

Artsen negeren eigen werkgerelateerde klachten

Bewegingswetenschapper Martijn Ruitenburg onderzocht de incidentie van werkgerelateerde klachten bij ziekenhuisartsen en bedacht een instrument om de klachten al in een vroeg stadium op te sporen.



Heftige emotionele situaties, hoge werkdruk, blootstelling aan gevaarlijke stoffen en – voor de snijders onder u – langdurig werken in ongemakkelijke houdingen. Artsen weten zelf ook wel dat hun vak lichamelijk en psychisch veeleisend is. Toch vinden ze veelal dat zij zelf gevrijwaard blijven van arbeidsgerelateerde klachten, zegt bewegingswetenschapper en sportpsycholoog Martijn Ruitenburg. Hij promoveerde 20 januari aan de UvA, op onderzoek naar deze klachten en het ontwikkelen van een Preventief Medisch Onderzoek voor ziekenhuisartsen: ‘Je krijgt de indruk dat er een gebrek aan bewustzijn is over hun eigen werkgerelateerde gezondheid. Dat ze zich onvoldoende realiseren dat het niet alleen vervelend is als ze bepaalde klachten hebben, maar dat ze daardoor ook een vergroot risico lopen om minder goed te functioneren en daarmee de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in gevaar brengen.’ Helaas is de cultuur onder artsen niet bevorderlijk, schrijft Ruitenburg in zijn proefschrift ‘Taking care of hospital physicians’: ze neigen ernaar om hun eigen symptomen te negeren of te trivialisieren. Ze bevinden zich vaak in een competitieve omgeving waar een ziekmelding als een zwaktebod wordt gezien. Niet verwonderlijk dat vier op de vijf ziekenhuisartsen het afgelopen jaar doorwerkte met klachten waarvoor ze een patiënt zouden ziekmelden.

Angst en vermoeidheid

Ruitenburg onderzocht in een academisch centrum dat hij niet bij naam wil noemen in hoeverre de artsen last hadden van psychische klachten én of dat naar hun eigen idee hun werkvermogen beïnvloedde. Hij stuurde naar alle 958 dokters een enquête. Iets meer dan de helft reageerde. De cijfers waren niet miselijk. Ongeveer een kwart van de dokters had werkgerelateerde angstklachten, 29 procent een depressie, 42 procent scoorde hoog op de werkgerelateerde vermoeidheidsschaal. Bij 15 procent was sprake van PTSS-klachten, bij 6 procent van burn-out. Bij alle klachten scoorden de

vrouwelijke artsen hoger dan de mannen, bij alles behalve PTSS de assistenten hoger dan de specialisten. Ruitenburg erkent dat het de vraag is of deze cijfers representatief zijn: 'Maar het doet er niet toe of 1 op 4 of 1 op 5 psychologische klachten heeft. Hoe dan ook komen dergelijke klachten regelmatig voor én ze beïnvloeden het werkvermogen.'

Dat laatste baseert Ruitenburg op het verband tussen de aanwezigheid van klachten en het cijfer dat een arts zichzelf gaf voor zijn of haar huidige werkvermogen. Op een schaal van 1-10 stond de 10 voor het hoogste vermogen in zijn of haar beste periode. Gemiddeld gaven de dokters zichzelf een 8,1. Slechts 4 procent

van de respondenten gaf zichzelf een onvoldoende (<6). De artsen met psychische klachten hadden een veel hogere kans om zichzelf een onvoldoende te geven (oddsratio's tussen de 3,5 en 13,6). Ruitenburg: 'Uit ander onderzoek weten we dat die zelfrapportage een relatie heeft met werkfunctioneren en langetermijnverzuim.'

Ruitenburg onderzocht ook fysieke eisen en klachten, en dan vooral het verschil tussen chirurgen en andere specialisten. Het zal niemand verbazen dat het werk van chirurgen lichamelijk meer eist: ze staan langer, ze voeren veel vaker repeterende fijnmotorische handelingen uit en ze werken vaker in oncomfortabele en uitputtende houdingen. Toch zeggen de chirurgen minder vaak dan de overige artsen dat hun fysieke gesteldheid hen belemmert bij hun werk. Ruitenburg: 'Het is gissen naar de verklaring daarvoor. Het zou kunnen dat ze hun belastbaarheid al vergroten, omdat ze weten dat hun werk meer eist. Een andere mogelijkheid is dat zij meer regelmogelijkheden en een groter gevoel van controle over de indeling van hun werk ervaren.'

Bedreiging

Het artsenvak kan dus leiden tot verminderd functioneren. Dat is vervelend voor de dokter in kwestie, maar het is ook een potentiële bedreiging van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Daarom zou er in de ziekenhuizen meer aandacht moeten zijn voor het psychisch en lichamelijk functioneren van artsen. Op basis van de informatie over welke taakeisen, klachten en problemen er voorkomen in het ziekenhuis, heeft Ruitenburg met anderen een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) ontwikkeld dat specifiek geschikt is voor ziekenhuisartsen. Het bestaat uit een vragenlijst, enkele onderzoeken en een gesprek met de bedrijfsarts. Daarbij worden onder meer lichamelijke klachten, blootstellingen, medicijn- en alcoholgebruik en psychische factoren in kaart gebracht. Bij het PMO hoort ook een interventieprotocol, waar de bedrijfsarts gebruik van kan maken. Is het daarmee een

manier om klachten te behandelen? Ruitenburg: 'Het is vooral bedoeld als een preventief instrument, waarmee je mensen met beginnende klachten er tijdig uitpikt. Door dan in te grijpen, kun je hopelijk uitval en slecht functioneren voorkomen. De bedrijfsarts kan bijvoorbeeld de belastbaarheid proberen te vergroten, door te verwijzen naar een psycholoog. Of hij kan zich meer richten op de interactie tussen arts en het werk: zijn er aanpassingen mogelijk? Bijvoorbeeld een chirurg die veel last heeft in de onderrug: valt er iets te schuiven met ok's? Kun je kleinere ingrepen doen, of wat meer poliwerk? Of misschien moet iemand tijdelijk stoppen met werken, bijvoorbeeld bij PTSS-klachten. Dat is ook de bedoeling van het instrument: die artsen wil je niet aan het werk hebben. Zeker als zij zelf inschatten dat het niet kan.'

Klaar voor gebruik

Ruitenburg onderzocht vervolgens hoe het PMO in de praktijk uitpakte. 'De deelnemende artsen geloofden overwegend in een positief effect op hun gezondheid, functioneren en inzetbaarheid op de lange termijn. Zij zouden opnieuw willen deelnemen. Voor dokters is het dus een acceptabel instrument, maar vooral bestuurders twijfelden aan de effectiviteit op lange termijn. Dat is begrijpelijk, dat staat niet vast. Dat moeten we nog onderzoeken.' Vooralsnog is het PMO geen gemeengoed in de ziekenhuizen, weet Ruitenburg. 'Het ligt klaar voor gebruik, maar de leiding moet dit oppakken.' Daar ligt wat hem betreft een nog grotere uitdaging: 'Hoe dan ook heeft een PMO alleen kans van slagen als je ook iets aan de cultuur doet. Daarvoor ligt de belangrijkste rol bij de raden van bestuur, maar ook de afdelingshoofden. Zij moeten het PMO faciliteren als instrument, maar ook overbrengen wat het belang is van herkennen van je eigen klachten. Als dat niet gebeurt, dan is dit PMO, en elk ander instrument, gedoemd te mislukken.' ■

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

PREVENTIEF MEDISCH ONDERZOEK IN DE PRAKTIJK

Bedrijfsarts Gerard Frijstein is manager van de arbodienst in het AMC. Hij herkent het beeld dat artsen vaak lang doorlopen met klachten: 'Ze buffelen door. Maar als ze uitvallen, is het vaak ook ernstig.' Hij werkte mee aan de ontwikkeling van het PMO voor ziekenhuisartsen en past het nu ook toe in zijn eigen centrum. Dat levert goede gesprekken op, merkt hij: 'Zeker bij de wat oudere specialisten, die zich zorgen maken over of ze het wel halen tot hun 67ste.' Frijstein probeert per afdeling het PMO via het management aan de man te brengen. 'Dan blijkt de praktijk toch ingewikkelder dan de theorie: wat theoretisch in een maand kan, kost zes maanden. De dagelijkse praktijk gaat voor, artsen geven hun eigen gezondheid nog te weinig prioriteit. Gelukkig komt daar wel meer aandacht voor. Meedoen aan het PMO is vrijwillig, maar Frijstein heeft graag zoveel mogelijk deelnemers: 'Het is zinvol voor het individu, maar als meerdere mensen bepaalde klachten hebben, kan ik dat terugkoppelen naar het management, om gericht maatregelen te nemen.'