

EEN MOZAÏEK VAN DESKUNDIGHEID

Werken met een chronische ziekte vereist inzet meerdere disciplines

Medisch specialisten hebben te weinig oog voor werkproblemen, bedrijfsartsen weten onvoldoende van chronische aandoeningen. Gevolg is dat de professionele aandacht voor chronisch zieke werknemers tekortschiet. Meer kennis en betere communicatie tussen specialisten en bedrijfsartsen, dat zou helpen.

INGE VAREKAMP
DICK SPREEUWERS
FRANK VAN DIJK

De heer Pieters is 47 jaar en heeft sinds acht jaar reumatoïde artritis. Hij is ICT-medewerker bij een farmaceutisch concern, niet ver van zijn huis, en heeft een leuke maar drukke baan. Elke dag komt hij om half zes uitgeput thuis. 's Avonds kijkt hij wat tv. Zijn verenigingswerk en de schaakclub schieten erbij in, daarvoor is hij te moe. De kinderen met hun huiswerk helpen is er ook niet meer bij. Het komt er ook niet meer van

om op zaterdagochtend met de jongste naar voetbal te gaan. Zijn vrouw betreurt het dat er zo weinig is overgebleven van hun sociale leven. Op maandagochtend gaat Pieters er weer tegenaan; op zijn werk wordt hij zeer gewaardeerd.

Bij de driemaandelijke controle vraagt de reumatoloog hoe het op zijn werk gaat. Wel goed, zegt Pieters, want hij heeft net een jaargesprek gehad dat prima verliep. Op dat moment realiseert hij zich echter dat hij het zo toch niet gaat volhouden. De reumatoloog verwijst hem naar de reumaverpleegkundige. Samen met haar brengt Pieters in beeld waar hij precies tegenaan loopt. Op haar advies bezoekt hij de bedrijfsarts, met wie hij mogelijke oplossingen bespreekt. Een week later zit hij met zijn leidinggevende om tafel. Deze wil graag meedenken. Ze spreken af dat Pieters zijn dag anders indeelt. Voortaan gaat hij 's middags naar huis en neemt hij dan een lange pauze van twee uur. Daarin rust hij anderhalf uur uit. Aan het eind van de dag werkt hij een half uur langer door.

Na een maand bespreken ze hoe het gaat. Pieters vertelt dat hij het zo veel beter volhoudt.

Deze casus beschrijft een ideale situatie. De verschillende partijen, werknemer, reumatoloog, reumaverpleegkundige, bedrijfsarts en leidinggevende, reageren alert en iedereen is bereid om mee te denken over een oplossing. Helaas gaat het lang niet altijd zo.

BELEMMERINGEN

Nederland telt bijna 1,8 miljoen arbeidsgehandicapten: mensen van 15-64 jaar

die door een langdurige ziekte of handicap worden belemmerd in het vinden of uitvoeren van werk.¹ Maar lang niet iedere chronisch zieke ondervindt belemmeringen. Sommigen hebben op het werk nauwelijks ergens last van. Maar anderen kampen met functiebeperkingen, worden gehinderd door pijn of vermoeidheid, moeten regelmatig naar de poli of hebben te maken met onbegrip of vooroordelen van collega's en leidinggevenden. Veel patiënten willen eigenlijk niet erkennen dat ze een lastige ziekte hebben en doen daarom of er niets aan de hand is - tot ze opgebrand zijn. Dat is jammer, want vaak zijn er fysieke of organisatorische werkaanpassingen mogelijk. Te denken valt aan een spraakcomputer, speciale vloerbedekking, een beter toegankelijke werkplek, aangepast meubilair, maar ook andere werktijden, meer regelmogelijkheden of andere taken.

De curatieve sector, waaronder de medisch-specialistische zorg, is bij uitstek geschikt om werkproblematiek te signaleren en daarop actie te ondernemen.

Het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid (AMC) en het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) zijn in een explorerend onderzoek nagegaan in hoeverre de curatieve sector aandacht besteedt aan werkgerelateerde problematiek. Hiervoor zijn drie aandoeningen geselecteerd waarvan bekend is dat ze repercussies kunnen hebben voor werknemers: reumatoïde artritis, diabetes en astma.² In totaal zijn achttien mensen geïnterviewd. Rond iedere aandoening waren dat van twee verschillende poliklinieken een medisch specialist en een gespecialiseerd verpleegkundige. Veelal is gestart met een gesprek met een medisch specialist die bekendstond om zijn interesse

in werkproblematiek. Daarnaast zijn drie medewerkers van de betreffende patiëntenverenigingen, drie bestuursleden van de betreffende verenigingen van gespecialiseerde verpleegkundigen en een maatschappelijk werkende van een diabetespolikliniek geïnterviewd. Eén respondent is geïnterviewd in twee hoedanigheden: als verpleegkundige en als bestuurslid.

DOORVERWIJZEN

Of een patiënt nu reuma, astma of diabetes heeft, bij de anamnese zal de arts altijd vragen wat voor werk hij doet. De een zal ook bespreken hoe het gaat op het werk, de ander niet. Uit de interviews blijkt dat artsen wat dat betreft in drie groepen zijn in te delen. Sommigen zullen sec de ziekte behandelen. Anderen verwijzen naar de verpleegkundige door als er werkproblemen ter sprake komen. En een kleine groep specialisten probeert zelf, samen met de patiënt, het probleem op te lossen. Een bijzondere situatie doet zich voor bij insulineafhankelijke diabetes. Hierbij zijn artsen gespitst op bloedsuikerschommelingen en mogelijke oorzaken daarvan in het werk.

Gespecialiseerde verpleegkundigen rekenen werkgerelateerde problematiek meer tot hun terrein dan artsen en trekken er over het algemeen ook meer tijd voor uit. Dit geldt in ieder geval voor reumaverpleegkundigen en lijkt ook op te gaan voor longverpleegkundigen.

TAKEN AFWISSELEN

Een reumaverpleegkundige licht haar werkwijze toe: ze inventariseert samen met de patiënt wat de problemen zijn en adviseert over mogelijke oplossingen, bijvoorbeeld het afwisselen van verschillende taken, rust en activiteit. Zij adviseert de patiënt ook om aan de omgeving

Bedrijfsartsen hebben onvoldoende knowhow over specifieke aandoeningen

duidelijk te maken dat hij 'iets heeft', leert hem hulp te vragen aan collega's en met de werkgever te overleggen over oplossingen. Vaak raadt de verpleegkundige patiënten aan om contact te zoeken met de bedrijfsarts als het werk aanpassing behoeft en om te voorkomen dat mensen opgebrand raken; veel werknemers blijken echter onbekend met de moge-



BEELD: ANP

Voor reumapatiënten kunnen afwisseling in werktaken, meer rust en ergonomische aanpassingen van pas komen.

lijkheid naar de bedrijfsarts te gaan voordat ze verzuimen.

Het is de vraag of reuma- en astmapatiënten met werkproblemen wel altijd bij een verpleegkundige terecht komen. Vaak bezoeken ze in het begin van de behandeling standaard één keer een

bloedsuikerwaarden. Als oorzaken van ontregeling in het werk liggen, wordt daarop ingegaan. Andere werkgerelateerde problemen, bijvoorbeeld vermoeidheid of onbegrip bij collega's of de leidinggevende, worden wellicht over het hoofd gezien.

In vergelijking met reuma- en longverpleegkundigen rekenen diabetesverpleegkundigen werkproblemen van patiënten minder tot hun werkterrein. Bij alle drie de aandoeningen vervult de (medisch) maatschappelijk werkende een nuttige functie, omdat deze kennis heeft van de psychosociale effecten van chronische aandoeningen, voorzieningen en de wet- en regelgeving rond arbeid en gezondheid. Medisch maatschappelijk werk is echter niet altijd voorhanden.

SPIJTIG

In het onderzoek wordt gesignaleerd dat de curatieve sector onvoldoende >>

gespecialiseerde verpleegkundige. Het verdere contact hangt af van het initiatief van de patiënt en de alertheid van de arts om problemen te signaleren en door te verwijzen.

Mensen met insulineafhankelijke diabetes komen periodiek bij de diabetesverpleegkundige. Deze richt zich echter vooral op het reguleren van de



Belangrijk voor patiënten met insulineafhankelijke diabetes is begrip van collega's.

<< kennis heeft van werkgerelateerde problemen en dat het bedrijfsartsen ontbreekt aan voldoende knowhow over specifieke aandoeningen. Deze situatie is spijtig, want bedrijfsartsen kunnen, al dan niet in overleg met medisch specialisten, een belangrijke rol spelen bij het oplossen van werkproblemen. Voorbeelden hiervan zijn het adviseren van werknemer en/of werkgever en het ondersteunen van de werknemer bij overleg met de leidinggevende over mogelijke werkaanpassingen. Betere communicatie tussen de curatieve en de bedrijfsgeneeskundige sector is dan soms gewenst, aldus een aantal respondenten. De vraag is natuurlijk bij wie het hieraan schort. Het is bijvoorbeeld lastig dat veel werknemers niet weten wie hun bedrijfsarts is. Ander knelpunt is de continuïteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg, of, zoals een van de geïnterviewden het verwoordt: 'Het is een gotspe hoe sommige bedrijven keer op keer een andere arbodienst hebben. Ook het hoge verloop van bedrijfsartsen bij arbodiensten is problematisch.'

Sommigen wijzen op het belang van mondelinge in plaats van schriftelijke communicatie. Een internist van

de diabetespoli vertelt bijvoorbeeld dat hij 'niet veel kan' met een schriftelijke vraag van de bedrijfsarts omdat de context ontbreekt. Hij heeft informatie nodig over de werkomstandigheden. De bedrijfsarts daarentegen heeft informatie nodig over hoe de betreffende werk-

werkproblemen moeten kunnen signaleren, bijvoorbeeld met een checkpuntenlijstje.

De competenties van verpleegkundigen op dit gebied worden hoger ingeschat dan die van medici. Bij hen is de interesse voor bijscholing over dit

Verpleegkundigen hebben meer interesse voor bijscholing

nemer met zijn diabetes omgaat. Zijn die vragen beantwoord, dan kunnen de disciplines samen vaststellen wat het probleem van de patiënt is en hoe het is op te lossen.

CHECKPUNTENLIJSTJE

De competenties van medische specialisten op het gebied van werkgerelateerde problemen worden, uitzonderingen daargelaten, door de respondenten niet hoog ingeschat. Tegelijkertijd lijkt er bij specialisten weinig animo om op dit gebied bijscholing te volgen. De geïnterviewden vinden wel dat artsen

onderwerp ook groter. De vraag is wel of het nodig is alle verpleegkundigen bij te scholen. Diabetesverpleegkundigen wijzen er bijvoorbeeld op dat zij hun handen al vol hebben aan de medische behandeling en dat medisch-maatschappelijk werkenden vaak een deel van de werkgerelateerde problematiek voor hun rekening nemen.

Naast het belang van bijscholing wijzen de geïnterviewden op het belang van een goed werkend behandelteam waarin competentie op gebied van werkproblematiek aanwezig zou moeten zijn. Mogelijk is een duo van een arts en een

SAMENVATTING

verpleegkundige hierin te scholen of kan werkproblematiek tot aandachtsgebied van het team worden gemaakt.

TOEVALLIGE INTERESSE

Uit het onderzoek blijkt dat onder meer de specifieke aandoening en de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen bepalend zijn voor de manier waarop de curatieve sector aandacht besteedt aan werkgerelateerde problemen. Andere factoren die een rol spelen, zijn de toevallige interesse en expertise van artsen en/of verpleegkundigen en de plaats van het maatschappelijk werken andere disciplines binnen de poliklinische zorg.

Hoewel de zorg voor chronisch zieken in Nederland zich al lang niet meer beperkt tot medische behandeling, maar ook het zo normaal mogelijk maatschappelijk functioneren als behandeldoel kent, blijkt uit dit en ander onderzoek dat er vaak weinig aandacht is voor het functioneren van patiënten op de werkvloer.³⁻⁵ Het zou goed zijn als medisch specialisten hier alerter op zijn. De ontwikkeling van een eenvoudig arbeidsanamneseformulier kan hieraan bijdragen.⁶

Bij geconstateerde problemen in relatie tot het werk zouden artsen vervolgens gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen inschakelen. Omdat deze vaak de advisering over het werk op zich nemen, zou een scholingsaanbod op de verpleegkundigen moeten zijn gericht. Onderwerpen voor scholing zijn het verhelderen van werkproblemen, het inventariseren van oplossingen, bijvoorbeeld fysieke en organisatorische werkaanpassingen, wet- en regelgeving rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en het regelen van voorzieningen. Overigens besteden paramedische opleidingen sinds kort al meer aandacht aan werkgerelateerde onderwerpen.⁷

Voor bedrijfsartsen, arbo- en andere gespecialiseerde verpleegkundigen zou gezamenlijke bijscholing kunnen bijdragen aan de arbocuratieve samenwerking. Daarnaast kan het ontwikkelen en invoeren van multidisciplinaire protocollen of richtlijnen een belangrijke impuls zijn om meer aandacht te besteden aan werkproblemen van patiënten met een chronische aandoening. Recente initiatieven van kwaliteitsinstituut CBO en het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn goede voorbeelden om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. ■

- *De curatieve sector is bij uitstek geschikt om problemen bij werknemers met een chronische aandoening te signaleren.*
- *Er bestaat veel variatie in de mate waarin artsen aandacht besteden aan werkgerelateerde problematiek. Gespecialiseerde verpleegkundigen rekenen dit meer tot hun aandachtsgebied, maar de betreffende patiënten komen niet automatisch bij hen terecht.*
- *Medisch specialisten hebben veelal onvoldoende kennis over het oplossen van werkgerelateerde problemen, bedrijfsartsen weten vaak te weinig over specifieke chronische aandoeningen en de communicatie tussen deze disciplines is gebrekkig.*
- *Bijscholing over arbeid en gezondheid in relatie tot werknemers met chronische aandoeningen kan het beste zijn gericht op gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook gezamenlijke bijscholing van bedrijfsartsen en arboverpleegkundigen lijkt een goed idee.*

drs. I. Varekamp,
onderzoeker Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC

drs. D. Spreeuwens,
bedrijfsarts en directeur Nederlands Centrum voor Beroepsziekten

prof. dr. F.J.H. van Dijk,
bedrijfsarts en hoogleraar Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, AMC

Correspondentieadres: i.varekamp@amc.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/deze-week.

Het onderzoeksrapport, artikelen en een folder over training voor werknemers met een chronische aandoening van het Coronel Instituut vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

VELDWERK

Kunst- en vliegwerk



Op tweede kerstdag 2006 heb ik mijn laatste dienst op de huisartsenpost gedraaid. Ik

heb er dan 34 dienstjaren buiten kantooruren op zitten. Hoogste tijd om daar een punt achter te zetten, vond ik. De laatste vijf jaar van mijn levenscyclus als huisarts wil ik me wel binnen kantooruren aan van alles en nog wat committeren, maar wil ik zelf de regie voeren over de uren daarbuiten. Mijn weerstand tegen het doen van diensten was zo groot geworden dat als ik er niet onderuit had gekund, ik waarschijnlijk binnen twee jaar het bijltje erbij neer had gegooid.

Om van die diensten af te komen, moest ik trouwens wel wat geld neertellen: 3000 euro uit eigen zak omdat de dienstinkomsten ontoereikend zijn om de waarnemer te betalen. Ook stel ik er mijn herregistratie mee in de waagschaal. Mijn lot als huisarts is bezegeld: over vijf jaar kan ik niet aantonen dat ik minstens tien diensten per jaar heb gedraaid, die nodig zijn voor herregistratie.

Soit. Het zij zo. Kiezen doet altijd pijn. Maar is het eigenlijk niet treurig dat, terwijl allerlei arrangementen zijn bedacht om het huisartsenvak voor jongeren aantrekkelijk te maken, senioren alleen met kunst- en vliegwerk van hun overbelasting kunnen afkomen?

Kom op LHV en Zorgverzekeraars Nederland. Doe er wat aan. Marktwerking biedt toch volop kansen! Bedenk eens een behoorlijke afbouwregeling voor senioren als ik, die de huisartsgeneeskunde hebben gebracht naar de plaats waar deze nu staat. Op de drempel van een glanzende toekomst. ■

Maarten Cox

de huisarts