

COMPLEX EN ONBEKEND

Sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers

Huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen weten weinig van de achtergronden van zieke allochtone werknemers. Ze wisselen hun kennis ook nauwelijks met elkaar uit. Casuïstiekbesprekingen kunnen helpen.

MARIJ DUIJSTERS
KARIMA BELHAJ
NORDINE DAHHAN

Artsen hebben behoefte aan kennis over psychosociale, sociaal-culturele en medische factoren die van invloed zijn op het ziekteverzuim en de reïntegratie van zieke allochtone werknemers.¹⁻³ De sociaal-medische begeleiding, de reïntegratie en de arbocuratieve samenwerking verlopen bij deze patiënten niet altijd optimaal. Dat komt door communicatieproblemen, gebrek aan kennis over ziekten en behandelmethoden die bij bepaalde etnische bevolkingsgroepen vaker voorkomen, en gebrek aan kennis over specifieke achtergronden. Veel artsen vinden dat allochtonen vaak somatische klachten hebben, terwijl daarvoor geen lichamelijke oorzaak is te vinden. Dit kan ertoe leiden dat klachten niet serieus worden genomen.

Huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen stemmen hun expertise over allochtonen zelden op elkaar af. Interactieve casuïstiekbesprekingen tussen artsen blijken een goede manier te zijn om de arbocuratieve samenwerking te verbeteren.⁴ Bestaande expertisen worden daar bij elkaar gebracht en aan elkaar getoetst. De gedeelde visies kun-

nen als voorbeeld dienen bij de richtlijnontwikkeling voor een systematische interventie in de sociaal-medische begeleiding van allochtonen.

ONVERKLAARBARE PIJNEN

Mevrouw L., een Marokkaanse werknemster van 39 jaar, heeft zich voor 100 procent ziek gemeld vanwege aanhoudende buik- en rugklachten. De rugklachten heeft ze sinds vier maanden. De

verschijnselen en tintelingen in de extremiteiten.

Mevrouw L. werkt fulltime op de sterilisatieafdeling van het ziekenhuis; de werkdruk en het ziekteverzuim zijn er hoog. De werkrelatie met collega's en leidinggevende is slecht. Mevrouw zegt dat ze haar leidinggevende niet kan aanspreken over problemen op de werkvloer. Ook voelt zij zich soms buitengesloten door collega's.

Gedeelde visies als voorbeeld bij richtlijnontwikkeling

- chronische - buikklachten zijn het afgelopen jaar verergerd. Mevrouw maakt een vermoeide indruk. Zij heeft ook last van steken in het lichaam, onverklaarbare pijnen, zweertjes in de mond en tot een jaar geleden regelmatig een kortduurende uitval van het gezichtsvermogen. Ook had zij toen last van verlamnings-

Mevrouw L. is vijftien jaar in Nederland, ze is getrouwd en heeft drie kinderen van 15, 13 en 6 jaar. Haar echtgenoot is sinds een jaar werkloos, zodat zij kostwinner is.

De bedrijfsarts ziet mevrouw L. in de tweede ziekteperiode; hij adviseert rust en verwijst haar naar de huisarts. Op >>

Sommige buitenlandse werknemers voelen zich buitengesloten door hun collega's.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

BEELD: HOLLANDSE HOOGTE

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Het is belangrijk om somatische klachten serieus te nemen.

<< verzoek van de leidinggevende ziet de bedrijfsarts haar opnieuw in de vijfde ziekte-week; hij adviseert dan nogmaals een maand volledige rust te nemen. De leidinggevende is het hiermee niet eens. Mevrouw heeft tussentijds regelmatig de huisarts bezocht, die haar voor de rugklachten heeft verwezen naar de fysiotherapeut. Deze behandelt haar wekelijks, maar dat geeft geen verbetering. De huisarts is van mening dat mevrouw psychisch overbelast is door de combinatie van werk- en privé-omstandigheden en wil haar naar het maatschappelijk werk verwijzen. Mevrouw zegt geen last te

tegratie is niet gelukt, ze heeft zich weer volledig ziek gemeld. Ze wil toestemming om naar Marokko te gaan voor behandeling van haar klachten. De bedrijfsarts geeft hiervoor geen toestemming; hij acht dit niet in het belang van haar herstel en terugkeer naar het arbeidsproces.

Mevrouw gaat toch en komt terug met een medisch dossier, waarin de organische oorzaken voor haar klachten en adviezen voor verdere behandeling vermeld staan.

Bij deze casus komen twee zaken aan de orde: de specifieke aspecten van allochtone werknemers en de multi-

Soms is er sprake van zeldzame somatiek die specifiek is voor allochtonen

hebben van stress. Zij wil een uitgebreid lichamelijk onderzoek door een internist. De huisarts vindt dit niet nodig.

In overleg met mevrouw is een werkhervattingsplan opgesteld. Ze gaat op therapeutische basis anderhalve dag per week werken in haar eigen functie. Er worden enkele beperkingen in acht genomen vanwege haar rugklachten en men treft ergonomische aanpassingen. Mevrouw stelt met de leidinggevende een reïntegratieplan op. Over de slechte arbeidsrelatie wordt niets gezegd.

In week 22 komt mevrouw op het spreekuur van de bedrijfsarts. De reïntegratie is niet gelukt, ze heeft zich weer

disciplinaire samenwerking. Aan de hand van veel gehoorde vooroordelen gaan we hierop in.

SERIEUS

Allochtonen verschuilen zich achter somatische klachten, terwijl er psychische of psychosomatische problematiek kan spelen.

Het is belangrijk om somatische klachten serieus te nemen. Herevaluatie van de somatische voorgeschiedenis kan belangrijk zijn. Samenwerking met de huisarts is daarbij onontbeerlijk. Om somatische oorzaken te bevestigen dan

wel uit te sluiten, kan gerichte vraagstelling aan een specialist uitkomst bieden.

De kans bestaat dat er sprake is van zeldzame problematiek die specifiek is voor allochtonen en die onbekend is bij Nederlandse artsen. Bij mevrouw L. was er sprake van het syndroom van Behçet, een diagnose die in Nederland is bevestigd. Sommige ziekten die specifiek bij allochtonen voorkomen, zijn goed te behandelen of onder controle te houden als ze tijdig worden herkend. Snelle herkenning en erkenning, en het vertrouwen dat daardoor ontstaat, kunnen bijdragen aan de arbeidshervatting of aan het accepteren van alternatieven bij reïntegratie of heroriëntatie in het arbeidsproces.

Zijn de somatische klachten serieus onderzocht en met de patiënt doorgenomen, dan is er ruimte voor het bespreken van de relatie tussen de werk- en de privé-situatie en voor psychische of psychosomatische problematiek. Een tweesporenbeleid - aandacht voor somatische klachten én voor psychosociale factoren - is alleen mogelijk als de goede prioriteiten, namelijk die van de patiënt, worden gevolgd. Dat is cruciaal voor de bereidheid van de zieke werknemer om de adviezen van de zorgverlener te accepteren.

Niet altijd wordt voor de klachten een somatische verklaring gevonden. Het somatisch perspectief moet echter worden uitgeput, desnoods door deskundigen met ervaring op het gebied van etnische verschillen te consulteren. Dan wordt de weg vrijgemaakt voor een psychosociaal perspectief.

'Allochtonen maken klachten erger dan ze zijn, zodat deze serieus worden genomen.'

De Nederlandse gezondheidszorg is gericht op demedicalisering. In vergelijking met andere Europese landen wordt hier minder snel medicatie voorgeschreven, onderzoek gedaan of verwezen naar een specialist. Hierdoor kunnen allochtone werknemers zich onbegrepen voelen.

Ook communicatieproblemen kunnen van invloed zijn op de presentatie van de klachten. Als een allochtone werknemer de Nederlandse taal slecht beheerst, kan hij zijn klachten 'nadrukkelijk' presenteren om goed te worden begrepen. Dit komt op artsen vaak overdueren over.

Klachten en hun presentatie moeten in de culturele context van de patiënt

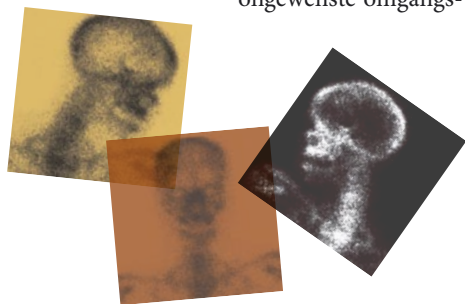
worden geplaatst. Begrip en geduld kunnen het vertrouwen van de patiënt vergroten en 'het overdrijven' van de klachten voorkomen.

'Het heeft geen zin om allochtone werknemers naar het land van herkomst te laten gaan voor een second opinion of een behandeling.'

Vaak gaan allochtone werknemers terug naar het land van herkomst voor medisch advies. In tegenstelling tot wat velen denken, is de deskundigheid van de hulpverleners in die landen vergelijkbaar met die in Nederland. Samenwerken en communiceren met deze hulpverleners kan vruchtbaar zijn en de *compliance* verhogen. Bij sterke verdenking op psychosociale factoren kan de hulpverlener uit het land van herkomst de patiënt helpen om het beleid van de behandelend hulpverlener in Nederland te accepteren. In het geval van mevrouw L. was de diagnose 'syndroom van Behçet' in Marokko gesteld. Het ziektebeeld is daar goed bekend. Het syndroom van Behçet komt daar bij 1 op de 1000 mensen voor; bij Nederlandse autochtonen hoogstens bij 1 op de 100.000 mensen. De diagnose is uiteindelijk in Nederland bevestigd en een eerstelijnsbehandeling met colchicine is hier in overleg met de deskundige arts in Marokko gestart. De valkuil van 'antisomatisch handelen' bestaat en kan onnodig complicerend werken.

'Discriminatie en werken onder je niveau speelt geen rol in het verzuim.'

Discriminatie op de werkvloer is een serieus probleem.⁵ Werknemers zullen dit echter niet snel in een gesprek met de bedrijfsarts of een andere hulpverlener aan de orde stellen; vaak uit onzekerheid of schaamte. Om discriminatie aan de orde te stellen, kan men met een patiënt ook spreken in termen van 'zich ongewenst en onjuist behandeld voelen'. Samen met de werknemer kan naar oplossingen worden gezocht, bijvoorbeeld specifieke coaching in het omgaan met ongewenste omgangs-



DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Allochtone werknemers vinden in Nederland zelden meteen werk dat aansluit bij hun opleidingsniveau.

vormen (vergelijkbaar met het omgaan met ongewenste intimiteiten). Contact met de leidinggevende of werkgever over discriminatie is van groot belang: wordt discriminatie herkend of ontkend? Zijn er nog andere signalen vanuit de afdeling?

Werken onder je niveau komt eveneens veel voor. L. heeft in Marokko biologie gestudeerd. Allochtone werknemers vinden in Nederland zelden meteen werk dat aansluit bij hun opleidingsniveau. Ze beheersen de Nederlandse taal onvoldoende en in het buitenland behaalde diploma's worden vaak niet als gelijkwaardig aan Nederlandse diploma's beoordeeld. Gedwongen werken in een functie onder je niveau kan resulteren in onvrede en uiteindelijk in disfunctioneren. Door dit bespreekbaar te maken, kan het vertrouwen in het begeleidingsproces groter worden. Een respectvolle houding en het aanspreken van de patiënt op het niveau van zijn ontwikkeling zijn daarbij belangrijk.

MULTIDISCIPLINAIR

Bij zieke allochtone werknemers gaat het vaak om complexe gezondheidsproblemen, waarbij de somatische voorgeschiedenis, de factoren vanuit privé- en werksituatie en de informatie over reeds ingezette behandelingen van belang zijn. Hoe complexer de situatie is, des te belangrijker wordt de multidisciplinaire samenwerking. De huisarts brengt vooral expertise in over de sociale context, de

medische voorgeschiedenis, en de visie vanuit de curatieve zorg op reïntegratie van de werknemer. Direct contact tussen artsen heeft de voorkeur boven communiceren via een formulier (uiteraard met toestemming van de betrokkene). Het deskundigenoordeel ('second opinion') door een verzekeringsgeneeskundige of arbeidsdeskundige van het UWV over de arbeidsmogelijkheden kan een belangrijke bijdrage geven. Dit oordeel kan de werkgever en werknemer helpen bij het opstellen of bijstellen van het plan van aanpak voor de reïntegratie.

UITWISSELEN

Op een gestructureerde manier knelpunten bespreken en gezamenlijk oplossingen vinden, is een goede methode om de sociaal-medische begeleiding en de arbocuratieve samenwerking te verbeteren. Zeker als het gaat om zieke allochtone werknemers bij wie veelal complexe gezondheidsproblemen aan de orde zijn.

Door bij de bijeenkomsten experts uit te nodigen is de methode ook geschikt om kennis over te dragen. De deelnemers beamen dat het uitwisselen van kennis en ervaringen belangrijk is voor de dagelijkse praktijk. De aanwezigen gaven aan dat deze methode bij complexe gezondheidsproblemen waardevol is ondanks de tijdsinvestering. Deze vorm van intercollegiale toetsing en overleg zou structureel kunnen plaatsvinden in (geaccrediteerde) multidisciplinaire nascholingsbijeenkomsten waarmee >>



<< voor een deel de belemmering van de tijdsinvestering wordt weggenomen.

Ook blijkt dat er bij artsen lacunes zijn in epidemiologische kennis en in kennis van behandelmethoden van bij allochtonen vaker voorkomende ziektebeelden. Het verdient aanbeveling deze lacunes nader te onderzoeken en artsen op deze gebieden bij te scholen. ■

drs. M.J.G. Duijsters,
projectcoördinator Medwerk Amsterdam/Almere

mw. K. Belhaj,
projectmanager Pacemaker

drs. N. Dahhan,
arts en directeur Pacemaker

Correspondentieadres: PaceMaker in Global Health,
Overtoom 538hs, 1054 LL Amsterdam; e-mailadressen:
n.dahhan@pacemaker.nl of m.duijsters@demeren.amc.nl.

Informaite over Pacemaker leest u via
www.medischcontact.nl/dezeweek.



SAMENVATTING

- *De begeleiding van zieke, allochtone werknemers kan door meervoudige factoren zeer complex zijn.*
- *Gebrek aan kennis over specifieke ziekten en behandelmethoden bij bepaalde etnische groepen en problemen in de communicatie met allochtone patiënten vormen knelpunten waar artsen tegenaan lopen.*
- *Daarnaast vergt het proces van sociaal-medische begeleiding van allochtone werknemers multidisciplinaire samenwerking tussen arbo- en curatieve professionals; ook daarbij ervaren artsen knelpunten.*
- *Aan de hand van een casus analyseren huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de problemen van een patiënt, en bespreken en ontwikkelen gezamenlijk behandelopties.*
- *Hierbij komt een aantal veelvoorkomende vooroordelen aan de orde en worden manieren beschreven om deze te vermijden.*

Referenties

1. Kamphuis P, Poppel J van, Hijmans van den Bergh A, met medewerking van J van Bladel. Arbozorg aan allochtone werknemers. Tilburg: IVA, 2003. 2. Poppel J van et al. Allochtonen, sociaal-medische begeleiding en reïntegratie. Literatuurstudie naar de invloed van sociaal-culturele aspecten op de sociaal-medische begeleiding en reïntegratie van allochtonen. Den Haag: ZonMw, 2002. 3. Hijmans van den Bergh A. Sociaal-medische begeleiding van allochtonen. Een verkennend onderzoek. Utrecht: FORUM, 2002. 4. Husslage B. Arbocuratieve samenwerking - Samen onderweg. Den Haag: ZonMw, 2004. 5. Soto DG, Bochhah N, Scheve S. Goed voorbeeld doet goed volgen. Onderzoek naar bestrijden van racisme op de werkvloer. Zebra magazine (Landelijk Bureau Racismebestrijding), januari 2004.

Discriminatie op de werkvloer is een serieus probleem.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

MISVERSTAND

VERRASSENDE WENDING

Emel, een 26-jarige vrouw van Turkse afkomst, heeft sinds vier jaar diabetes mellitus type II. Ondanks voorlichting en insuline lukt het niet om haar diabetes goed gereguleerd te krijgen. De dieetvoorschriften passen slecht bij haar eetgewoonten. Haar HbA1c schommelt tussen de 12 en 15 procent. Daarbij heeft ze hypertensie en obesitas (BMI > 30). Ze heeft een kinderwens. Haar internist heeft echter met haar afgesproken een zwangerschap uit te stellen totdat de diabetes goed is gereguleerd. De risico's voor haarzelf en het kind zouden te groot zijn. Emel stelt nooit vragen - hoewel ze de Nederlandse taal goed beheerst - en zegt overal 'ja' op.

Op een dag belt Emel de internist met de mededeling dat ze zwanger is. De behandelaar is verbijsterd, omdat zij dacht goede afspraken te hebben gemaakt. Zij vraagt zich nu af of haar uitleg wel adequaat is geweest en of Emel haar boodschap wel goed heeft begrepen. De internist was ervan uitgegaan dat haar aandringen op het nemen van verantwoordelijkheid en het stellen van prioriteiten wel zou zijn overgekomen. Er moest sprake zijn van een misverstand.

Emel heeft er echter na jaren strijd genoeg van om elke keer haar familie te moeten uitleggen dat zij op doktersadvies nog geen kinderen mag krijgen. Haar familie en schoonfamilie - zowel hier als in Turkije - vinden dat namelijk geen goede reden. Zij denken dat zij geen kinderen wil. Daarbij heeft ze nu bewust ervoor gekozen om niet haar verstand maar haar moederinstinct te volgen. Emel vond het moeilijk om haar arts te zeggen dat ze haar medisch advies - dat ze wel degelijk begreep - zou gaan negeren.

Extra gemotiveerd doet ze nu haar uiterste best om de haar vertelde risico's te minimaliseren. De HbA1c-waarden zijn nog nooit zo laag geweest. << BC