

HET WERK EN

Arbeidsleven patiënt verdient meer

Een huisarts die contact onderhoudt met een bedrijfsarts: het is nog steeds een betrekkelijk zeldzaam fenomeen. Toch is dat wel waar het heen moet, want werk is voor zowel het individu als de samenleving een factor van belang. Hoog tijd voor meer samenwerking.

C.A. DE KOCK
J.A. KNOTTNERUS
A.L.M. LAGRO-JANSSEN

Aandoeningen worden op grond van hun relatie met werk wel onderscheiden in arbeidsgelateerd en arbeidsrelevant. Arbeidsgelateerd zijn ziekten die deels of geheel zijn veroorzaakt door blootstelling aan bepaalde invloeden tijdens het werk. Aandoeningen met een nadelige invloed op het werk zelf noemen we arbeidsrelevant.

Het is duidelijk dat de huisarts bij beide een belangrijke rol kan spelen: zijn - terecht - vaak geroemde spilfunctie kan hierin goed tot haar recht komen.¹

Het geven van adviezen over het functioneren van mensen in het arbeidsproces wordt dan ook genoemd in het basistakenpakket van de huisarts. Ook besteden de NHG-Standaarden 'Aspecifieke lage rugpijn' en 'Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct', beide uit

2005, expliciet aandacht aan goede reïntegratie in het arbeidsproces.²

Hoewel de huisarts frequent wordt geconfronteerd met problemen waarbij de factor arbeid meespeelt, krijgt werk in zijn dagelijkse praktijk zeker niet systematisch aandacht; hierbij is eerder sprake van vrijblijvendheid. Gezien de grote impact van werk op het welbevinden van de mens is die situatie opmerkelijk. Werk is voor de mate waarin mensen zich gelukkig voelen namelijk niet minder belangrijk dan gezondheid.³

MEDICALISEREN

Een groot deel van de activiteiten in de huisartsenpraktijk is 'reactief': mensen melden zich met problemen en de huisarts probeert die in één of enkele consulten op te lossen. Als dat is gelukt, of als de patiënt juist weinig vertrouwen heeft in de mogelijkheden van de huisarts om zijn problemen op te lossen, blijft hij weg. Pas bij een volgende vraag meldt de patiënt zich weer. Bij kwesties waarvoor geen gestructureerde zorg bestaat, handelen huisartsen dus min of meer volgens het adagium 'geen nieuws, goed nieuws'. In het algemeen wordt de verantwoordelijkheid voor de hulpvraag zoveel mogelijk bij de patiënt gelaten.

Bij problemen waarbij geen sprake is van een expliciete hulpvraag zijn huisartsen vaak terughoudend, mede vanuit beduchtheid om te medicaliseren of patiënten te betuttelen. Gevolg is wel dat op een aantal belangrijke terreinen, waaronder arbeidsgelateerde vraagstukken, feedback vaak achterwege blijft.

ZIEKMELDING

Activiteiten op het gebied van werk kunnen zowel reactief als proactief zijn georganiseerd. Reactieve consulten vinden bijvoorbeeld plaats naar aanleiding van een conflict op het werk of omdat de

werkgever dat bij ziekmelding verlangt.

Voorbeelden van proactief handelen zijn het noteren van het beroep en de werk- of uitkeringsstatus bij iedere ingeschreven patiënt, het systematisch bij elk consult nagaan of de patiënt gehinderd wordt in zijn werk, of er problemen spelen in de arbeidssituatie en het maken van samenwerkingsafspraken met bedrijfsartsen.

Momenteel is voor huisartsen het effect van dergelijke activiteiten nog moeilijk te bepalen. Als preventieve activiteiten, zoals steunende gesprekken, succesvol zijn en mensen aan het werk blijven, dan zullen ze hun huisarts meestal niet melden dat 'het weer beter gaat'. Gaat het niet goed en treedt uitval uit het arbeidsproces op, dan gebeurt dit ook vaak buiten het gezichtsveld van de huisarts, zelfs bij langdurig verzuim.

PASSEND WERK

De opvatting dat de factor werk meer aandacht verdient van de huisarts en de curatieve sector is wijdverbreid. Huisartsen worden op uiteenlopende



HET LEVEN

aandacht van de huisarts



manier geprikkeld om hierin een rol te vervullen: onder andere via het basistakenpakket en via een convenant uit 1997 van LHV en NVAB. Hierin benoemen deze organisaties als gezamenlijk doel voor huis- en bedrijfsartsen 'het beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers en het behoud van arbeidsgeschiktheid'. Dit vanuit de overtuiging dat het 'verrichten van passend werk onder goede arbeidsomstandigheden meestal gezondheids- en welzijnsverhogend werkt'.⁴

Vorig jaar verscheen als resultaat van een gezamenlijk project van NHG, LHV en NVAB de 'Handreiking zorg aan werkende patiënten'.⁵ Toch heeft dit onder huisartsen nog niet geleid tot algemeen enthousiasme. Ook is er in de huisartsgeneeskundige wetenschappelijke literatuur opvallend weinig onderzoek over dit onderwerp te vinden. In 1982 publiceerde Crul een onderzoek waarin hij aantoonde dat een advies van de huisarts over werkhervatting leidde tot korter verzuim.⁶ In hetzelfde jaar verschijnt van Knottnerus en Sommers

de artikelenserie 'Werken en niet kunnen werken', waarin zij een actievere houding van de huisarts ten aanzien van werkgerelateerde problematiek bepleiten en beschrijven welke vorm ze daar in hun praktijk aan geven.⁷

Ook huisartsgeneeskundig onderzoek naar man-vrouwverschillen rond dit onderwerp is schaars. Wel is uit een andere studie bekend dat deze uiterst relevant zijn: vrouwen komen vaker bij de huisarts en andere hulpverleners dan mannen. Daarnaast heeft de huisarts bij vrouwen vaker een drempelverhogend effect op werkhervatting dan bij mannen.⁸ Omdat de bedrijfsarts bij mannen juist een drempelverlagend effect heeft op werkhervatting, versterken huisarts en bedrijfsarts de sekseverschillen.

In 2005 concluderen Weevers c.s. naar aanleiding van een review dat huisartsen veelvuldig worden geconfronteerd met arbeidsgerelateerde aandoeningen en er vaak niet adequaat mee omgaan.⁹ Wat verder opvalt aan hun artikel is het vrijwel ontbreken van Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek in de literatuurlijst. In hetzelfde jaar publiceert de Gezondheidsraad het rapport 'Beoordelen, behandelen en begeleiden', opgesteld op verzoek van de ministers

zijn voor de huisarts. De samenwerking tussen beide disciplines verloopt echter al decennialang moeilijk. Inmiddels zijn er veel initiatieven om dat te verbeteren. Zo gingen er in 2001 in opdracht van de ministeries van VWS en SZW en in het kader van het programma 'Arbeid en gezondheid' veertien projecten van start om de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen te bevorderen. In de *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk* is de arbocuratieve samenwerking beschreven vanuit het perspectief van de huisarts, ten tijde van de start van deze projecten. Hieruit blijkt dat huisartsen bij werkenden in ruim de helft van de gevallen de factor werk (meestal vluchtig) in hun consult betrekken. In 9 procent van deze gevallen geeft de huisarts advies over het al dan niet hervatten van werk.

Voor zover er sprake is van samenwerking komt die veelal tot stand op initiatief van de bedrijfsarts in de vorm van een informatieverzoek.¹¹ Door huisartsen geïnitieerd arbocuratief contact is nog steeds een zeldzaam fenomeen en de organisatie van arbodiensten lijkt daar ook niet op berekend.

VERTROUWEN

Uit een vervolgstudie¹² uit 2005 blijkt dat de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen na twee jaar nagenoeg

Passend werk is gezondheids- en welzijnsverhogend

van SZW en VWS. Dit besluit met een pleidooi voor meer en structurele aandacht voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in het curatief medisch handelen.¹⁰

OP CONSULT

Bij werkgerelateerde problematiek kan de bedrijfsarts een belangrijke partner

niet is veranderd. De auteurs concluderen dan ook dat de initiatieven om de samenwerking te verbeteren weinig invloed hebben gehad. Nauta noemt in haar proefschrift als belangrijkste knelpunten in de arbocuratieve communicatie het gebrek aan vertrouwen (dat door de spaarzame contacten ook niet makkelijk groeit) en de door de >>

<< verschillende professionals ervaren rangorde.¹³

Controle en behandeling van wer- kenden zijn in Nederland formeel van elkaar gescheiden - internationaal gezien is dat overigens een unieke situatie. Hoewel die scheiding vaak leidt tot felle domeindiscussies, vervagen de gren-

beperken of voorkomen. Als sprake is van (dreigend) langdurig verzuim, zou- den bedrijfsartsen van hun zijde huis- artsen actief kunnen betrekken in het reïntegratieproces.

Dit alles pleit voor een actievere opstelling van de huisarts met betrekking tot de zorg voor werkenden en een betere

In 2002 trad de Wet Verbetering Poort- wachter in werking, bedoeld om de WAO-instroom te beperken en de uit- stroom door middel van reïntegratie te bevorderen. In het kader van deze wet ligt meer samenwerking tussen huis-, bedrijfs- en verzekeringsartsen voor de hand. Dit is ook meegenomen in het advies 'Beoordelen, behandelen, begelei- den'¹⁰ van de Gezondheidsraad, waarin wordt gepleit voor het ontwikkelen van gezamenlijke richtlijnen voor de cura- tieve, arbeidsgeneeskundige en verzeke- ringsgeneeskundige professies: de zoge- heten 3B-richtlijnen.

Ook benadrukken de RGO en de Gezondheidsraad het belang van meer wetenschappelijk onderzoek om de evi- dence op dit gebied te versterken. Deze aanbevelingen zijn onderschreven door de betrokken beroepsorganisaties. In overleg met het ministerie van SZW en met steun van ZonMw wordt nu gewerkt aan richtlijnontwikkeling. Een solide bijdrage vanuit de praktijk van de huis- arts is daarmee nog belangrijker en kans- rijker geworden.

Huisartsen zien verzuim vaak al aankomen

zen in de praktijk steeds meer. Het lijkt zinvol de aandacht nog meer te richten op de te verwachten meerwaarde van samenwerking.

PREVENTIE

Problemen op of met het werk bestaan vaak al lange tijd, soms wel maanden tot jaren, voordat ze tot uitval uit het arbeidsproces leiden. Arbodiensten en bedrijfsartsen komen vaak pas in beeld als sprake is van een ziekmelding, terwijl de huisarts veelal al eerder in de ge- legenheid is om dergelijke problemen te signaleren. Deze zou, al dan niet in samenwerking met een bedrijfsarts, kunnen aansturen op maatregelen om te zorgen dat arbeidsproblemen wor- den opgelost en daardoor uitval kunnen

afstemming hiervan dan op dit moment gebruikelijk is. Op die manier zouden huisartsen ook bedrijfsartsen en arbo- diensten beter in staat stellen hun functie goed in te vullen. Dit is ook het doel van een project in enkele gezondheidscentra waar huisartsen de mogelijkheid krijgen patiënten door te verwijzen naar een bedrijfsarts die spreekuur houdt in het- zelfde gebouw.^{14,15}

3B-RICHTLIJNEN

De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) constateerde in 2004 dat ook de verzekeringsgeneeskunde te weinig con- tact heeft met de curatieve sector.¹⁶ De samenwerking met huisartsen beperkt zich veelal tot informatieverzoeken over verzekerden.

PROBLEMANALYSE

Huisartsen moeten zich in hun hande- len meer bewust tonen van het belang van de factor werk en op dat gebied meer deskundigheid ontwikkelen. Om te zorgen dat werk een prominentere plaats krijgt op de agenda van de huis- arts, is het belangrijk tot duidelijke en haalbare richtlijnen te komen en terug te koppelen in welke mate hiernaar wordt gewerkt. Dit zal de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfs- en verzekerings- artsen bevorderen. Arbocuratieve con- tacten kunnen plaatsvinden op basis van een patiëntcasus, maar ook in de vorm van gezamenlijke cursussen of samen- werkingsafspraken.

Een voor de hand liggende afspraak zou zijn om afschriften van probleem- analyses, zoals een arbodienst die opstelt als iemand langer dan zes weken uitvalt wegens ziekte, naar de huisarts te sturen. Deze verzuimgegevens kunnen bruik- baar zijn om het bewustzijn van de fac- tor werk bij huisartsen te vergroten. De huisarts kan dergelijke gegevens ook groeperen, zo een algemener beeld krij- gen van de verzuimproblematiek in zijn praktijk en dit in een gezamenlijk overleg van huisartsen (hagro) en bedrijfsartsen bespreken. Als samenwerking voor de patiënt inderdaad bevredigender resulta- ten oplevert en meer werkplezier voor de

Werk is voor de mate waarin mensen zich gelukkig voelen niet minder belangrijk dan gezondheid.



BEELD: PHOTOS.COM

SAMENVATTING

- In de huisartspraktijk is aandacht voor werk geen vanzelfsprekende zaak.
- Gezien het belang van werk voor zowel individu als samenleving is dit een ongewenste situatie.
- Om die reden is het belangrijk dat er op dit terrein richtlijnen komen voor goed huisartsgeneeskundig handelen en dat huisartsen tijdig en effectiever optreden.
- Een sterkere rol van de huisarts zal er ook toe leiden dat andere professionals, met name bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, een betere invulling aan hun taak kunnen geven.
- Multidisciplinaire samenwerking en richtlijnontwikkeling zijn hierbij van groot belang.

artsen, dan kan een zichzelf versterkend proces ontstaan.

MARKT

Veranderingen in het zorgstelsel, het sociale zekerheidsstelsel en de toenevende rol van marktwerking leiden ertoe dat vele 'spelers' zich op hun positie beraden. Naar verwachting zal hierdoor een veelheid van initiatieven ontstaan om antwoorden te vinden op de problematiek van arbeid en ziekteverzuim; die is immers ook in economisch opzicht van belang.^{14, 17, 18}

Het is daarom zaak dat tijdig wordt nagedacht over het verbeteren van de bestaande en het vinden van nieuwe werkwijzen en de manier waarop die kunnen worden geëvalueerd. Hier ligt een belangrijke taak, ook voor huisartsgeneeskundige onderzoeksinstituten. ■

drs. C.A. de Kock,
huisarts

prof. dr. J.A. Knottnerus,
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen,
huisarts, hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen, UMC St Radboud

Correspondentieadres: cadekock@hetnet.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u via
www.medischcontact.nl/dezeweek.



PRAKTIJKPERIKEL

Van het kastje naar de muur



Maandagochtend word ik gebeld door de buurvrouw van een van mijn patiënten. Het gaat om een alleenstaande weduwe van 83 jaar. Ze is gevallen en haar rechterenkel doet pijn en ziet blauw. Of ik haar wil komen bezoeken. Bij onderzoek lijkt de diagnose

bijna zeker: een distale fibulafractuur. Ik bel de eerste hulp van het ziekenhuis en ik mag mevrouw presenteren voor het maken van een röntgenfoto en eventuele behandeling.

Ik bel de GGD om vervoer te regelen. De centralist vindt het overdreven een dure ambulance te sturen. Geen spoed en liggend vervoer is niet noodzakelijk, oordeelt hij. Mevrouw kan ook per rolstoel worden vervoerd en hij verwijst naar vervoersbedrijf A.

Dat bedrijf vraagt meteen bij welke maatschappij de patiënt is verzekerd. Nee helaas, met verzekeraar B heeft het vervoersbedrijf geen contract. Wat nu? Belt u maar met verzekeraar B, tipt het vervoersbedrijf.

Verzekeraar B verwijst naar de taxicentrale, waarmee de verzekeraar wel een contract heeft.

De taxicentrale vraagt zich af hoe ik het in mijn hoofd haal om te denken dat zij mevrouw direct naar het ziekenhuis kunnen brengen. Rolstoelvervoer moet op afspraak. Toch is het bedrijf uiteindelijk bereid de patiënte twee uur later op te halen.

De volgende dag belt de patiënte. De taxi is een dag eerder niet komen opdagen.

Opnieuw bel ik met de taxicentrale. Daar begrijpen ze er niets van, maar ze beloven meteen een auto te sturen. Na 2,5 uur komt er inderdaad een rolstoeltaxi voorrijden. De chauffeur stapt binnen, ziet mijn patiënte op bed liggen en roept: 'Ik zie het al, dat is niks voor ons. Dit is een klus voor de GGD'.

In pure wanhoop bel ik de GGD. Gelukkig is de dienst alsnog bereid mevrouw te vervoeren. Binnen een uur is ze in het ziekenhuis en wordt mijn diagnose bevestigd. Daarna kan ze met loopgips naar huis.

Per rolstoeltaxi uiteraard, want ze zit inmiddels in een rolstoel. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.