basis van ziekte is het zinvol als de betrokken disciplines met elkaar overleggen of de juiste diagnose is gesteld en of de beste behandeling is ingezet.

Patiënt A, een 40-jarige vrouw, van beroep administratief medewerker in een ziekenhuis, meldt zich op het verzuimspreekuur van de bedrijfsarts in verband met een arbeidsconflict op haar afdeling. De arbeidsrelatie met enkele collega's is ernstig verstoord door een meningsverschil over de manier van werken. Zij werkt al enkele jaren met veel plezier op die afdeling, maar heeft nogal eens kritiek op de manier van werken van collega's. Van haar leidinggevende heeft zij volgens haar zeggen altijd positieve beoordelingen gehad.

Haar collega's keren zich nu tegen haar en zij voelt zich onrechtvaardig behandeld. Daarnaast is nog niet zo lang geleden de relatie met haar vriend stukgelopen. Zij heeft geen kinderen. Recent heeft deze man een hartinfarct gekregen. Zij is hier erg verdrietig over en voelt zich ook schuldig. Zij is erg emotioneel en maakt een depressieve indruk. Tijdens het gesprek komt naar

Zie ook het artikel op bl. 2160.

voren dat zij al langer psychische klachten heeft en reeds 1,5 jaar onder begeleiding is van een psycholoog. Zij gebruikt paroxetine 20 mg per dag, voorgeschreven door de huisarts.

Overleg met de behandelend psycholoog naar wie zij door de huisarts was verwezen, bevestigt dat het gaat om een ernstige depressie met suïcidaliteit. Uit overleg met haar direct leidinggevende blijkt dat het gedrag van betrokkene geleid heeft tot een conflict met meerdere collega's. Getracht wordt het conflict met beide partijen te bespreken en op te lossen. Aangezien betrokkene een beperkt vermogen voor persoonlijk en sociaal functioneren heeft volgens de 'Functionele mogelijkhedenlijst voor bedrijfsartsen' (www.lisv.nl/uwv/content/wetten/cbbs/FMLdecember2001.PDF), wordt zij duidelijk minder belastbaar geacht. Met betrokkene en haar leidinggevende wordt overeengekomen dat zij halve dagen gaat werken.

Na enkele weken verkeert patiënte echter in een psychisch deplorabele toestand en is de situatie op het werk geëscaleerd. De bedrijfsarts is van oordeel dat zij volledig arbeidsongeschikt is. Zij legt het werk neer en de aandacht wordt nu eerst gericht op de behandeling.

In de maanden die hierop volgen, is er een duidelijke verbetering van de stemming en komt de depressie onder controle. Haar positie op het werk is echter onhoudbaar gebleken en er wordt besloten dat de werkgever samen met haar naar een andere werkplek gaat zoeken. In afwachting van een definitieve functie verricht zij diensten op verschillende andere afdelingen. Ondanks de verbetering blijft patiënte klagen over moeheid, onrust en prikkelbaarheid. De contacten met collega's en leidinggevende verlopen stroef. Zij bezoekt opnieuw de huisarts. Deze verricht oriënterend laboratoriumonderzoek en daarbij blijkt hyperthyreoïdie te bestaan.

Elf maanden na de eerste verzuimdag wordt patiënte verwezen naar de afdeling Interne Geneeskunde. Twee jaar terug had de huisarts haar ook al eens verwezen wegens het vermoeden van hyperthyreoïdie. Toen was er een verlaagde thyreoïdstimulerend-hormoon(TSH)-spiegel (0,06 mU/l; referentiewaarde: 0,4-4,0) en een normale vrij-thyroxine(T₄)-spiegel (12,6 pmol/l; referentiewaarde: 9-22). Dit beeld past bij een eerste lichte tijdelijke verergering van de ziekte van Graves. Omdat de TSH-spiegel spontaan normaliseerde (TSH 1,54 mU/l en vrij T₄ 11,5 pmol/l) werd toen geen behandeling ingesteld. Nu voelt zij zich niet lekker, gejaagd en onrustig

Radboud Universiteit Nijmegen/Universitair Medisch Centrum St Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Arbo- en Milieudienst: hr.A.van Linge, arts; hr.dr.J.W.J.van der Gulden, bedrijfsarts.

Afd. Endocriene Ziekten: hr.prof.dr.A.Hermus, internist-endocrinoloog.

Correspondentieadres: hr.A.van Linge (a.vanlinge@amd.kun.nl).

en heeft zij hartkloppingen. Zij is hyperemotioneel. De ontlasting is dun, maar dit zou altijd zo zijn. Er zijn geen oogsymptomen of een struma. In de familie komen geen ziekten van de schildklier voor. De schildklierscan toont een diffuus stapelende, niet-vergrote schildklier. De TSH-spiegel is nu lager dan 0,01 mU/l en de vrij T₄-spiegel is 50,1 pmol/l. Als diagnose wordt gesteld: 'hyperthyreoïdie op basis van de ziekte van Graves'.

Gestart wordt met medicamenteuze therapie, waarop de schildklierfunctie normaliseert. In de maanden hierna houdt patiënte, ondanks adequate behandeling, nog een wisselende stemming en lichamelijke klachten bij normale laboratoriumwaarden. Niettemin gaat zij weer gedeeltelijk aan het werk. Het beoordelen van arbeidsgeschiktheid is voor de bedrijfsarts lastig omdat er een discrepantie is tussen de nog altijd niet optimale stemming en de normale biochemische waarden. Voor deze afweging zijn de stemming en de kenmerken van haar persoonlijk en sociaal functioneren, zoals concentratie, verdelen van aandacht en samenwerken, de voornaamste factoren waar de bedrijfsarts rekening mee houdt.

Hoewel het patiënte moeite kost de juiste balans te hervinden en te behouden, hervat zij haar werk uiteindelijk weer volledig in een andere, tijdelijke functie, waarmee zij redelijk tevreden is. De thyreostatische behandeling werd een jaar later gestopt en patiënte is daarna euthyreoot gebleven.

Patiënt B, een 38-jarige vrouw, van beroep hoofdverpleegkundige, meldt zich op het verzuimspreekuur van de bedrijfsarts met al langere tijd bestaande malaiseklachten, hoofdpijn, slecht slapen, moeheid en een gejaagd gevoel. Zij werkt al enige jaren naar tevredenheid in deze functie, die gekenmerkt wordt door een hoge werkdruk, waarbij zij zich niet altijd goed ondersteund voelt door haar leidinggevende. Zij heeft een gezin met 2 kleine kinderen en een in deeltijd werkende echtgenoot. Zelf heeft zij een volledige baan, met elke dag een aanzienlijke reistijd om op haar werk te komen. Zij heeft een hoge arbeidsmoraal en is perfectionistisch; een harde werker met plezier in haar werk. De verdere anamnese levert geen bijzonderheden op. Haar gezondheid is altijd goed geweest. Nu is zij echter vermoeid, huilerig en prikkelbaar en zij voelt zich niet meer in staat om haar veeleisende werk goed te doen. Zij heeft zich in overleg met haar leidinggevende volledig ziek gemeld. Terloops besprak zij haar probleem met de huisarts, die zij bezocht in verband met een consult voor haar dochter. Er werd echter geen actie ondernomen.

Bij de bedrijfsarts geeft zij nu aan dat de klachten met haar verantwoordelijke functie te maken hebben en met de problemen die haar op het werk bezighouden. Anamnestic zijn er een verminderd gevoel van bekwaamheid en emotionele uitputting, gepaard gaande met een aantal lichamelijke symptomen. Daarom wordt als diagnose gesteld: 'burn-outsyndroom', gedefinieerd als een ongedifferentieerde somatoforme stoornis met langer dan 6 maanden bestaande lichamelijke klachten en een relatie met het werk.¹ Via haar leidinggevende heeft zij reeds contact met een psychomotore therapeut

die haar begeleidt. In de maanden daarop blijven haar klachten wisselend aanwezig. De consulten bij de bedrijfsarts leveren geen nieuwe gezichtspunten op. Na enkele maanden hervat zij, mede op haar eigen initiatief en in overleg met de bedrijfsarts, weer gedeeltelijk haar werkzaamheden, ondanks haar aanhoudende klachten.

15 maanden na het begin van haar arbeidsongeschiktheid wordt zij in verband met plotseling ontstane pijn in de linker flank op de eerstehulpafdeling van het eigen ziekenhuis gezien door een internist. Zij vermeldt al langer last van jeuk, (nacht)zweeten, warmte-intolerantie, tintelingen in de handen, gewichtsverlies, dunnere ontlasting en een ontregelde menstruatie te hebben. Zij heeft geen oogklachten. Er zijn geen ziekten van de schildklier in de familie. De schildklier is bij palpatie diffuus licht vergroot. TSH kleiner dan 0,01 mU/l, T₄ 257 nmol/l (referentiewaarde: 54-154). Scintigrafie toont een homogeen stapelende, nagenoeg symmetrisch gevormde schildklier, passend bij een diffuus struma. De diagnose luidt: 'hyperthyreoïdie op basis van de ziekte van Graves'.

Patiënt wordt medicamenteus behandeld en later met radioactief jood. Uiteindelijk ontstaat er hypothyreoïdie, waarvoor suppletie met levothyroxine noodzakelijk is. Ook bij biochemisch normale waarden houdt zij lichamelijke klachten. Na een paar maanden keert zij, op geleide van het lichamenlijk herstel, weer volledig terug in haar oude functie.

De twee patiënten presenteerden zich bij de bedrijfsarts en bij de huisarts met psychische klachten. Bij beide patiënten was er een duidelijke relatie tussen de klachten en het werk, althans daar had het alle schijn van. Omdat bekend is dat de werkdruk in de zorg hoog is, mede door tekorten aan gekwalificeerd personeel, werden de klachten hieraan geweten. De bedrijfsarts verkeerde wellicht in de veronderstelling dat somatische oorzaken waren uitgesloten en de huisarts meende misschien dat de begeleiding verder door de bedrijfsarts werd gedaan. Er was geen communicatie tussen hen. Nadat vervolgens bij beide patiënten de juiste diagnose was gesteld, volgde de behandeling. Nadat eenmaal weer biochemische euthyreoidie was bereikt, hadden beide patiënten echter nog lange tijd een wisselende stemming, waardoor de werkhervatting moeizaam totstandkwam. De mate van arbeidsgeschiktheid wordt uiteindelijk in beide gevallen bepaald door het algemeen welbevinden van patiënte, en niet zozeer door laboratoriumwaarden.

In de NHG-standaard wordt nervositeit als enige psychische symptoom van hyperthyreoïdie genoemd.² Bij een depressieve stoornis wordt geadviseerd om hypothyreoïdie uit te sluiten. De bedrijfsarts kan gebruikmaken van de NVAB-richtlijn bij patiënten met psychische klachten.³ Hierin wordt wel gewag gemaakt van het feit dat somatische oorzaken moeten worden uitgesloten, maar wordt niet ingegaan op de verschillende ziektebeelden waarbij psychische klachten kunnen vóórkomen.

Het vóórkomen van een scala aan psychische klachten en psychiatrische ziektebeelden als uiting van hy-

perthyreoïdie is echter een bekend fenomeen. Deze kunnen variëren van slaap- of concentratiestoornissen, emotionele labiliteit, manifom gedrag en prikkelbaarheid tot depressie, angststoornis of zelfs psychose.⁴ Al deze beelden kunnen zich manifesteren als eerste symptoom van hyperthyreoïdie, hetgeen de diagnostiek niet gemakkelijker maakt. Een verlaagde TSH-waarde kan een eerste objectief teken zijn, zoals bij patiënt A.⁵⁻⁹ Het is dus zaak altijd te denken aan een gestoorde werking van de schildklier, temeer omdat behandeling hiervan de psychische klachten vaak doet verdwijnen. Dit maakt behandeling met psychofarmaca of gesprekstherapie overbodig.¹⁰⁻¹¹ Hierbij moet de therapietrouw bij de patiënt met een ernstige depressie of angststoornis wel gewaarborgd worden.

Na behandeling kan bij een biochemisch euthyreote patiënt een scala aan lichamelijke en psychische klachten als restverschijnsel persisteren.¹² Dit kan resulteren in een langdurige periode waarin patiënt slecht functioneert en werkhervatting moeizaam verloopt.¹³ Dit was bij beide patiënten het geval. Van de bedrijfsarts mag verwacht worden dat hij of zij zich hiervan bewust is en, in goed overleg met de behandelaar, patiënten begeleidt in de werkhervatting. De leidraad hierbij wordt gevormd door de aard en de ernst van de klachten en niet door de biochemische waarden. Ook kan tijdens de re-integratie hulp van een psycholoog van nut zijn.

De vraag rijst of de psychische klachten niet te wijten zijn aan een bepaalde, preëxistente persoonlijkheidsstructuur waarbij, geluxeed door wat voor ziekte dan ook, een psychiatrisch ziektebeeld ontstaat.¹⁴ Er zijn enige aanwijzingen dat een periode van stress of ernstige 'life events' vooraf kunnen gaan aan het manifesteren van een hyperthyreoïdie.¹⁵⁻¹⁹ Bovendien lijken bepaalde preëxistente factoren zoals depressie, hypochondrie en mentale vermoeidheid een nadelige invloed te hebben op het herstel na behandeling van de hyperthyreoïdie.²⁰ Misschien is er een verband tussen een bepaalde persoonlijkheidsstructuur, het omgaan met stressvormende gebeurtenissen en het ontstaan van hyperthyreoïdie.

Dames en Heren, 'ziek door het werk' is bij een patiënt die in het werk overbelast is en bij wie een arbeidsgerelateerde ziekte of een met het werk samenhangend probleem op de voorgrond lijkt te staan, niet altijd de goede werkdiagnose. Men moet, vooral bij stemmingsstoornissen, altijd denken aan een organische oorzaak. Hyperthyreoïdie kan zich op vele manieren manifesteren en het klachtenpatroon kan daardoor een behandelend of begeleidend arts gemakkelijk op het verkeerde been zetten. Bij optredende of persisterende psychische klachten moet er altijd aan gedacht worden, ook als er een duidelijke relatie met het werk lijkt te zijn. De bedrijfsarts is de expert op het gebied van arbeidsgerelateerde aandoeningen en beroepsziekten. De curatieve sector stelt een somatische oorzaak vast of sluit deze uit. Die rolverdeling moet duidelijk zijn, zowel voor de patiënt als ook voor de genoemde disciplines, anders bestaat het gevaar dat de patiënt tussen de wal en het schip

valt. In de beschreven casus zou tijdig overleg tussen bedrijfsarts en huisarts misschien sneller hebben kunnen leiden tot verder onderzoek en daarmee tot de diagnose.

In ons systeem van (bedrijfs)gezondheidszorg is bij de werkende mens met een ziekte multidisciplinair overleg onontbeerlijk. Over deze samenwerking bestaan afspraken tussen bedrijfsartsen en huisartsen, maar in de praktijk is er slechts op beperkte schaal contact tussen de partijen over 'hun' patiënt. De curatieve sector is, begrijpelijk, gericht op diagnose en behandeling, maar men realiseert zich vaak niet dat een patiënt een functie in de maatschappij heeft, die nu misschien door ziekte niet uitgeoefend kan worden. Het directe rendement van overleg met de bedrijfsarts wordt niet altijd ingezien,²¹⁻²² maar bovenstaande gevallen laten zien dat er wel degelijk een plaats is voor goed overleg. Het feit dat de bedrijfsarts per 1 januari 2004 zelfstandig patiënten mag verwijzen, ontslaat ook hem/haar niet van deze plicht. De positie van de patiënt als werkende persoon in onze maatschappij is hier in het geding. Overleg op goede indicatie geeft duidelijkheid over de diagnose, therapie en mogelijkheden voor reïntegratie in het werk. De moderne technieken van communicatie lenen zich bij uitstek hiervoor. Het aantal werkende mensen wordt in ons land relatief steeds kleiner. Wij moeten met deze groep zuinig omspringen en alles in het werk stellen om hen gezond te houden of te maken.

H.Droogleever Fortuyn, psychiater, Universitair Medisch Centrum St Radboud, gaf commentaar op het manuscript.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ABSTRACT

Ill – due to work or to an overactive thyroid? – An incapacity to work brought about by stress was diagnosed in two women aged 40 and 38. They were both in conflict situations at work and had psychological problems. They stopped working but remained tired and irritable. After being unfit for work for more than a year they were diagnosed with hyperthyroidism which was treated appropriately. They both recovered and resumed work. Hyperthyroidism can impair physical and mental functioning. Presenting symptoms may be confusing, specifically if work-related factors appear to be the obvious implication. In the Netherlands, employees who become ill, consult their general practitioner or a medical specialist, who are concerned with diagnosis and treatment. They also report to their employer's occupational-health department, where the physician focuses on work-related factors that may impair health and on assessment of disability. Communication between all parties should be optimal.

LITERATUUR

- 1 Hoogduin C, Schaap C, Methorst G, Peters van Neyenhof C, Griendt J van de. Burnout, klinisch beeld en diagnostiek. Behandelingsstrategieën bij burnout. 2e herz dr. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2001.
- 2 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Richtlijnen voor het handelen en de praktijkvoering van de huisarts. Utrecht: NHG; 1996.

- ³ Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Eindhoven: NVAB; 2000.
- ⁴ Demet MM, Ozmen B, Devci A, Boyvada S, Adiguzel H, Aydemir O. Depression and anxiety in hyperthyroidism. Arch Med Res 2002; 33:552-6.
- ⁵ Stern RA, Robinson B, Thorner AR, Arruda JE, Prohaska ML, Prange jr AJ. A survey study of neuropsychiatric complaints in patients with Graves' disease. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1996;8:181-5.
- ⁶ Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW, Wells JE. Psychoses associated with thyrotoxicosis – 'thyrotoxic psychosis'. A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. Eur J Endocrinol 2000;142: 438-44.
- ⁷ Kathol RG, Delahunt JW. The relationship of anxiety and depression to symptoms of hyperthyroidism using operational criteria. Gen Hosp Psychiatry 1986;8:23-8.
- ⁸ Rockel M, Teuber J, Schmidt R, Kaumeier S, Hafner H, Usadel KH. Korrelation einer 'Latenten Hyperthyreose' mit psychischen und somatischen Veränderungen. Klin Wochenschr 1987;65:264-73.
- ⁹ Nowotny B, Teuber J, an der Heiden W, Schlote B, Kleinbohl D, Schmidt R, et al. Die Rolle des TSH für psychische Veränderungen und Befindlichkeitsveränderungen bei Schilddrüsenfunktionsstörungen. Klin Wochenschr 1990;68:964-70.
- ¹⁰ Trzepacz PT, McCue M, Klein I, Greenhouse J, Levey GS. Psychiatric and neuropsychological response to propranolol in Graves' disease. Biol Psychiatry 1988;23:678-88.
- ¹¹ Kathol RG, Turner R, Delahunt J. Depression and anxiety associated with hyperthyroidism: response to antithyroid therapy. Psychosomatics 1986;27:501-5.
- ¹² Bommer M, Eversmann T, Pickardt R, Leonhardt A, Naber D. Psychopathological and neuropsychological symptoms in patients with subclinical and remitted hyperthyroidism. Klin Wochenschr 1990;68:552-8.
- ¹³ Fahrenfort JJ, Wilterdink AM, Veen EA van der. Long-term residual complaints and psychosocial sequelae after remission of hyperthyroidism. Psychoneuroendocrinology 2000;25:201-11.
- ¹⁴ Rodewig K. Psychosomatische Aspekte der Hyperthyreose unter besonderer Berücksichtigung des Morbus Basedow. Ein Überblick. Psychother Psychosom Med Psychol 1993;43:271-7.
- ¹⁵ Matos-Santos A, Nobre EL, Costa JG, Nogueira PJ, Macedo A, Galvao-Teles A, et al. Relationship between the number and impact of stressful life events and the onset of Graves' disease and toxic nodular goitre. Clin Endocrinol (Oxf) 2001;55:15-9.
- ¹⁶ Dayan CM. Stressful life events and Graves' disease revisited. Clin Endocrinol (Oxf) 2001;55:13-4.
- ¹⁷ Santos AM, Nobre EL, Garcia e Costa J, Nogueira PJ, Macedo A, de Castro JJ, et al. Stress e doenca de Graves. Relacoes entre o numero e o impacto dos acontecimentos geradores de stress e o inicio da doenca de Graves. Acta Med Port 2002;15:423-7.
- ¹⁸ Yoshiuchi K, Kumano H, Nomura S, Yoshimura H, Ito K, Kanaji Y, et al. Psychosocial factors influencing the short-term outcome of antithyroid drug therapy in Graves' disease. Psychosom Med 1998; 60:592-6.
- ¹⁹ Harris T, Creed F, Brugha TS. Stressful life events and Graves' disease. Br J Psychiatry 1992;161:535-41.
- ²⁰ Fukao A, Takamatsu J, Murakami Y, Sakane S, Miyauchi A, Kuma K, et al. The relationship of psychological factors to the prognosis of hyperthyroidism in antithyroid drug-treated patients with Graves' disease. Clin Endocrinol (Oxf) 2003;58:550-5.
- ²¹ Buijs PC. Van verleden tot heden (3) 1997-2001. Een stroomversnelling van arbocuratieve initiatieven. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 2001;206-11.
- ²² Heideman JMC, Engels JA, Gulden J van der. Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2002;3:185-91.

Aanvaard op 5 juli 2004

Commentaren

Ziek door het werk: een overtuigend medisch beeld of vooral verminderd welbevinden?

S. KNEPPER

Van Linge et al. beschrijven 2 ziektegeschiedenissen waarin, met nogal wat vallen en opstaan, bij 2 verzuimende werknemers uiteindelijk de diagnose 'hyperthyreoïdie' wordt gesteld.¹ Na adequate behandeling komen beiden weer aan het werk. Tijdig overleg tussen bedrijfsarts en behandelend arts had tot eerdere duidelijkheid over de aandoening, behandeling en reïntegratie in het werk kunnen leiden. Volgens auteurs zien behandelend arts niet altijd het directe rendement in van overleg met de bedrijfsarts, omdat zij zich vaak niet realiseren dat patiënten een functie in de maatschappij hebben.¹

Ongetwijfeld is dat regelmatig het geval. De curatieve gezondheidszorg is nu eenmaal meer gericht op diagnose en therapie, de sociale op het functioneren. Een goede communicatie zou voor beide partijen voordelen

Zie ook het artikel op bl. 2157.

kunnen hebben. Maar dat gebeurt vaak niet. Ondanks uiteindelijk adequate behandeling en biochemisch volledig herstel komen beide werknemers maar moeizaam weer aan het werk. Zij hebben nog allerlei klachten. De bedrijfsarts komt niet verder dan hun arbeidsongeschiktheid vast te stellen aan de hand van algemeen welbevinden.

Dat is een onbevredigende conclusie. Een bedrijfsarts is geen welzijnswerker. De wetgeving bepaalt niet dat wie klachten heeft, arbeidsongeschikt is. Hier wreekt zich dat de bedrijfsarts aanvankelijk niet alleen het schildklierlijden over het hoofd heeft gezien, maar bovendien geen probleemanalyse heeft verricht, zoals de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) al enige jaren vereist. Zijn potentiële inbreng – de maatschappelijke context – komt daardoor niet over het voetlicht.

S.Knepper, verzekeringsarts, Markeloseweg 22, 7245 TP Laren (Gld).